

GUILHERME ANTÔNIO LOPES DE OLIVEIRA
(ORGANIZADOR)

**PESQUISAS
EM
SAÚDE**



EDITORA INOVAR

PESQUISAS EM SAÚDE

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira
(Organizador)

PESQUISAS EM SAÚDE

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © dos autores e autoras

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (Organizador).

Pesquisas em saúde. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 225p.

ISBN: 978-65-86212-36-5.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-36-5.

1. Saúde. 2. Doenças. 3. Pesquisas. 4. Autores. I. Título.

CDD –610

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e autoras.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2020

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
Capítulo 1 A ANSIEDADE GERADA EM DECORRÊNCIA DO CICLO GRAVÍDICO -PUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	9
Jesineide Sousa da Silva Surama Almeida Oliveira Samuel de Jesus de Melo Silva Elizabete Ribeiro Luz	
Capítulo 2 A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPEDAGOGIA E DA PSICOLOGIA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM COM CRIANÇAS SINDROME DE ASPERGER NO ÂMBITO ESCOLAR	19
Laynara Soares Vilagra Thamyres Ribeiro Pereira	
Capítulo 3 A INTERSETORIALIDADE ENTRE O SERVIÇO SOCIAL E A ODONTOLOGIA NO TERCEIRO SETOR: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO FAMILIAR DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	28
Ávyla Pereira Frutuoso Rodrigues Sandryelle de Andrade Rodrigues Vivian Faustino Martins Sheyla Alves Dias	
Capítulo 4 A RELEVÂNCIA DO TERCEIRO SETOR COMO MOBILIZADOR SOCIAL EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA	33
Francisco Wallyson Ferreira Lira Kate Santos Miranda Luana Márcia Barros Costa Sandryelle de Andrade Rodrigues Vivian Faustino Martins Sheyla Alves Dias	
Capítulo 5 A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	41
Aline Biondo Alcantara Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos	
Capítulo 6 A VIVÊNCIA DA FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS- RELATO DE EXPERIÊNCIA	51
Luciana Avila dos Santos Ana Lúcia de Assis Simões	
Capítulo 7 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA PRODUÇÃO E FINANCIAMENTO DE ARTIGOS SOBRE DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS	57
Antonio Thomaz de Oliveira Valecia Natalia Carvalho da Silva Aluydio Bessa Amaral Karla Patrícia Uchôa Hoanna Izabely Rego Castro Carlos Leandro da Cruz Nascimento	

Capítulo 8	
ANÁLISE DA INSERÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNIDADES DE SAÚDE DE ESTEIO	65
Gabriela Buchmann Godinho Vívian Pereira Waihrich	
Capítulo 9	
ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DO ANANAS COMOSUS L. MERRIL (ABACAXI) FRENTE A MICRORGANISMOS FORMADORES DO BIOFILME DENTAL	76
Yasmim Dayane Leal Paixão Vanessa Camylla Bernardo de Oliveira Maria Adriana Ferreira Farias Sara Batista Vasconcelos Risonildo Pereira Cordeiro Arquimedes Fernandes Monteiro de Melo	
Capítulo 10	
AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA MELHORIA DA HIPERGLICEMIA EM PACIENTE DIABÉTICOS COM SEDENTARISMO CRÔNICO	86
Diego Ramon Alves Allan Teixeira Silva	
Capítulo 11	
COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHANTE DO IDOSO HOSPITALIZADO	90
Arlete Madalena Marciano Santiago de Oliveira Samira Michel Garcia Campos Shaiana Vilella Hartwig	
Capítulo 12	
DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS: UMA BREVE REVISÃO SOBRE AS CAUSAS E AGENTES CAUSADORES	104
Giani Maria Cavalcante Bianca Danielle Alves de Freitas Luana Pereira Ferreira da Silva Patrícia Jackeline da Silva Oliveira	
Capítulo 13	
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA RELAÇÃO TRABALHO/ADOCIMENTO A PARTIR DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	118
Thaís Bolognini Carlos Alberto S. Garcia Jr. Luana Fagundes Letícia Blasius da Cunha Vinicius Campos	
Capítulo 14	
O AUXÍLIO DE APLICATIVOS PARA O ESTUDO DAS DISCIPLINAS FARMACOTERAPIA E FARMACOBOTÂNICA NOS CURSOS DA SAÚDE	134
Janielly Pereira da Costa Ádria Henrique Fernandes Mayra Clara Couto Amaral Moura Andreza Rochelle do Vale Morais	
Capítulo 15	
POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM CARBAMAZEPINA EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	144
Mirlley Cristina Ferreira Borges Suanne Ferreira Marinho Maurício Avelar Fernandes	

Márcia de Souza Rodrigues
Ilka Kassandra Pereira Belfort
Sally Cristina Moutinho Monteiro

Capítulo 16

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DESENVOLVIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA 156

Adriana Maria da Silva
Idaene Socorro da Silva
Jéssica de Oliveira Campos
Jackson George Gomes dos Santos Araújo
Jaciane Maria Soares dos Santos

Capítulo 17

PSICOMOTRICIDADE NA SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTONO DO ESPECTRO AUTISTA 163

Shirley de Cássia Palmeira de Souza

Capítulo 18

RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES NO PÉ DIABÉTICO: REVISÃO INTEGRATIVA 175

Líndia Kalliana da Costa Araújo Alves Carvalho
Bianca Costa Lima
Maria Nauside Pessoa da Silva
Amanda de Andrade Gomes Silva
Jairo Edilson Rodrigues Barbosa de Sousa

Capítulo 19

REDE CEGONHA, IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA SOBRE ESTUDANTES DE MEDICINA - RELATO DE EXPERIÊNCIA 186

Alencar Pereira dos Santos
Fernanda Cunha Domingos Cruvinel
Jairo Fernandes Marques
Karina Salustiano Sousa
Mícaela Lemos Reis

Capítulo 20

RISCO DE CONTAMINAÇÃO POR HIV EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA 196

Sirléa Rodrigues da Silva
Shaiana Vilella Hartwig
Bianca Teshima de Alencar
Solange Toledo Barbosa

Capítulo 21

SABERES E PRÁTICAS DECOLONIAIS PARA A SAÚDE COLETIVA 216

Larayne Gallo Farias Oliveira

SOBRE O ORGANIZADOR 223

APRESENTAÇÃO

É com muita alegria, satisfação pessoal e acadêmica que apresentamos o livro “**Pesquisas em Saúde**”. Com o objetivo de reunir estudos e visões de diversos pesquisadores do Brasil sobre assuntos relacionados a pesquisas na área da saúde.

Sabemos que o conhecimento científico na área da saúde é de extrema importância para a população mundial. Esta obra reflete sobre estudos de revisão, estudos de caso, estudos experimentais e prospecções científicas e tecnológicas que podem auxiliar muitos estudantes e pesquisadores que se interessam pela temática.

Disponibilizamos informações científicas de qualidade para todos, além de estimular estudantes de ensino superior a produzir textos científicos. Espera-se que mais obras científicas sobre a temática sejam publicadas no Brasil.

Por fim, agradeço o empenho de cada equipe de pesquisa que abraçou o projeto e que agora integra uma obra que contribuirá para a literatura científica. Agradeço também à Editora Inovar pelo pioneirismo e oportunidade.

Desejo a todos uma excelente leitura.

Prof. Dr. Guilherme Antônio Lopes de Oliveira
(Organizador)

Capítulo 1

A ANSIEDADE GERADA EM DECORRÊNCIA DO CICLO GRAVÍDICO -PUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.Jesineide Sousa da Silva¹Surama Almeida Oliveira²Samuel de Jesus de Melo Silva³Elizabete Ribeiro Luz⁴**RESUMO**

A gravidez é um processo que envolve alterações fisiológicas, hormonais, sociais e psíquicas, fatores que geralmente estão presentes ao longo de toda a gestação e que poderão apresentar-se como causa e risco para desenvolver a ansiedade nesse período. Etimologicamente, a palavra ansiedade correlaciona-se a variados conceitos tais como estrangular, sufocar, oprimir, daí a sensação de sufoco em indivíduos ansiosos, porém outras literaturas ramificam a palavra ansiedade e a descrevem-na como medo do parto. Situação complicada enfrentada por mulheres em várias partes do mundo no período gravídico puerperal, que se intensificam de acordo com fatores associados a níveis de estresse, situação econômica, conjugal, multiparidade e gravidez precoce, evidenciadas por características em momentos de medo, perigo ou tensão. Embora exista gestantes que desconhecem esses sintomas, outras, entretanto exprimem esses sentimentos que refletem medo da ação do parto, preocupação, desigualdade social, complicações obstétricas, baixa escolaridade, e diferença de idade e ainda ansiedade relacionada ao bebê. Estudos internacionais apontam que a ansiedade atrelada a gravidez está fortemente ligada ao nascimento prematuro podendo ter efeitos futuros na regulação da atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento, regulação e a complicações no ciclo gravídico-puerperal com potencialização para o desenvolvimento do baby-blues e danos recorrentes a depressão pós-parto. O objetivo desse estudo é descrever através da literatura atual os fatores e as consequências da ansiedade gerada em decorrência do ciclo gravídico-puerperal.

PALAVRAS-CHAVES: Ansiedade; Gestantes e ciclo pós-gravídico.

RESUME

Pregnancy is a process that involves physiological, hormonal, social and psychological changes, factors that are usually present throughout the pregnancy and that may present themselves as a cause and risk to develop anxiety during this period. Etymologically, the word anxiety correlates with various concepts such as strangling, suffocating, oppressing, hence the feeling of suffocation in anxious individuals, however other literature branches the word anxiety and describes it as measured by childbirth. Complicated situation faced by women in various parts of the world during the postpartum pregnancy period, which intensify according to factors associated with stress levels, economic status, marital status, multiparity and early pregnancy, evidenced by characteristics in moments of fear, danger or tension. Although there are pregnant women who are unaware of these symptoms, others, however, express these feelings that reflect fear of the action of childbirth, concern, social inequality,

¹ Acadêmica do curso Enfermagem pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UNIFACEMA

² Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Docente do Centro Universitário de Ciências e Tecnologias do Maranhão – UNIFACEMA

³ Acadêmico do curso Enfermagem pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

⁴ Acadêmica do curso de Psicologia pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologias do Maranhão – UNIFACEMA

obstetric complications, low education, and age difference and still anxiety related to the baby. International studies indicate that anxiety linked to pregnancy is strongly linked to premature birth and may have future effects on the regulation of attention, cognitive and motor development, temperament, regulation and complications in the pregnancy-puerperal cycle with potential for the development of baby-blues and recurrent damage to postpartum depression. The aim of this study is to describe, through current literature, the factors and consequences of anxiety generated as a result of the pregnancy-puerperal cycle.

KEYWORDS: Anxiety; Pregnant women and post-pregnancy cycle.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico na vida da mulher, onde apresenta diversas mudanças tanto intrínsecas como físicas, hormonais e psicológicas, e também extrínsecas que é o caso de mudanças familiares, profissionais e de papel social. Com isso, os cuidados com a saúde são necessários e de suma importância na identificação e acompanhamento do estado psicológico durante o período gestacional.

As mudanças no período gravídico é natural, logo as gestantes possam sentir medo ou ansiedade, porém, esses sentimentos quando oprimidos originam tensão, causa medo do parto, que resulta na intensificação da ansiedade, alterando a respiração e o uso da energia, podendo afetar o feto e em condições de parto pré-termo baixo peso ao nascer. Evidenciados por efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto, com futuras consequências na regulação da atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

Fioritti et. al., (2019) relata sobre a existência de fatores contribuintes para o aumento da probabilidade da puérpera desencadear ansiedade, tais como: situações de estresse, afecções psiquiátricas, baixa condição financeira, histórico de aborto, morte fetal, parto prematuro ou morte neonatal precoce, situações de violência, primípara e histórico de doença mental. Os diversos fatores trazem comprometimentos à mãe e como desfechos negativos ao feto.

De maneira que, a ansiedade transitória em gestantes pode contribuir para um adormecimento maior, direcionado para um fenômeno chamado de baby-blues comumente em mulheres no período pós-puerperal, e que quando não tratado pode desenvolver depressão. Desta forma, a prevalência de depressão no período gestacional é de aproximadamente 7% a 15% e ansiedade em torno de 20%; e os quadros que não forem tratados durante a gravidez, aumentam com a exposição ao tabaco, álcool e outras drogas, além do risco de desnutrição, dificuldade de seguir

orientações médicas no pré-natal, diminuindo inclusive a frequência às consultas, com associação as causas de mortalidade neonatal (COSTA, 2015).

Martins et. al., (2020) relata que toda essa tensão e medo, ocorre alterações, um esgotamento a mulher, prejudicando a tranquilidade de um parto normal e levando a uma cesariana desnecessária. Contudo, novas estratégias e abordagens devem ser levantadas afim de discutir o atendimento durante período gravídico com um pré-natal psicológico e o puerperal pelos profissionais de saúde. Observando essa perspectiva, objetivou-se descrever através da literatura atual os fatores e as consequências da ansiedade gerada em decorrência do ciclo gravídico-puerperal.

DESENVOLVIMENTO

A ansiedade está presente e tem grande relevância no desenvolvimento humano podendo ser refletida em todos os ciclos da vida, é um fenômeno adaptativo essencial para enfrentar situações cotidianas e na tomada de decisões. Dependendo do período os anseios se intensificam e o estado emocional é esperado na primeira entrevista de emprego, qual profissão seguir, que faculdade cursar, o casamento, a consulta médica, a gestação, o parto e o período pós-puerperal. Inquietações em circunstâncias e graus de intensidades diferentes que desnorream a mente e podem afetar o funcionamento psíquico e corporal. (SILVA, et al., 2019)

“Etimologicamente, a palavra ansiedade correlaciona-se a variados conceitos, com derivação do grego *agkho* (ἄγχω), que significa estrangular, sufocar, oprimir” (PEREIRA, 1997 *apud* VIANA, 2010, p. 18). Originaria do latim “*anxius*” com caracterização de agitação e angústia, o mesmo termo ramificado da palavra “*agere*” cujo significado remete a sufocar ou estrangular.

A palavra ansiedade é originaria do latim “*anxius*” caracterizando-se como agitação e angústia. O termo “*anxius*” também de origem latina, é derivado da palavra “*agere*”, cujo significado remete a sufocar ou estrangular, é daí que o termo relaciona -se a sensação de sufoco, frequentemente relacionada por indivíduos ansiosos. (ANDRADE, et al., 2019).

A gravidez é um processo que envolve alterações fisiológicas, hormonais, sociais e psíquicas, fatores que geralmente estão presentes ao longo de toda a gestação e que poderão apresentar-se como causa e risco para desenvolver a ansiedade nesse período. E influenciam o aparecimento de agravos à saúde mental durante a gestação e no pós-parto, em particular, perturbações de ansiedade e de depressão (MORAIS et al., 2017).

Essas mudanças têm suscitado a hipótese de que mulheres grávidas podem ser mais vulneráveis a agravos à saúde mental, desenvolvendo

psicopatologias. Esses agravos são responsáveis por significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo o mundo, constituindo um importante problema de saúde pública. (MORAIS et al., 2017).

Associados a inúmeros fatores que corroboram para o desenvolvimento de um processo acumulativo, que resultará em um adoecimento psicológico e tem como foco principal a ansiedade durante o período gestacional, pois é nesse fase que a mulher está mais sensível devido aos picos hormonais, níveis de estresse, situação econômica, conjugal, multiparidade e gravidez precoce, evidenciadas por características em momentos de medo, perigo ou tensão, com consequências desfavoráveis para a mãe e para o feto.

Segundo Silva et al. (2017) a evidência sobre a ansiedade pré-natal ainda é relativamente limitada quando comparada à depressão pré-natal, todavia, é muito comum em mulheres no período perinatal e seus sintomas podem variar. Para Perosa, Rodrigues, Schiavo, (2018, p. 02) “altos níveis de ansiedade na gestação podem resultar em complicações e intercorrências obstétricas, como o nascimento prematuro e baixo peso do bebê.”

Devido à regulação negativa do 11β -HSD2 placentário, que aumenta a exposição fetal ao cortisol materno, altos níveis de ansiedade na gestação podem resultar em complicações e intercorrências obstétricas, como o nascimento prematuro e baixo peso do bebê (O'DONNELL et al., 2012 *apud* PEROSA, RODRIGUES, SCHIAVO, 2018, p. 02).

Contudo, outras complicações se destacam em meio ao ciclo gravídico, em algumas mulheres observa-se a presença exacerbada dos sintomas de ansiedade, como fator causal o “parto pré-termo, o baixo peso ao nascer e efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto, podendo ter efeitos futuros na regulação da atenção, desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação” (BÖING, CREPALDI, KLIEMANN, 2017, p.02).

Pesquisas internacionais conceituam ansiedade como “medo do parto” e pode ser usado como um rótulo amplo para todos os tipos de ansiedade e medos que as mulheres experimentam em relação à gravidez e ao parto.” (NILSSON, et al., 2018, p. 02) logo, derivações dadas a gestantes com experiências alheias, características demográficas, desigualdade social, complicações obstétricas, baixa escolaridade, e diferença de idade.

Características demográficas, obstétricas e apoio social são fatores potenciais associados ao medo do parto entre mulheres grávidas. Mulheres mais jovens são mais propensas a experimentar medos elevados do que mulheres mais velhas durante o parto. As mulheres que não são instruídas ou não trabalham são mais propensas a ter medo do que suas contrapartes (KHWEPEYA, et al., 2018, p. 02)

Para Ahmed et al. (2018), a ansiedade tem início no período perinatal, desencadeada por depressão passada, etnia e idade da mãe. Entretanto, os fatores de risco que culminam níveis de ansiedade em torno do parto são sintomas depressivos pré-parto, níveis mais altos de estresse, entre eles estresse econômico, conjugal e social, que refletem menor peso do recém-nascido e multiparidade, pois as múltiplas em situações desfardáveis tendem a desencadear uma ansiedade transitória (BARTHEL, et al., 2016).

Assim, gestantes com intercorrências e medo sobre os resultados do parto são evidentes, e as mulheres que sofrem com esse medo no pré-parto devem ser rastreadas rotineiramente no período gravídico e devem receber cuidados adequados com uma equipe multidisciplinar (HANDELZALTS et al., 2015). Pois os sintomas colaboram para o agravamento da ansiedade transitória ao longo da gestação.

Houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no estresse específico da gravidez e nas subescalas SCL-90-R: depressão, ideação paranoica e escala geral de sintomas no primeiro trimestre; no segundo trimestre, em estresse e subescalas específicas da gravidez (somatizações, obsessão por compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ideação paranoica e em escalas gerais; e no estresse percebido) e subescalas de somatização, ansiedade e na escala SP em o terceiro trimestre. (ROMERO-GONZALEZ, et al., 2018, p. 03).

Ao intensifica-se desencadeiam posteriormente um agravamento para um fenômeno natural do pós-parto chamado baby-blues que é “caracterizado como uma melancolia da maternidade, e é conhecida como um distúrbio leve e transitório e pode ocorrer a partir da primeira semana após o parto,” (BITTI, et al., 2018, p. 02) afetando a funcionalidade da puérpera e prejudicando o bebê devido aos impasses gerados por esse fenômeno.

O baby blues, que acomete de 50 a 70% das puérperas, sendo definido como estado depressivo mais brando, com surgimento geralmente no terceiro dia do pós-parto. Esse período caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si e sentimentos de incapacidade, e tem remissão espontânea em duas semanas. (ALMEIDA, ARRAIAS, 2016, p. 03).

METODOLOGIA

O referido estudo trata-se de uma revisão integrativa de caráter bibliográfico, com abordagem qualitativa dos resultados apresentados e baseados na análise de publicações encontradas na literatura científica, coleta de dados secundários contidos na BIREME – Biblioteca Virtual em saúde.

Foram realizadas buscas referentes ao tema abordado em artigos publicados entre 2015 a 2020. Obtidos em 30 artigos, dos quais foram utilizados 21 para esta revisão com os seguintes descritores: Ansiedade; Gestantes e Ciclo Pós-puerperal. As bases mas utilizadas foram SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

Os critérios de inclusão utilizados foram: trabalhos completos e originais publicados em revistas com o tema proposto na língua portuguesa, espanhola e inglesa, os critérios de exclusão: artigos com textos incompletos, com duplicidade e sem ênfase no tema abordado.

RESULTADOS

Sobre os artigos estudados no referente, foram utilizados 12 artigos em língua portuguesa, 08 artigos em língua inglesa e 01 artigo na língua espanhola, apresentando um corte temporal de 05 anos que equivale de 2015 a 2020. Na avaliação dos diversos tipos de estudo dos artigos referentes, aos levantamentos: 08 artigos de estudos longitudinais, 05 estudos transversais, 03 estudos coorte, 02 revisões sistemáticas, 01 amostra clínica, 01 revisão de literatura e 01 estudo descritivo.

TABELA 01: Estudos classificados por autor, título, objetivo e resultados.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
COSTA, D. O. et. Al	Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica.	Verificar a presença e associação entre diagnóstico prováveis de TM em gestantes usuárias da atenção básica e condições do RN.	No presente estudo foi verificada associação entre diagnóstico provável de TM nas mães e a percepção de alterações no comportamento do RN. Isso sugere que os sintomas psiquiátricos maternos podem influenciar a relação mãe-RN no puerpério. Assim, o profissional da atenção básica deve estar atento para identificar possíveis alterações psicológicas durante a gravidez e no pós-parto, a fim de realizar o acolhimento adequado para cada gestante/mãe.
ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. F. A.	Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico.	Identificar fatores de risco e de proteção associados à Depressão Pós-Parto (DPP); Avaliar a contribuição do Pré-Natal Psicológico (PNP) como programa de prevenção em Saúde da Mulher.	No tocante à ansiedade gestacional, os resultados mostraram que apenas as mulheres que apresentaram ansiedade leve na gestação no GC, não apresentaram maior chance de desenvolver a DPP. Já as que apresentaram ansiedade moderada ou grave durante a gestação, de fato foram rastreadas como tendo maior risco de desenvolver a DPP.
MARTINS, E. S.	Efeito da acupuntura para alívio dos desconfortos físicos e emocionais na gestação.	Analisar os efeitos da acupuntura nos desconfortos físicos e emocionais presentes na gestação.	A diminuição da ansiedade foi um dos efeitos benéficos mais relevantes, no qual 66,7% das gestantes referiram uma melhoria considerável. Um dos tratamentos mais conhecidos para ansiedade é o uso de ansiolíticos, porém, os benzodiazepínicos devem ser evitados na gravidez e lactação, bem como algumas classes de estabilizantes de humor e inibidores de monoaminoxidase, devido ao risco de dano que esses psicofármacos apresentam.
FIOROTTI, K. F. et. al.	Ansiedade em puérperas em maternidade de alto risco.	Identificar a média do traço e o estado de ansiedade entre puérperas e verificar sua relação com as características sociodemográficas, reprodutivas e a experiência de violência.	nota-se que a média do traço de ansiedade foi maior entre as puérperas que não apresentam companheiro, com menor escolaridade, não possuem trabalho remunerado, têm renda familiar igual ou inferior a 1100,00 reais, não planejaram ou desejaram a gravidez e sofreram violência física na gestação. Percebe-se que o estado de ansiedade teve maior média entre as mulheres de menor renda familiar e que não desejaram a gravidez.
SCHIAVO, R. A.	Variáveis Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas.	Descrever e comparar a ansiedade de primigestas e multigestas, no terceiro trimestre gestacional, bem como identificar, dentre as variáveis sociodemográfica e de gestação, as que se associaram para alta ansiedade	Os resultados indicaram que 36% das gestantes apresentaram sintomas de alta ansiedade no terceiro trimestre gestacional, com um predomínio das multigestas em relação às primigestas. Para as multigestas, a maior chance para alta ansiedade esteve associada à baixa renda e, para as primigestas, à ameaça de aborto no início da gestação. Tanto para primigestas como para multigestas, desejar o bebê apareceu como fator de proteção para alta ansiedade.
BITTI, V. C. et. Al	Atuação dos enfermeiros na prevenção e acompanhamento da depressão puerperal.	Identificar o conhecimento e atuação dos enfermeiros relacionados à prevenção da depressão puerperal e sua detecção precoce.	Os resultados apontaram que as enfermeiras possuem um conceito favorável sobre a doença com limitação de conhecimento sobre os sinais e sintomas. As dificuldades no reconhecimento da doença dão-se mais em relação à sobrecarga de trabalho, com pouco tempo para a assistência.
SILVA, M. M. S. j. et. al.	Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados	Os objetivos deste estudo foram avaliar	Participaram 209 gestantes de um município do sul de Minas Gerais. Os resultados da Tabela

		<p>a ocorrência da ansiedade em gestantes; avaliar os possíveis fatores associados entre as medidas de ansiedade em gestantes, como as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, hábitos de vida, eventos marcantes de vida e relações interpessoais; comparar a presença de ansiedade em cada trimestre gestacional.</p>	<p>indicam associação estatisticamente significativa entre a presença de ansiedade na gravidez e a ocupação ($p=0,04$), evidenciando que gestantes que exerciam atividade do lar apresentaram maior chance de desenvolver ansiedade na gravidez do que as que possuíam trabalho. O número de abortamentos também demonstrou relação estatisticamente significante com a ocorrência da ansiedade na gravidez.</p>
MORAIS, O. A. D. S, et. al.	<p>Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais</p>	<p>Investigar a associação entre sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho, por meio de modelagem de equações estruturais.</p>	<p>Quanto aos aspectos psicossociais maternos, 27,25% das mulheres apresentaram sintomas de depressão na gestação, 19,63% sintomas de depressão pós-parto, e 22,78% e 14,60% apresentaram, respectivamente, ansiedade moderada e grave, totalizando 37,38% mulheres que se encontravam em níveis significativos de ansiedade. A proporção de relação mãe/filho prejudicada atingiu 6,14%.</p> <p>Os sintomas de ansiedade na gestação não registraram efeito total na relação mãe/filho ($CP = -0,097$; $p = 0,247$), não representando significância estatística.</p>
NILSSON, C. et. al	<p>Definições, medidas e prevalência de ansiedade: uma revisão sistemática.</p>	<p>Os objetivos desta revisão foram identificar a prevalência do medo do parto, em mulheres em idade fértil e como é definido mensurados durante a gravidez e no pós-parto e para busca de medidas úteis de ansiedade, também para pesquisa quanto aos contextos clínicos.</p>	<p>No total, 12.188 citações foram identificadas e rastreadas por título e resumo; 11.698 foram excluídos e o texto completo de 490 foi avaliado para análise. Desses, 466 foram excluídos, deixando 24 artigos incluídos na revisão, apresentando prevalência de ansiedade de nove países da Europa, Austrália, Canadá e Estados Unidos. Várias definições e medidas de ansiedade foram usadas. A escala mais utilizada foi o W-DEQ com vários pontos de corte que descrevem medo moderado, grave / intenso e extremo / fóbico. Também foram utilizadas diferentes escalas de 3, 4 e 5/6 pontos e escalas analógicas visuais. As taxas dos países (medidas por sete estudos usando W-DEQ com ≥ 85 pontos de corte) variaram de 6,3 a 14,8%, uma diferença significativa (qui-quadrado = 104,44, d.f. = 6, $p < 0,0001$).</p>

CONCLUSÃO

O presente estudo revela que os níveis de ansiedade evidenciam-se no em todos os trimestres da gestação, com alusão ao terceiro trimestre por está relacionada aproximação da hora do parto. Nas gestantes múltiparas esses níveis são alterados devido à gravidez indesejada, e nas primigestas as causas para o aumento da ansiedade está relacionada a inexperiência e preocupações com o bebê, momento de angústia em ter que assumir um novo papel, esses fatores refletem na qualidade de vida da mãe, do recém-nascido.

Causas comumente ligadas ao medo da hora do parto, atrelados a estresse, situação conjugal, desordem psicológicas, níveis sociais e geográficos, gerando complicações obstétricas como parto pré-termo que afetam o desenvolvimento neurológico e motor do recém-nascido. E que quando não tratada a ansiedade transitória em gestantes pode desencadear um fenômeno chamado de baby-blues, que acomete várias parturientes, com sintomatologia passageira recorrente em mulheres com depressão antes do parto, e em agravamento pode desenvolver depressão pós-parto. Todavia, faz-se necessário o acompanhamento das gestantes com uma equipe multiprofissional da área da saúde, não apenas no pré-natal mas com ênfase em um pré-natal psicológico, para tratar a mente e minimizar os danos relacionados aos seus agravantes.

REFERENCIAS

- COSTA, D. O.; et. al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciências & Saúde Coletiva**. n. 3, v. 23, p. 691-700, 2018.
- ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Ciência e Profissão**. n.4, v. 38, p.771-729, 2018.
- MARTINS, E. S.; et. al. Efeito da acupuntura para alívio dos desconfortos físicos e emocionais na gestação. **Cuidado é fundamental**. n.12, v.1, p.226-231, 2020.
- FIOROTTI, K. F.; et. al. Ansiedade em puérperas em maternidade de alto risco. **Rev. Enf. UFPE online**. n. 13, v.5, p. 1300-1307, 2019.
- VIANA, Milena de Barros. **Mudanças nos Conceitos De Ansiedade Nos Séculos Xix E Xx: Da “Angstneurose” Ao Dsm-iv**. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos: 2010.
- SILVA, Mônica; et al. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **ESC ENFERM USP**, v. 51 N° 03253, p. 1-8, Abr. 2017.
- KLIEMANN, A. et al. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Psicologia da saúde**. v. 25(2), p. 69-76, 2017.
- BITTI, V.; et al. Atuação dos enfermeiros na prevenção e acompanhamento da depressão puerperal. **Enciclopédia Biosfera**. v. 15, n. 27, p. 1424, 2018.
- ALMEIDA, C. N.; ARRAIAS, R. A.; O pré-natal psicológico como Programa de Depressão Pós-Parto. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016.
- MORAIS, S. A.; Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Caderno de saúde pública**. v. 33(6), 2017.
- SCHIAVO, Rafaela; et al. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. **Psicol**, v. 26, n°4, Out/Dez. 2018.
- SILVA, J.; et al. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade. **Mostra Científica da Farmácia**. v. 6, n. 1, jul. 2019.
- WHANDELZALTS, J. E.; et. al. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. **Arch Gynecol Obstet**. 291, p.1055-1062, 2015.

SOCKOL, L. E.; BATTLE, C. L. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. **Arch Womens Ment Health**. 18, 585–593, 2015.

BARTHEL, D.; Longitudinal course of ante- and postpartum generalized anxiety symptoms and associated factors in West-African women from Ghana and Côte d'Ivoire. **Journal of Affective Disorders**. v.197, p. 125-133, 2016.

UNDERWOOD, L.; et al. A longitudinal study of pre-pregnancy and pregnancy risk factors associated with antenatal and postnatal symptoms of depression: evidence from growing up New Zealand. **Matern child health** 21, p. 915-931, 2017.

Nilsson, C.; et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. **BMC Pregnancy childbirth** 18, p.1-15, 2018.

AHMED, A.; et al. Latent trajectory groups of perinatal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to early postpartum and their antenatal risk factors. **Arch womens ment health** 21, p. 689-698, 2018.

KHWEPEYA, M.; et al. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. **BMC Pregnancy Childbirth**. 18, p.391, 2018.

TUGUT, N.; et al. Preparedness of pregnant women for childbirth and the postpartum period: Their knowledge and fear. **Journal of obstetrics and gynaecology**, 35. p. 1-5, 2014.

GONZALEZ, R.; et al. Índice de massa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre todo el embarazo? **Nutr. Hosp**. v. 28, n. 2, p. 332-339, 2018.

Capítulo 2

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOPEDAGOGIA E DA PSICOLOGIA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM COM CRIANÇAS SÍNDROME DE ASPERGER NO ÂMBITO ESCOLAR

Laynara Soares Vilagra¹
Thamyres Ribeiro Pereira²

Resumo

Esse trabalho tem como finalidade apresentar a importância do trabalho multidisciplinar, onde cada profissional colabora para a construção de práticas para realizar o diagnóstico e a intervenção relacionada ao processo de ensino-aprendizagem. Desta forma, formou-se o seguinte questionamento: Como o psicopedagogo e o psicólogo podem contribuir para o sucesso escolar de crianças com síndrome de Asperger? O objetivo dessa pesquisa é identificar e descrever, com base na bibliografia disponível a referida síndrome e quais as dificuldades desse aluno dentro do âmbito escolar, e como os estudos educacionais tratam a temática da inclusão dos alunos Síndromes de Asperger. A metodologia utilizada na produção do presente trabalho foi de pesquisas bibliográficas a partir dos referenciais teóricos e dos levantamentos obtidos ao longo da pós-graduação em psicopedagogia. Descrita como um Transtorno Invasivo de Desenvolvimento e subgrupo do espectro do autismo pelos critérios do DSM-IV, a Síndrome de Asperger tem como principais características: Comprometimento nas competências sociais mais sofisticadas e dificuldade de empatia e comunicação. Cabe a escola juntamente com a equipe multidisciplinar promover a inclusão social, levando como propósito inserir os alunos sem distinção.

Palavras-chave: Síndrome de Asperger. Psicopedagogia Institucional. Psicologia Educacional. Educação Inclusiva. Ensino-aprendizagem.

Abstrat

This work aims to present the importance of multidisciplinary work, where each professional collaborates for the construction of practices to carry out the diagnosis and the intervention related to the teaching-learning process. Thus, the following question was formed: How can the psychopedagogue and the psychologist contribute to the school success of children with Asperger's syndrome? The objective of this research is to identify and describe, based on the available bibliography, the referred syndrome and the difficulties of this student within the school environment, and how educational studies deal with the theme of the inclusion of Asperger Syndromes. The methodology used in the production of the present work was bibliographic research based on theoretical references and surveys obtained during the post-graduation course in psychopedagogy. Described as an Invasive Developmental Disorder and a subgroup of the autism spectrum according to the DSM-IV criteria, Asperger's Syndrome has as its main to promote social inclusion, taking as a purpose to insert students without distinction.

keywords: **Keywords:** Asperger's syndrome. Institutional Psychopedagogy. Educational Psychology. Inclusive Education. Teaching-learning.

1. INTRODUÇÃO

A temática inclusão escolar é um assunto que deve ser estudado e debatido na atualidade, pois quando se trata do processo de inclusão de alunos com alguma dificuldade e em

¹ Laynara Soares Vilagra Graduada em Psicologia, Especialização em Psicopedagogia e Mestranda em Saúde e Desenvolvimento – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: laynarav@gmail.com

² Thamyres Ribeiro Pereira Graduada em Psicologia, Especialização em Psicopedagogia e Mestranda em Psicologia da Saúde - UCDB, Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: thamyresribeiro218@gmail.com

especial como a Síndrome de Asperger nota-se que deve existir alguma mudança para que o processo e inclusão existam, esperando que a escola seja um lugar de produção de conhecimento e aprendizagem para todos os alunos, principalmente para os alunos inclusos.

De acordo com os direcionamentos legislativos e educacionais, todas as crianças sempre que possível devem aprender juntas, respeitando as diferenças que possam ter. Só assim, através do convívio é possível respeitar às diferenças, independente das limitações. Crianças devem estar juntas, na escola, em sala de aula, principalmente dentro do ensino comum.

Quando existe a inclusão todos da comunidade escolar se beneficiam e participam das mudanças, desde as outras crianças até o corpo docente. O processo de ensino-aprendizagem permite ensinar e aprender, e permite perceber que, mesmo com desafios e alguns caminhos a seguir, o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar com base sólida, proporciona um reflexo positivo na formação do indivíduo dentro da escola e conseqüentemente na sociedade que o cerca.

Segundo Bordenave e Pereira (1998), a aprendizagem gera mudanças cognitivas, mediadas por processos emocionais. Os sentimentos de curiosidade, frustração, alegria, impaciência, obstinação, surgidos no processo ensino-aprendizagem, são importantes e acompanham o ato de perceber, analisar, comparar, entender. O processo de ensino-aprendizagem tem como propósito essencial contribuir para a formação integral da personalidade do aluno. Sant'ana (2009) traz que:

A eficácia do processo de ensino-aprendizagem está na resposta em que este dá à apropriação dos conhecimentos, ao desenvolvimento intelectual e físico do estudante, à formação de sentimentos, qualidades e valores, que alcancem os objetivos gerais e específicos propostos em cada nível de ensino de diferentes instituições, conduzindo a uma posição transformadora, que promova as ações coletivas, a solidariedade e o viver em comunidade. A concepção de que o processo de ensino-aprendizagem é uma unidade dialética entre a instrução e a educação está associada à ideia de que igual característica existe entre ensinar e aprender. Esta relação nos remete a uma concepção de que o processo de ensino-aprendizagem tem uma estrutura e um funcionamento sistêmico, isto é, está composto por elementos estreitamente inter-relacionados. (SANT'ANA, 2009, p. 15).

Os profissionais da psicopedagogia e da psicologia têm se atentado para a necessidade do trabalho a ser realizado na instituição escolar. Esse trabalho pensado a partir da instituição escolar cumpre uma função de promover o desenvolvimento cognitivo e deve-se entender sua importância, afinal, a escola é responsável por grande parte da aprendizagem do ser humano. As contribuições não param por aí, esse trabalho executado em conjunto abrange também a participação da família e sociedade, englobando questões relacionais e socioculturais.

Compreende-se então a importância do trabalho multidisciplinar, onde cada profissional colabora para a construção de práticas para realizar o diagnóstico e a intervenção relacionada ao processo de ensino-aprendizagem. Desta forma, formou-se o seguinte questionamento: Como o psicopedagogo e o psicólogo podem contribuir para o sucesso escolar de crianças com síndrome de Asperger? O objetivo dessa pesquisa é identificar e descrever, com base na bibliografia disponível a referida síndrome e quais as dificuldades desse aluno dentro do âmbito escolar, e

como os estudos educacionais tratam a temática da inclusão dos alunos Síndromes de Asperger. É de grande importância constatar o papel da escola nesse processo de inclusão, e quais as estratégias os profissionais da psicopedagogia e da psicologia adotam para ajudar no processo ensino-aprendizagem, e através dos conceitos da síndrome entender as dificuldades dessas crianças.

A metodologia utilizada na produção do presente trabalho foi de pesquisas bibliográficas a partir dos referenciais teóricos e dos levantamentos obtidos ao longo da pós-graduação em psicopedagogia. Como procedimento de leitura/pesquisa foi utilizado o método seletivo, onde foram selecionados materiais mais relevantes para a pesquisa. Foram pesquisadas os periódicos SciELO Brasil, Index Psi, Lilacs e entre outros. Para a realização da pesquisa foi utilizado o descritor "síndrome de asperger" "psicopedagogia" e "psicologia" no resumo e título que estavam relacionadas com os estudos elaborados no Brasil. Foram considerados como critérios de leitura artigos que contemplava em seus estudos o conceito de psicopedagogia e psicologia, aplicados em suas respectivas pesquisas ou como trabalho multidisciplinar dentro da escola.

Ainda em estudo, a Síndrome de Asperger (SA) é um transtorno que apresenta características que muitas vezes são confundidas com o autismo clássico, ou outro tipo de transtorno. Segundo De Sousa (2018) a Síndrome também conhecida como desordem de Asperger, uma síndrome de espectro autista, não comporta nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo, diferente do autismo. A criança com a síndrome tem dificuldade em lidar com as suas diferentes interações sociais e as mudanças, pois, o mesmo precisa de uma rotina para estar tranquilo. De acordo com Barboza, Lima e Porto (2018) esses alunos precisam muitas vezes que as coisas aconteçam no seu tempo, que as atividades pedagógicas sejam diferenciadas e de preferência as mais concretas possíveis para que assim a aprendizagem seja significativa para o mesmo.

As contribuições que a pesquisa traz é o reconhecimento desses profissionais como agentes de mudanças, podendo ampliar sua presença nas escolas, contribuindo para a reflexão e conscientização dos grupos que compõem a escola e no desenvolvimento psicossocial dos alunos. Institucionalmente, o trabalho psicopedagógico e psicológico contribuem para a prevenção ou diminuição de dificuldades de aprendizagem, objetivando favorecer um ambiente educacional saudável por meio da aplicação de métodos preventivos com os alunos, a equipe de profissionais e a família. Ademais, visa detectar os problemas já instalados e, caso necessário, propondo mudanças na estrutura geral da escola, na conduta de profissionais específicos e/ou encaminharem o aluno a um profissional fora da escola. Contudo, apresentada a contribuição do psicopedagogo e do psicólogo nas escolas para atuar nestes casos em específicos, é válido ressaltar a falta que este profissional faz no contexto escolar, e por isso o interesse no tema, pois é válido averiguar a contribuição desses profissionais.

2. A SÍNDROME DE ASPERGER

Descrita como um Transtorno Invasivo de Desenvolvimento e subgrupo do espectro do autismo pelos critérios do DSM-IV, a Síndrome de Asperger tem como principais características: Comprometimento nas competências sociais mais sofisticadas e dificuldade de empatia e comunicação. Ainda em estudo, a Síndrome de Asperger (SA) segundo Klin (2006), apresenta características que podem ser confundidas com o autismo clássico ou até mesmo com outro tipo de deficiência ou transtorno. A diferença entre o autismo clássico e a síndrome de Asperger é que a síndrome não comportar nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo.

O autismo possui diversas gradações, entre elas os transtornos de Rett e os transtornos de Asperger, conhecidas como Transtornos dos desenvolvimentos segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV), sendo classificada como um dos espectros mais conhecidos do autismo, por muitos é visto como um autismo brando. O termo Síndrome de Asperger foi utilizado pela primeira vez por Lorna Wing no ano de 1981 em um jornal médico, pretendeu homenagear Hans Asperger um psiquiatra e pediatra austríaco, que não tinha sido reconhecido internacionalmente até a década de 1990. A síndrome só foi caracterizada pela primeira vez no DSM, na sua quarta revisão, em 1994. De acordo com o CID-10:

A síndrome de Asperger é um transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de retardo ou deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem frequentemente na adolescência e idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da idade adulta. Este transtorno também é conhecido como psicopatia autística ou transtorno esquizóide da infância (DSM-IV, 2000, p. 369).

O médico Austríaco Hans Asperger em 1944 investigou a síndrome a qual qualificava de "psicopatia autística, considerando-a como distúrbio do desenvolvimento". Caracterizou então, de acordo com Canavez (2012) os desvios e anormalidade em três aspectos, sendo na interação social, no uso da linguagem, e na comunicação, com características repetitivas ou preserverativas (repetitivo) sobre coisas relacionadas e limitadas, de seu próprio interesse.

A SA é mais recorrente no sexo masculino do que no feminino, e para alguns portadores isso não impossibilita na fase adulta uma vivência de qualidade. Há indivíduos notáveis na sociedade que obtiveram sucesso profissional e pessoal, como o neurocientista estadunidense Vernon Smith, "Prêmio Nobel de Economia" em 2002, Isaac Newton e Albert Einstein, o compositor Mozart, o filósofo Sócrates, o naturalista Charles Darwin, o pintor renascentista Michelangelo e os cientistas Stanley Kubrick e Andy Warhol.

Mesmo com algumas diferenças do autismo clássico, os sintomas da SA por vezes, se assemelham a este, pois uma das dificuldades é a interação social, o isolamento e o olhar "perdido". Segundo De Souza, Alvim, Borges, Cancela e Vieira (2018) além destes, pode-se

observar a presente falta de empatia, interpretação muito literal da linguagem e dificuldade com mudanças.

Para Amorin (2011) crianças com Síndrome de Asperger apresentam dificuldades em interagir com outros alunos, apresentando comportamento excêntrico. A maior dificuldade dessas crianças é na socialização, tornando solitárias em alguns momentos. Até apresentam interesse em se relacionar socialmente, e principalmente no ambiente escolar, mas quase sempre encontram dificuldades porque não desenvolvem uma espontaneidade, como em compartilhar atividades, interesses, ou apenas concretizar funções determinadas do cotidiano.

Somente recentemente a Síndrome de Asperger foi discutida no campo da psicologia e psiquiatria, e agora um novo olhar se lança na presença da psicopedagogia. Finalmente muitos estudos ainda estão sendo feitos, mesmo sendo necessária uma abrangência para o conhecimento da Síndrome, pois só assim é que teremos um melhor tratamento para a recuperação da criança, refletindo principalmente no seu âmbito educacional.

3. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOPEDAGOGIA E DA PSICOLOGIA

Entende-se a importância do papel do psicopedagogo e do psicólogo educacional quando se fala em educação e quando se analisa o cenário da educação especial, pois as demandas sociais são bastante questionadas, onde muitas vezes o estudante com Síndrome de Asperger é impedido de se desenvolver por consequência de conclusões preconceituosas acerca da aprendizagem da criança especial. Vale entender:

Acerca da pessoa com necessidades especiais e seu desenvolvimento são significativas com relação a determinação da maneira como essa condição "ser deficiente" deve ser compreendida e trabalhada no contexto da educação, conferindo-lhe o direito a seu papel ativo na construção de seu desenvolvimento, a partir de sua capacidade individual de apropriar-se e internalizar formas sociais de comportamento como participante de seu processo de conhecimento como sujeito histórico. (ORRÚ, 2009, p. 104).

Surgida na Europa, em meados do século XIX a partir da contribuição de conhecimentos da medicina, da psicologia e da psicanálise, inicialmente com o objetivo de minimizar os problemas de aprendizagem, a Psicopedagogia expandiu-se para a Argentina e vem se constituindo no Brasil a partir dos anos 70, como um importante campo de pesquisa e atuação.

Segundo Serra (2004) a psicopedagogia não se restringe ao estudo das dificuldades e dos distúrbios de aprendizagem, mas à aprendizagem de um modo geral seja no estado normal ou patológico. Entende-se também a importância do psicólogo nas escolas e as suas atribuições, mostrando que esse profissional pode ter mais dificuldade de incorporação, mas tem uma vasta gama de contribuição na inserção e no processo de ensino-aprendizagem. Geralmente, os alunos com dificuldades de aprendizagem são descritos como crianças menos envolvidas com as tarefas escolares do que os colegas sem dificuldades. Acolher alunos com transtornos globais do desenvolvimento para Brande e Zanfelicce (2012) é um desafio que as escolas enfrentam rotineiramente, pois supõe usar de adequações ambientais, curriculares e metodológicas.

Desta forma, deve ser identificada a causa que caracteriza o problema e passa-se a planejar a intervenção, atuando junto à escola, aos pais e à criança. Além do saber teórico- prático a equipe deve ter a capacidade de entender que a criança com a Síndrome de Asperger aprende, mas também ensina, pois, toda a bagagem que ele carrega deve ser levada em consideração. Conforme Rossato (2014) cabe aos profissionais intermediar o relacionamento entre ensinante e aprendiz na construção de um vínculo prazeroso e saudável.

Diante da inclusão escolar, a presença do psicopedagogo é de suma importância, pois é ele quem intermediará as possibilidades de aprendizagens. O psicopedagogo deve criar condições favoráveis para o desenvolvimento das habilidades nas quais a criança apresenta dificuldades. Isto é feito por meio de observações e de um planejamento de ensino para o aluno, fazendo com que a aprendizagem seja interessante e adequada ao seu modo de resolver problemas.

Para Cunha (2015) A observação permite selecionar os estímulos que tornam o aprendiz mais receptivo às práticas pedagógicas. Observar ajuda conhecer os gostos, as preferências, os desejos, e a partir desses detalhes deve ser criada uma linha de trabalho, que deve ser realizado de forma diferente com cada estudante, enfatizando as características pessoais do aluno, suas necessidades imediatas e como ele se relaciona com seu ambiente social e emocional. Esse trabalho deve ser acompanhado de afeto e estímulos, para que a aprendizagem floresça a partir do interior do educando, pois, quanto maior for o número de estímulos, maiores e melhores serão as oportunidades de evolução do aprendiz.

O psicólogo também é de grande pertinência, sendo essencial que este conheça sobre a síndrome e saiba dos recursos que facilitam o processo de ensino-aprendizagem em uma sala de aula e no âmbito escolar como um todo. Conforme Ellis (1996) a sensibilidade do psicólogo diante da criança e do nível de comprometimento desta é importante para que ele saiba adequar propostas terapêuticas que realmente beneficiem. De acordo com Souza (2004), o psicólogo também ajuda os pais a compreenderem, discutirem, entenderem, além de trazer à tona sentimentos universalmente presentes em todos aqueles que têm filhos com problemas, ou seja, negação, culpa, frustração, impotência, ressentimento, raiva, rejeição, além de fantasias diversas. O atendimento dentro da instituição deve considerar os seguintes aspectos:

Promover o bem-estar emocional da criança, diminuindo suas experiências negativas de medo, ansiedade, frustração, incrementando possibilidades de emoções positivas de serenidade, alegria e autoestima. Promover a autonomia pessoal e as competências de autocuidado, diminuindo assim sua dependência de outras pessoas. Aumentar suas possibilidades de comunicação, autoconsciência e controle do próprio comportamento. Desenvolver habilidades cognitivas e de atenção, que permitam uma relação mais rica com o seu meio ambiente. Aumentar a liberdade, espontaneidade e flexibilidade de suas ações, assim que estiver preparado. Aumentar sua capacidade de assimilar e compreender as interações com outras pessoas, assim como sua capacidade de interpretar as intenções dos demais. Desenvolver técnicas de aprendizagem, baseadas na imitação, aprendizagem de observação. Diminuir aquelas condutas que trazem sofrimento para o próprio sujeito e para os que o rodeiam como as ações destrutivas. Desenvolver suas competências comunicativas. (RIVIERI, 1997, p. 128).

A educação da criança com a Síndrome de Asper não é simples e requer dedicação e engajamento não apenas do psicopedagogo e do psicólogo, mas dos professores, profissionais da escola e dos pais. O empenho se faz com a intenção de inserir esse indivíduo de forma mais independente na sociedade.

Para Kauark (2008) Os profissionais podem montar estratégias para que ajudem os pais a desenvolver praticas de ensino-aprendizagem, assim estabelecendo uma relação de confiança e colaboração com a escola, como informar aos professores sobre os progressos feitos em casa; estabelecer horários para executar as tarefas de casa; ser exemplo, mostrar interesse e entusiasmo pelos estudos; desenvolver estratégias de modelação, por exemplo, existe um problema para ser solucionado, pense em voz alta; aprenda com eles ao invés de querer ensinar somente. Aproveitar o momento do acompanhamento da tarefa para ser cúmplice, parceiro e propor descobertas de respostas, ao invés de entregá-las prontas; valorizar sempre o que o seu filho faz, mesmo que não tenha feito o que você pediu e em nível do que você esperava e disponibilizar materiais para auxiliar na aprendizagem. É importante reservar um tempo para saber da rotina do filho na escola e quais as dificuldades ele precisa desprender maior esforço.

Segundo Batista e Enumo (2004), a inclusão escolar tem sido um tema atual no meio da educação, considerado um tema relevante para as pesquisas recentes, onde pesquisas atuais entende o dever da escola juntamente com a equipe multidisciplinar promover a inclusão social, levando como proposito inserir os alunos sem distinção. Para ser de fato um processo de inclusão, deve ser realizado em uma escola regular; onde o objetivo central da inclusão é diminuir ao máximo os preconceitos e evitar o isolamento social, que é característica marcante desse transtorno, pois esse processo permitirá que o educando adquira novas habilidades em meio a seus pares.

O processo em que se da a inclusão escolar com os alunos com Asperger tem seus desafios, nos faz pensar e rever posturas, visto que lidar com diferenças na escolas deve mudar a concepção desde o diretor aos funcionários, pois todos irão participar do desenvolvimento daquela criança com síndrome de Asperger. É no âmbito dessas relações que compreendemos as possibilidades de mudança, pois é aí que o profissional terá a oportunidade de negociar sentidos, ampliar o significado de sua prática, apresentar novas perspectivas de intervenção e de compreensão da realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de sabedoria que a escola é um dos agentes responsáveis pela inclusão da criança na sociedade juntamente com a família. É uma peça capaz de colaborar com o bom desenvolvimento da criança, por meio de atividades em grupo, capacitando o relacionamento e a interação, representando em cada criança o sentimento de sentir-se um ser social. A criança deve ser acreditada independentemente das suas limitações, a estimulação precoce oferecida à criança

pode contribuir para uma melhor socialização e aprendizagem no período que esta se inicia na educação escolar.

A inclusão surge como uma forma de transformar a realidade de exclusão até então vivenciada por muitos alunos com a Síndrome de Aperger. Aparece com o intuito de desfazer paradigmas, de criar novos olhares, novos saberes sobre o diferente. A inclusão deve ser um direito de todo o cidadão e precisa ocorrer em todos os âmbitos sociais, mas, para que isso se torne efetivo é necessário toda uma reestruturação social, para que sejam fornecidas condições necessárias para a participação plena de seus integrantes. É de grande importância as

Para compor a equipe em busca dessa inclusão e no desenvolvimento de ferramentas no processo de ensino-aprendizagem totaliza ser fundamental o trabalho da equipe no âmbito da escola, onde foi possível compreender que psicopedagogo e psicólogo priorizam intervenções que proporciona às crianças excepcionais e a seus familiares uma vida mais digna, mais amena e proveitosa.

Os textos pesquisados foram significativos para entender efetivamente os aspectos relacionados à equipe multidisciplinar, e o processo de ensino-aprendizagem no plano educacional da criança com a síndrome de Asperger. Chegou-se a conclusão que devemos dar respaldo ao trabalho do psicopedagogo como um profissional mediador articulador de subsídios no que se refere à inclusão do aluno, englobando os processos de ensino e cuidando para que os mesmo sejam aplicados com interesse, criando possibilidades de interação para que a criança com a síndrome se desenvolva plenamente na sua comunicação verbal e social. Os profissionais devem trabalhar com cada indivíduo portador da síndrome, no processo de inclusão e no ensino-aprendizagem, ajudando-os para que tenham capacidades e habilidades, num ambiente propício e facilitador para seu desenvolvimento cognitivo e emocional respeitando a individualidade de cada um.

REFERÊNCIAS

- AMORIN, L. **Descomplicando a Síndrome de Asperger**. Revista autismo: informação gerando ação. São Paulo, v. 1, nº 1, p. 33, abril 2011.
- BATISTA, M.; ENUMO, S.R. **Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros**. Estudos de psicologia, v. 9, n. 1, p. 101-111, 2004.
- Bordenave J.; Pereira A. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
- BRANDE, C.A.; ZANFELICE, C.C. **A inclusão escolar de um aluno com autismo: diferentes tempos de escuta, intervenção e aprendizagens**. Rev. Educ. Espec., Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 43-56, jan./abr. 2012.
- CANAVEZ, F. **Síndrome do Autismo: A importância do psicopedagogo no processo de aprendizagem da criança autista**, p. 26, 2012.
- CLASSIFICAÇÃO de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

- CUNHA, E. **Autismo na escola: um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar – ideias e práticas pedagógicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.
- DE SOUSA, L et al. **A intervenção psicopedagógica no processo ensino do autista**. Revista Transformar, v. 12, n. 1, p. 244-259, 2018
- ELLIS, K. **Autismo**. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 1996.
- KAUARK, F.; SILVA, V. **Dificuldades de aprendizagem nas séries iniciais do ensino fundamental e ações psico & pedagógicas**. Revista Psicopedagogia, v. 25, n. 78, p. 264-270, 2008.
- Klin, A. **"Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral."** Brazilian Journal of Psychiatry Klin, Ami. 2006
- ORRÚ, E. **Autismo, linguagem e educação: interação social no cotidiano escolar**. Ed. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2012.
- ROSSATO, R. **O papel do psicopedagogo no tratamento de autistas**. 2014.
- SERRA, D. C. **Teorias e práticas da Psicopedagogia Institucional**. Curitiba: IESDE Brasil, 2004.
- SOUZA, J. C. et al. **Atuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil**. Psicol. Cienc. Prof., Brasília, v. 24, n. 2, p. 24-31, Junho 2004.
- Sant' Ana V.L. **Dimensões do processo ensino-aprendizagem: desafios à prática docente**. Pedagogia em Ação. 2009. 15-23.
- BARBOZA, R. J.; LIMA, N.; PORTO, E.E. **O processo de inclusão e a aprendizagem do aluno com síndrome de asperger**. Revista Científica Eletrônica da pedagogia. Rio de Janeiro, p. 12. 2018

Capítulo 3

**A INTERSETORIALIDADE ENTRE O SERVIÇO SOCIAL E A ODONTOLOGIA NO
TERCEIRO SETOR: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO
FAMILIAR DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.**

Ávyla Pereira Frutuoso Rodrigues¹
Sandryelle de Andrade Rodrigues²
Vivian Faustino Martins¹
Sheyla Alves Dias³

RESUMO

A saúde bucal está envolvida em diversos processos e, portanto, pode relacionar-se com, por exemplo, fatores sistêmicos, estéticos e psicológicos, influenciando diretamente na qualidade de vida. Quando se trata de pessoas com deficiência existem dificuldades sobre o conhecimento e hábitos básicos de cuidados com a saúde bucal, bem como os direitos das mesmas. O presente artigo tem como objetivo analisar a importância da família na prevenção e promoção da saúde bucal de pessoas com deficiência aliado a uma intervenção interdisciplinar entre serviço social e odontologia para garantia do direito a saúde dentro das OSC's –Organizações da Sociedade Civil.

Para concretização do objetivo geral, constituem-se três objetivos específicos: “Conhecer a necessidade do acesso às informações sobre saúde bucal”; “Identificar a relação entre o papel do assistente social e do odontólogo mediante pessoas com deficiência”; e “Averiguar a importância do Terceiro Setor na efetivação dos direitos.”

Palavras-chave: Terceiro Setor; Família; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Oral health is involved in several processes and, therefore, can be related to, for example, systemic, aesthetic and psychological factors, directly influencing quality of life. When it comes to people with disabilities, there are difficulties with their knowledge and basic oral health care habits, as well as their rights. This article aims to analyze the importance of the family in the prevention and promotion of oral health of people with disabilities combined with an interdisciplinary intervention between social work and dentistry to guarantee the right to health within CSOs - Civil Society Organizations.

In order to achieve the general objective, three specific objectives are constituted: “Knowing the need for access to information on oral health”; “Identify the relationship between the role of the social worker and the dentist through people with disabilities”; and “Investigate the importance of the Third Sector in the realization of rights.”

Key words: Third sector; Family; Oral Health.

¹ Discentes do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO

² Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO

³ Docente do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO/Orientadora

INTRODUÇÃO

Entender a família como núcleo estruturante de particularidades e também da sociedade, nos leva a compreender seu papel na configuração do conceito ampliado de saúde. Dessa forma, se faz necessário a discussão sobre saúde bucal, visto que segundo Petersen¹ é o que possibilita aos indivíduos hábitos fundamentais como mastigação, fala, sorriso, relacionamento social, entre outros. Quando se trata de pessoas com deficiência e considerando os impedimentos físicos, intelectuais ou sensoriais dessas pessoas, é fundamental a inserção de novos métodos a serem realizados pelos profissionais para a efetivação de um atendimento ampliado, que de fato possa intervir na realidade do sujeito e da coletividade. Nessa perspectiva, a inserção do assistente social e do cirurgião-dentista no terceiro setor é imprescindível, já que este se constitui como espaço para efetivação dos direitos.

A promoção e prevenção da saúde bucal é um desafio para os profissionais da área odontológica, pois há uma busca rigorosa a fim de tornar suas ações mais impactantes e efetivas. Sem embargo, a abrangência e participação da população nessas ações é comprometida quando se volta o foco apenas para o indivíduo e não o coletivo, pois o processo saúde-doença é muito mais complexo, envolvendo, entre diversos fatores, os determinantes sociais de saúde, que dizem respeito ao modo como qual aspectos culturais, sociais, ambientais e econômicos, por exemplo, podem influenciar nesse processo. Com isso, o presente artigo tem como objetivo analisar a importância da família na prevenção e promoção da saúde bucal de pessoas com deficiência aliado a uma intervenção interdisciplinar entre serviço social e odontologia para garantia do direito a saúde dentro das OSC's – Organizações da Sociedade Civil.

METODOLOGIA

O Serviço Social enfrenta desafios, considerando a ausência de profissionais e/ou a falta de equipamentos para realização dos procedimentos nas unidades públicas de saúde, o que dificulta o atendimento básico as pessoas de vulnerabilidade social e abre espaço para o Terceiro Setor. Além do absentismo de informações sobre os cuidados necessários e a importância dessa higienização cotidiana.

Desta maneira, a pesquisa adquiriu o perfil qualitativo, com a pesquisa bibliográfica utilizando a observação participante para identificação dos resultados. As demandas chegaram através de manifestações em palestras informativas executada em uma Associação sem fins lucrativos de Juazeiro do Norte-CE

responsável pelo acompanhamento de pessoas com deficiência e os resultados evidenciaram a importância do diálogo a respeito da saúde bucal, assim como, a relevância dos equipamentos com uma alta qualidade, e eficiência nos atendimentos.

Evertson e Green², reconhecem que toda a observação científica direta ou indireta dentro da subjetividade da pesquisa qualitativa, possibilita, por parte de quem observa a identificação de problemas o entendimento de conceitos, bem como a análise de relações e aplicações de esquemas de diferenciação dos mesmos.

Já na pesquisa bibliográfica o pesquisador faz a busca através de um levantamento sobre o tema, buscando e selecionando conhecimentos em bibliotecas, videotecas, periódicos etc. Um trabalho realizado em conjunto com o Serviço Social e a Odontologia, afim de promoção e prevenção nos territórios, com o intuito de minimizar essas demandas e efetivar direitos básicos a esta população.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações e serviços públicos ou privados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem obedecer ao princípio de, consoante o Art. 7º, IV, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”³, a equidade deve estar sempre presente na distribuição de serviços de saúde para a população, a fim de reduzir as iniquidades enraizadas na sociedade.

Os hábitos adquiridos na infância iniciam em casa, com os pais. Isto posto, os conhecimentos de saúde bucal dos pais, bem como o entendimento da importância dela e as condutas realizadas no dia a dia, influenciam diretamente nos hábitos de higiene bucal das crianças⁴. Além disso, um estilo de vida não saudável juntamente a uma dieta rica em sacarose adotada pelos pais pode refletir na saúde bucal dos mesmos e de seus filhos, aumentando significativamente a probabilidade de desenvolvimento de lesões cáries. Inseridos no âmbito da saúde, os Assistentes Sociais adentram as equipes multidisciplinares, para compor a parte considerada de “apoio” e nesse rol passam a cumprir atividades direcionadas a promoção da saúde, com intervenções baseadas no território e com ênfase na família para ampliação e fortalecimento das ações em saúde.

No que diz respeito a promoção da saúde, dá-se relevância a toda uma rede de temas que contribuem para possibilidade de mudanças no modo de vida, nos costumes e comportamentos das pessoas, envolvendo a intersectorialidade da rede de serviços sociais e o saber popular e o técnico nos leva a refletir que:

“A intersetorialidade, além de estar em inerente consonância com a magnitude do objeto saúde, tem como princípios a reestruturação e a reunião de vários saberes e setores, no sentido de um olhar mais adequado e amplo a respeito de determinado objeto, proporcionando melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia a dia”⁵.

Dessa forma, atuando na promoção a saúde bucal, espera-se que os profissionais, tanto Assistentes Sociais como Cirurgiões Dentistas, construam o conhecimento, as ações e intervenções juntamente com a população usuária dos serviços para que além de mudanças de hábito pessoais, a partir do foco na família, se estabeleçam novos hábitos coletivos e duradouros.

O espaço do Terceiro Setor se constitui como um lócus que possibilita a construção desses novos saberes e hábitos, pois como afirma Mota⁶, o mesmo surge da ação de novos protagonistas sociais, a partir da ofensiva neoliberal, caracterizada pela redução das políticas sociais e desresponsabilização estatal, tem-se então o surgimento de novas instituições para tentar absorver as demandas das expressões da questão social que extrapolam o contexto das políticas sociais.

Dessa forma, é necessário pensar o Terceiro Setor, no direcionamento indicado por quando afirma que as ações desenvolvidas atuam em espaços associativos geradores de solidariedade e que exercem um papel educativo junto à população.

CONCLUSÃO

Também a partir desses resultados, foi constatado que a maioria dos familiares dos assistidos da Organização da Sociedade Civil de Juazeiro do Norte - CE escolhida, desconheciam os procedimentos para a higienização e o porquê dessa prática ser tão importante para a saúde, bem como as doenças que podem evitar a partir dela. O papel do assistente social nesse sentido, será na busca eminente para a efetivação desses direitos que atualmente encontram-se fragilizados e precários, atuando junto com a odontologia para a efetivação da mesma. Buscando dentro do Terceiro Setor, mais especificadamente nas OSC's – Organizações da Sociedade Civil – respostas, visando sempre o bem-estar dos assistidos.

REFERÊNCIAS

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: melhoria contínua da saúde bucal no século XXI, a abordagem do Programa Global de Saúde Bucal da OMS. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (Supl. 1): 3-23.

2. Evertson CM; Green JL. Observation as inquiry and method. In M. Wittrock (Ed.), Handbook of research on teaching, 162 - 230. New York: MacMillan.1996.
3. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 16 out. 2019.
4. Neto HC, Galvão HC, Gordón NMA. Influência do comportamento em saúde bucal de pais sobre o estado de saúde bucal de suas crianças. Rev. Ext. Soc. [Internet]. 9º de março de 2012 [citado 5º de setembro de 2019]; 1(4). Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/extensoesociedade/article/view/1566>> Acesso em 15 de Out. de 2019.
5. Deisi CS, Pinto BK; CECAGNO D; Muniz RM. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. remE – Rev. Min. Enferm.;16(4): 487-493, out./dez, 2012.
6. Mota AE. Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional: Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes, 4º ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF, 2009.

Capítulo 4

A RELEVÂNCIA DO TERCEIRO SETOR COMO MOBILIZADOR SOCIAL EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA.Francisco Wallyson Ferreira Lira¹Kate Santos Miranda¹Luana Márcia Barros Costa¹Sandryelle de Andrade Rodrigues²Vivian Faustino Martins¹Sheyla Alves Dias³**RESUMO**

Questão social é o conjunto de mazelas sociais oriundos do sistema de produção vigente, a questão social se expressa de modo que a população mais carente se torna excluída de uma série de acontecimentos e produtos sociais, assim sendo o Estado torna-se promotor de direitos básicos para garantir o bem-estar da sua população. A saúde é um dos direitos básicos e fundamentais defendidos em nossa constituição. O seu caráter prático tem valor imensurável, sendo um dos principais requisito para garantia de um bem-estar social. Embora seja uma necessidade básica isso não a torna financeiramente viável para as populações menos abastadas economicamente. Por isso o Estado tem por obrigação assistir à essa população de modo a assegurar a saúde para sua população. Apesar dessa notória obrigação, os políticos do nosso país comumente ignoram seus deveres. Esse afastamento ocorreu por repetidas vezes no Brasil desde a década de 1990, e, a partir de então, os governos têm tomado, por muitas vezes, medidas que promovem um grande distanciamento da população, sendo essa uma falha que frequentemente se repete. Nessa falha do sistema o terceiro setor se amplia, de forma a expandir suas ações, porém, essa ampliação não representa uma substituição das políticas públicas. Através da presente pesquisa bibliográfica fica evidente que esse crescimento reflete uma falha do sistema utilizado e deve ser compreendido antes de qualquer coisa como um complemento da ação estatal. Percebe-se que embora as ações do terceiro setor possam propiciar um certo relaxamento aos governantes o terceiro setor atua como um complemento ao sistema público. Além do que esse tipo de ação é prova de que no país há existência de uma democracia eficiente, pois somente nesse modelo político poderemos ter a presença e contribuição tão significativa da sociedade civil na forma organizacional.

Palavras-chave: Terceiro Setor. Saúde. Direitos. Mobilização.

¹ Discentes do Curso de Serviço Social no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio –Unileão / Membros da Liga Acadêmica de Parcerias Com o Terceiro Setor - LAPATE. E-mail: wallysson.lira10@gmail.com / katemiranda16@gmail.com / lanalu1309@hotmail.com / vivianmartins@gmail.com

² Discente do Curso de Odontologia no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio –Unileão / Membro da Liga Acadêmica de Parcerias Com o Terceiro Setor - LAPATE. E-mail: sandryellerodrigues24@gmail.com

³ Docente do Curso de Serviço Social no Centro Universitário Doutor Leão Sampaio –Unileão / Orientadora da Liga Acadêmica de Parcerias Com o Terceiro Setor - LAPATE. E-mail: sheylaalves@leaosampaio.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Pode-se considerar que o Brasil passou por um árduo processo até a conquista do Sistema Único de Saúde – SUS. É evidente na história a contribuição de redes filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia para o atendimento daqueles que se encontravam sem assistência à saúde. Com isso, aborda-se o tema: A relevância do terceiro setor como mobilizador social em defesa da saúde pública.

A temática justifica-se em decorrência da análise dialética entre a formação sócio histórica da Saúde pública no país e as dificuldades encontradas nos equipamentos de saúde na contemporaneidade, principalmente frente demanda que exigem atenção específica. Ou seja, mesmo com a luta traçada pelos movimentos sociais e a conquista do SUS, ainda são identificadas imensas barreiras na execução da Política de Saúde.

Por tanto, o Terceiro Setor em meio ao cenário exposto, outra vez atribui para si as responsabilidades do Estado através das suas intervenções sobre respaldo da Sociedade Civil. Essa é uma realidade atual, assim, tem-se como objetivo apontar as estratégias de fortalecimento dos movimentos sociais dentro das instituições do Terceiro Setor em defesa da saúde pública.

Para obtenção dos resultados, configuram-se três objetivos específicos, são eles: Aprofundar o processo histórico da saúde pública no Brasil; Pontuar as expressões da questão social relacionadas à saúde na atual conjuntura e desvelar as potencialidades do Terceiro Setor como articulador dos movimentos sociais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A relevância do terceiro setor como mobilizador social em defesa da saúde pública.

O Sanitarismo Campanhista, política vigente no Brasil no período entre 1900 e 1930, priorizava o saneamento dos portos – onde circulavam mercadorias – e o combate às epidemias predominantes na época, de modo a apoiar o modelo agroexportador e assegurar a saúde dos trabalhadores que constituíam a mão-de-obra do mesmo.

Com campanhas de vacina obrigatórias e uma posição centralizadora e autoritária, o setor público priorizava ações de caráter coletivo enquanto que, por outro lado, a assistência individual era escassa, tendo em vista que os mais ricos possuíam atendimento no setor privado e os mais pobres recorriam a atendimentos filantrópicos das Santas Casas de Misericórdia - hospitais de caridade mantidos pela Igreja.

Ademais, o início da Era Vargas, 1930 a 1945, marcou a passagem da assistência coletiva para a individual, baseada nos vínculos trabalhistas, caracterizando-se como um modelo não universal e excludente. Posteriormente, em decorrência da ditadura militar, ocorreu uma diminuição dos investimentos em saúde pública, pois o Estado passou a contratar serviços privados para suprir as demandas. O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) permitiu o desenvolvimento do atendimento hospitalar com alta tecnologia e complexidade, presentes no Modelo Médico-assistencial Privatista, um modelo excludente, disponível apenas para trabalhadores assalariados, deixando o restante da população desassistida.

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUSA, 2002, p. 13).

Consoante Sousa (2002) em 1990 ocorreu a transferência do INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde por meio da publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990. Em setembro do mesmo ano, ocorreu a promulgação da Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, a qual constitui a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Gonçalves (2014) o SUS tem como um de seus objetivos adotar uma articulação entre as políticas sociais e econômicas, de modo a não se restringir à assistência médica. Suas diretrizes de descentralização, participação da sociedade e regionalização e hierarquização contribuem para distribuição do poder público, avaliação do perfil da população, além do planejamento, elaboração e execução de políticas públicas. Universalidade, equidade e integralidade são princípios que constituem o SUS, garantindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990).

Sem embargo, as demandas da sociedade civil muitas vezes ultrapassam a disponibilidade dos serviços ofertados pelo SUS, necessitando de outros métodos para suprir as necessidades da população. Outrossim, de acordo com Farah (2001) o terceiro setor – entidades que prestam serviços de caráter público sem fins lucrativos - é complementar às políticas universais de caráter redistributivo e de desenvolvimento, orientadas para a superação de desigualdades estruturais. Dessa forma, é notória a importância do terceiro setor na contemporaneidade, atuando como auxiliar ao Estado e buscando proporcionar condições adequadas de vida e trabalho para todos, que refletem diretamente na qualidade de vida e saúde da

população, algo que o Estado, sozinho, é muitas vezes incapaz de realizar, em decorrência de políticas públicas ineficazes e/ou inexistentes.

2.1 Expressões da questão social na conjuntura atual da política de saúde.

A palavra questão social surge em um cenário de implantação do sistema econômico capitalista onde as relações de exploração da classe trabalhadora e a situação de miséria paupérrima, assolavam o Brasil em meados do século XIX. Os efeitos dessa questão social se expandem em suas mais diversas expressões, e na saúde não se faz diferente (SANTOS, 2012).

O Brasil só passa a assegurar uma política de saúde pública em uma escala universalista com a constituição federal de 1988, umas das constituições mais democráticas que em seu artigo 6º explanam os direitos sociais (BRASIL, 1988) dentre eles a saúde que é um direito de todos e dever do Estado. Mas o que o Estado tem feito para efetivar, garantir esse direito? Com a implementação do Sistema único de saúde (SUS), a política de saúde expende seu acesso ao caráter universal como um de seus princípios. Mas onde se notam as expressões da questão social no cenário atual, político, econômico e social. Em tempos de desmonte das políticas e de instauração de um modelo econômico neoliberal e Estado se posiciona cada vez menos para o social e cada vez mais para o capital (TRAVAGIN, 2017).

Dessa forma a política de saúde que amplia sua assistência em três níveis de complexidade se sucateia com baixos salários dos profissionais, cortes de gastos, com enormes filas nos hospitais, atendimento negligenciado, falta de suprimentos básicos como também medicamentos e uma estrutura de qualidade. Esse desmonte da política da saúde se manifesta no desejo de torna o sistema único que é público e universal, em privado e capitalizado (MORAIS, 2018).

As políticas públicas estão em constate ameaça como também o direito assegurado pela constituição, em tempos de corte quem é pobre, preto, segregado vivencia as mazelas muito mais cedo. Diante da isenção do Estado frete a política de saúde, surge o terceiro setor, que tenta dirimir as mazelas que ficam a margem da sociedade e da assistência estatal, concomitante a esse fato que o terceiro setor além de prestar assistência através das organizações da sociedade civil também se projetam a ajudar de forma não lucrativa nas ações de saúde. É sabido que diante das aspirações neoliberais do governo atual, as necessidades básicas da população mais pobre se encontram em constante vulnerabilidade (MONTAÑO, 2001).

O terceiro setor, na personificação das ongs, fundações, trabalha para organizar a assistência à saúde que a gestão pública deixa de assistir. A reforma do

Estado na década de 70 e as crises cíclicas que o Brasil enfrentou durante todo seu percurso histórico fizeram emergir a atuação de um setor que vai ao encontro das vulnerabilidades sociais (BONFIM, 2010).

2.2 Desvelar as potencialidades do Terceiro Setor como articulador dos movimentos sociais.

A luta por direitos sociais no Brasil decorre da organização dos movimentos sociais que desde sua origem tiveram como princípio ações direcionadas a mudança, dessa forma a partir das necessidades e inquietações humanas comuns, uma coletividade de pessoas ou uma massa descentralizada se organiza em torno de uma temática. O terceiro setor por sua vez, desde o seu surgimento esteve atrelado a protagonistas sociais que representavam demandas reais do cotidiano e nesse sentido os movimentos sociais talvez sejam seu componente que melhor representa as demandas por direitos.

Soares (2008) afirma que “o terceiro setor só floresce em ambiente democrático, suas instituições não sobrevivem sem transparência e credibilidade, porque dependem da legitimidade que lhes confere a sociedade”, dessa forma mediante sua expansão, complexificação e heterogeneidade, pode se constituir como o espaço em que atores sociais diversos podem apresentar suas reivindicações e exercer o controle social para direcionar as políticas sociais ao atendimento das reais demandas das comunidades visando o desenvolvimento social. No que diz respeito ao direito a saúde, que vem sendo amplamente atacadas e desestruturadas, ações desenvolvidas pelo Terceiro Setor vêm se mostrando eficazes no que diz respeito a um atendimento célere e de complementariedade do SUS, Fonseca (2017) ressalta que:

Há que se destacar, ainda, o papel que essas instituições (*do terceiro setor*) cumpriram e cumprem na formação de recursos humanos para à saúde, a começar pela criação de primeiras Escolas de Medicina e Enfermagem; sem contar dos inúmeros empregos gerados em todo país, diretos ou indiretos. (grifo nosso)

Um espaço que se atrelado ao fortalecimento da mobilização das comunidades e pelo compromisso, protagonismo e responsabilidade social podem gerar resultados positivos para ampliar as ações em saúde e dar respostas às reivindicações do cotidiano da sociedade.

3. METODOLOGIA

O trabalho em questão foi construído dentro da abordagem qualitativa, proporcionando fomento para discussão a partir da pesquisa bibliográfica. Tais procedimentos metodológicos foram selecionados levando em consideração a característica processual com foco na análise de conteúdo a partir da perspectiva passado, presente e futuro. A pesquisa bibliográfica para Barros e Lehfeld (2007) consiste na primeira etapa de todo o trabalho científico, com a intenção de reunir embasamento e dados pertinentes para a construção da investigação sugerida. Para obtenção dos resultados o trabalho formulou-se em três etapas, a primeira com o resgate histórico (passado), a segunda com a clarificação do cotidiano (presente) e por fim e não menos importante às sugestões de enfrentamento (futuro).

4. RESULTADOS DE DISCUSSÕES

O Brasil contém parcelas populacionais que a muito tempo veem sendo segregadas devido à ausência de capital por parte dessas. Essa população é excluída e perde a possibilidade de acesso aos direitos mais básicos e fundamentais, como a saúde. Sobre as atuais condições do sistema público de saúde brasileiro cabe analisarmos que o mesmo sofre com medidas político-administrativas desde sua instauração, sendo essa uma característica fundamental para compreender o seu atual estado sucateado.

Após a criação do SUS o Estado tornou-se, formalmente, o único responsável pela promoção da saúde da população brasileira, mas é claro que isso não exime de forma alguma aos indivíduos, membros da sociedade brasileira, de exercerem um papel fundamental nesse processo. O Estado falha na promoção da saúde à população de um modo quantitativo, não conseguindo estender seus serviços à todos aqueles que o requisitam, assim sendo cria um espaço de ação, logo que tais requerimentos não podem ser simplesmente ignorados.

Neste espaço o terceiro setor encontra seu campo de ação, organizando-se em pequenos grupos unidos pelo desejo de promover melhorias significativa na vida da população de comunidades específicas. O terceiro setor vem agindo de forma a complementar a ação do Estado que frequentemente falha nas suas atribuições. O terceiro setor tem suas ações amplificadas nos momentos nos quais o país começa a tomar medidas econômicas neoliberais, esse tipo de atitude que comumente afasta o Estado da população, reduzindo o quantitativo de ações sociais desenvolvidas, agindo assim com foco em favorecer o setor econômico.

Logo, o terceiro setor não pode ser compreendido como substituto da ação estatal, mas sim como um auxiliar que age nos momentos em que o Estado não obtém a excelência da ação, momentos em que o país toma medidas de distanciamento do social, o que caso não houvesse as ações do terceiro setor fomentaria e propagaria a questão social a ampliar-se de uma forma ainda maior da que já ocorre.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das questões levantadas acima, nota-se a constante participação do terceiro setor nas demandas de saúde, sua participação e contribuição no decorrer dos anos de formação do Brasil. Quando a gestão pública se volta a acumulação do capital e essa acumulação das relações capitalistas acabam por fragilizar as relações sociais. Nesse cenário o terceiro setor tem adentrado e tem contribuído junto as políticas públicas existentes. Contudo, nota-se a notável importância das organizações não governamentais na prestação de assistência em diversas estâncias da política pública.

Diante da conjuntura atual e das ameaças as políticas públicas, aos direitos sociais assegurados na constituição fica cada vez mais evidente a ameaças vivenciadas pelas ações públicas na tentativa de assegurar o direito do mais pobre. Essas ações conjuntas do terceiro setor tem cumprido um papel primordial na prestação de serviços nesse cenário de cortes e desmontes.

REFERÊNCIAS

BARROS, Aidil J. da S.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. “Fundamentos de metodologia científica”. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BRASIL, Constituição Federal (1988), Capítulo II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Art. 6.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 26 out. 2019.

BONFIM, Paula. A “cultura do voluntariado no Brasil”: determinações econômicas, e ideopolíticas da atualidade. São Paulo: Cortez, 2010.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. Revista de Administração Pública 2001; 35:119-44.

FONSECA, Christiane. Terceiro Setor e seu Papel Relevante na Saúde no Brasil. OAB Marília, 2017.

MARIZ, Ricardo; SOUZA, L. R. P. de; CARVALHO, Fernando Luz. Movimentos Sociais e Terceiro Setor: Um Debate Sobre Participação e a Garantia dos Direitos no Brasil. REPATS, Brasília, V. 2, nº 2, p.256-276, Jul-Dez, 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MONTAÑO C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção estatal. São Paulo: Cortez Editora; 2001.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al . Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 34, n. 1, e00194916, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2019.

SANTOS. Josiane Soares. “QUESTÃO SOCIAL”: Peculiaridades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, Gisele de Oliveira. O Terceiro Setor e o Transindividualismo: proposta de uma teoria geral. São Paulo: PUC, 2008.

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas; 11 a 14 ago. 2002; São Paulo, SP. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

TRAVAGIN, Letícia Bona. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 41, n. 115, p. 995-1006, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000400995&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2019.

Capítulo 5

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASILAline Biondo Alcantara¹Dra Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos²**RESUMO**

O Enfermeiro é responsável por inúmeras atribuições em seu papel profissional nos vários setores da saúde, mas existem determinadas atribuições que são privativas deste como a consulta de enfermagem que envolve várias etapas de sistematização do seu trabalho como o histórico de enfermagem, diagnóstico, prescrição e avaliação. O objetivo de realizar uma revisão integrativa de literatura a respeito da sistematização da assistência em enfermagem na Atenção Básica no Brasil. Foi desenvolvida uma pesquisa exploratória quanti-qualitativa para descrever como este profissional tem desempenhado a sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica através de uma revisão bibliográfica nas Bases de Dados Bireme, Lilacs e Scielo a respeito das práticas da sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde de atenção básica. No âmbito da atenção Básica os estudos relacionados com a sistematização da assistência de enfermagem ainda são poucos e ainda existem dificuldades na implantação e adaptação dos instrumentos para a Atenção Básica. Em alguns lugares a implantação do instrumento CIPESC favorece o trabalho uma vez que estes mesmos profissionais relatam a importância de se realizarem este processo.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem, Estratégia Saúde da Família.

Keywords: Systematization of Nursing Care, Nursing Process, Family Health Strategy.

¹ Mestre em Enfermagem pela FMB UNESP Campus de Botucatu (2018). Especialista em Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde com Ênfase na Saúde da Família e no Gerenciamento pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto FAMERP (2013). Graduada em Enfermagem pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis IMESA (2011). Atua como Preceptora no PET (Programa de Educação pelo Trabalho), na Unidade Básica de Saúde da Vila Ribeiro do Município de Assis/SP, onde é Enfermeira Responsável Técnica, aos discentes dos cursos de Saúde: Medicina, Fisioterapia e Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) e também como Preceptora do Curso de Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), é Servidora Técnica de Enfermagem no Hospital Regional de Assis-SP na Clínica Médico-Cirúrgica Adulto. Participa como membro do Comitê Municipal de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil no Município de Assis/SP e da Comissão de Enfermeiros da Atenção Básica Coren, é multiplicadora em Capacitação de Imunização e Testes Rápidos em HIV, Sífilis e Hepatites Virais pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Assis.

² Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (1980), Mestrado em Ciências da Saúde Eixo Temático Medicina e Ciências Correlatas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP (2002) e Doutorado pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora Adjunto-D da FAMERP, na área de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional. Chefe da disciplina de Gerenciamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Membro da REDET B e cadastrada no Diretório de Grupos de Pesquisa como pesquisador do GEOTB. É Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem na Atenção Básica com ênfase na Saúde da Família e no Gerenciamento e Coordenadora Auxiliar do Curso de Especialização de Atuação Docente em Saúde e de Especialização para Equipes de Saúde da Família. Atua principalmente nos seguintes temas: tuberculose, epidemiologia, saúde da família, gerenciamento, educação em saúde e avaliação de serviços de saúde docente.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Santos (2013) A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico utilizado para planejar, executar e avaliar o cuidado do enfermeiro.

Conforme a Resolução nº 272/2002 a atividade privativa do enfermeiro “utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade”.

Tannure e Gonçalves (2008) descrevem que a Sistematização da assistência pressupõe a organização em um sistema, que implica em um conjunto de ações, para alcance de um determinado fim, podendo ser realizada por meios diversos, como por exemplo: planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. O processo de enfermagem representa um método científico para a SAE que envolve uma sequência de etapas específicas como a Coleta de Dados, Diagnóstico, Planejamento, Implementação de Cuidados de Enfermagem e Avaliação dos resultados obtidos. (CARVALHO, BACHION, 2009, p. 466)

O Conselho Federal de Enfermagem COFEN (2009) determina que o Processo de Enfermagem quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Segundo Santos e Miranda (2007) através da Reforma Sanitária em 1990, o Enfermeiro passa a assumir papéis voltados não apenas para a assistência em Saúde como também de coordenação, gestão e gerência das Unidades Básicas de Saúde e também do novo Modelo de Reorganização da Atenção Básica em Saúde a Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Neste sentido para Santos e Miranda (2007), a escuta qualificada das necessidades de saúde pelo enfermeiro são geralmente realizadas durante a consulta de enfermagem, considerada como ação privativa deste profissional que está amparada em âmbito nacional pela Lei Nº 7.498 e pelo Decreto Nº 94.406/87 artigo 11º.

Por esse contexto, este estudo tem o objetivo de realizar uma revisão integrativa de literatura a respeito da sistematização da assistência em enfermagem na Atenção Básica (AB) no Brasil.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura com a finalidade de buscar descobertas e analisá-las estatisticamente. A partir de um levantamento Bibliográfico nas Bases de Dados Bireme, Lilacs e Scielo, utilizou-se duas vertentes: Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem, com cinco tipos de descritores: Atenção Básica, Atenção Primária em Saúde, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Estratégia de Saúde da Família, com os seguintes critérios de inclusão: textos na íntegra, idioma português e publicações no período de 2006 a 2012, aqueles que não se enquadravam aos objetivos propostos de avaliar a sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica foram descartados. Inicialmente foram encontradas 470 produções no total das três Bases de dados consultadas, entretanto após a leitura exaustiva dos resumos excluíram-se as produções repetidas e aquelas que não cumpriam os objetivos propostos, ficando apenas 14 destas produções que se enquadraram nos critérios estabelecidos.

3. RESULTADOS

Após seguir todos os critérios acima estabelecidos resultou-se em 14 produções: da base Bireme 11 foram selecionadas, sendo 3 da primeira vertente Sistematização da Assistência de Enfermagem e 11 da segunda vertente Processo de Enfermagem porém 3 destas produções estavam repetidas entre as duas vertentes, por isso apenas 11 produções .

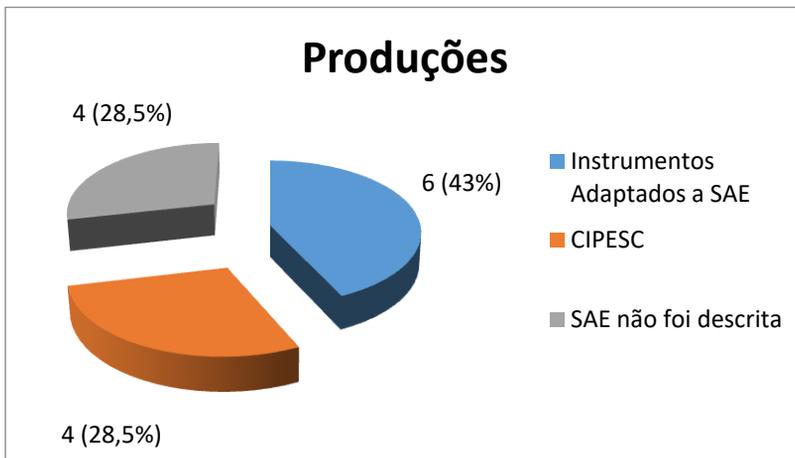
Na base Lilacs foram selecionadas 5 produções: 2 da primeira vertente e 4 da segunda, sendo que 1 destas produções estava repetida entre as duas vertentes por tal razão 5 produções apenas.

E finalmente na última base de dados pesquisada a Scielo foram selecionadas 10 produções das quais 2 eram da primeira vertente e 8 da segunda vertente.

Somando-se as produções selecionadas das três bases de dados teriam um total de 26 produções (Bireme 11, Lilacs 5 e Scielo 10), entretanto 12 produções estavam repetidas, ficando apenas 14 destas para utilizar na pesquisa.

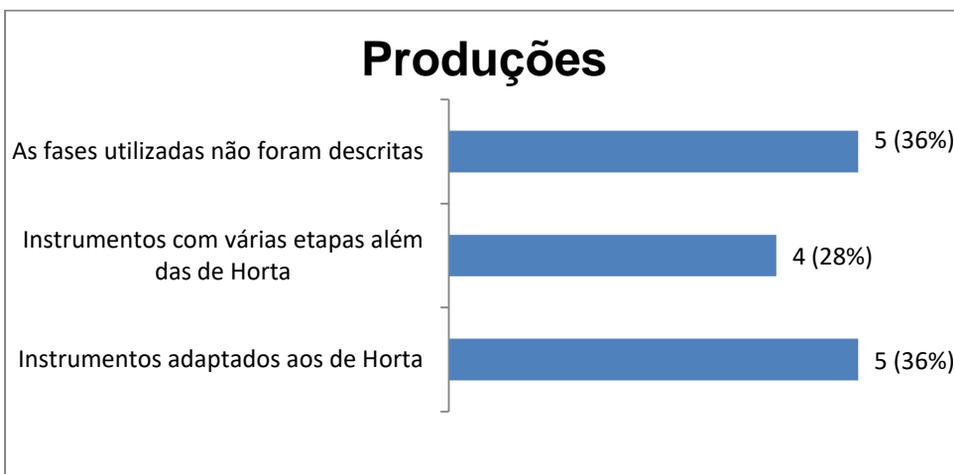
Os resultados sobre o método utilizado para a SAE na AB estão apresentados no Gráfico 1 e sobre as fases do processo de enfermagem, no gráfico 2.

Gráfico 1. Distribuição das produções segundo método utilizado para a SAE na Atenção Básica a Saúde.



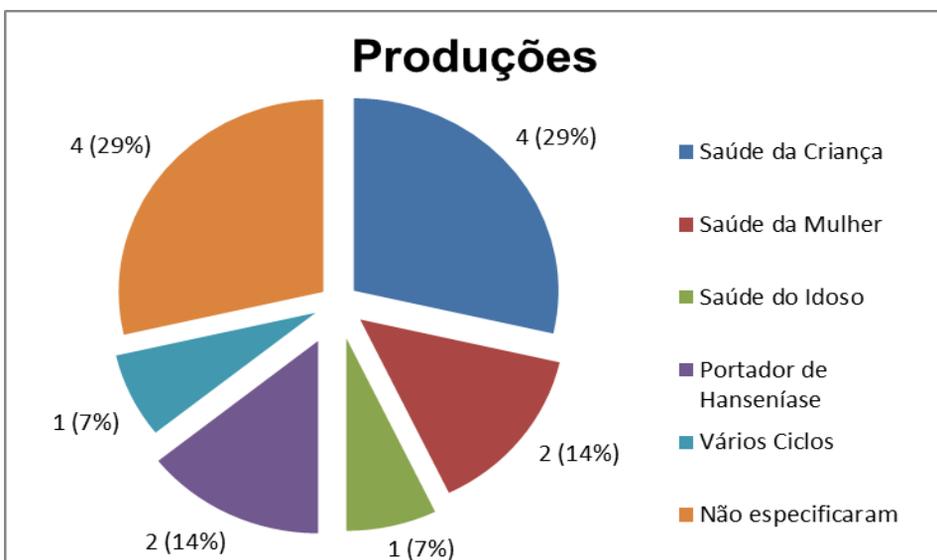
O gráfico 2 mostra

Gráfico 2. Produções conforme as fases apresentadas do Processo de Enfermagem.



No Gráfico 3 observa-se que a maior ênfase foi dada a saúde da criança.

Gráfico 3. Produções quanto ao Processo de Enfermagem aos Ciclos de Vida.



4. DISCUSSÃO

As produções selecionadas dos resultados obtidos foram sintetizadas quantitativamente para melhor responder ao principal objetivo deste trabalho de conhecer se a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem sido aplicada na Atenção Básica e quais foram os instrumentos mais utilizados pelos profissionais estudados. No Gráfico¹ tem-se a quantia das produções que apresentaram Instrumentos Adaptados da SAE, Instrumentos do CIPESC e aquelas que não apresentavam nenhum registro de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Através de um estudo realizado com os enfermeiros do município de Curitiba, estado do Paraná, onde foi implantado um Programa Sistematizado denominado Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC constatou-se que as ações em enfermagem iniciadas foram voltadas para a Saúde da Mulher no Pré Natal e Puerpério. (CHAVES et al, 2010, p. 200)

Igualmente em outro estudo relatou-se a fundamental importância de uma linguagem específica da profissão ao executarem uma pesquisa aos enfermeiros também de Curitiba a respeito das ações a realizar inseridas no CIPESC a partir dos diagnósticos levantados e das sugeridas intervenções para a assistência a saúde da mulher. (CUBAS et al, 2006, p. 364)

Em um trabalho de revisão bibliográfica a respeito da sistematização da assistência de enfermagem constatou-se a relevância do Projeto CIPESC para a Saúde Coletiva por ser um projeto que mais se aproxima das necessidades biopsicossociais.¹¹ Por meio de um estudo de relato de experiência realizado em São Paulo com enfermeiros de Unidades básicas de Saúde da supervisão de Saúde do Butantã da secretaria municipal de Saúde de São Paulo e enfermeiras do departamento de enfermagem em Saúde coletiva da EEUSP a respeito do CIPESC também se retratou que ainda é um processo a ser reorganizado. (NICHIATA et al, 2011, p. 767)

De acordo com Tannure e Gonçalves (2008) uma pesquisa realizada em um Centro de saúde Escola na cidade de Botucatu identificou-se um instrumento de trabalho para a realização do processo de enfermagem adaptado ao modelo de Horta para assistência a pacientes Portadores de Hanseníase, como também identificado em outro artigo sobre o mesmo assunto (DUARTE et al, 2009, p.101) mas descrevendo como foi o modelo do instrumento utilizado. Identificou-se também que por meio de relatos dos enfermeiros das unidades de saúde da família do município de Marília, estado de São Paulo, que estes realizam a SAE nas consultas de enfermagem e na Visita domiciliar baseando-se na queixa conduta como triagem aos atendimentos médicos. (ERMEL, FRACOLLI, 2005, p. 534)

Segundo Moreira constatou-se em um trabalho retratado em Unidades de Atenção Básica que implantar a SAE ainda que já exista algum instrumento é considerada como um desafio. Da mesma forma ocorreu em um Núcleo de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, onde os enfermeiros utilizam um instrumento adaptado da SAE para acompanhamento com crianças (PINA et al, 2006, p. 271). Mostrou-se em uma pesquisa qualitativa o emprego de um instrumento de avaliação de quedas em idosos para ser utilizado como apoio ao processo de enfermagem na estratégia saúde da Família, o qual seguia etapas da SAE com propósito de proporcionar apoio à idosos nas práticas clínicas dos enfermeiros de ESF, professores e estudantes. (MALLMANN et al, 2012, p. 518). Diferentemente ao já colocado acima, um estudo descritivo mostrou que enfermeiras de Unidades de Saúde da Família da Cidade Nova de Natal, Rio Grande do Norte realizavam atendimentos individuais a crianças com maior ênfase em consultas grupais em trabalhos educativos, entretanto não se citou nenhum instrumento padronizado de Sistematização de Enfermagem.

Um estudo exploratório no município de São Paulo com enfermeiros das Unidades de Saúde da Família através da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC detectou-se a falta de um instrumento específico para reconhecer as necessidades em saúde da população, pois as necessidades da população foram reconhecidas apenas por dados do SIAB, registros de atendimentos, Visita domiciliar, Carteira de Saúde, Sisprenatal entre outros. (ASSIS et al, 2011, p. 39)

Em um estudo destinado a conhecer o Processo de Enfermagem entre os setores de Atenção Básica e Terciária no processo de alta a crianças (PINA et al, 2006, p. 273) que a SAE é desenvolvida pelos enfermeiros do hospital, mas pela deficiência de um relatório ou guia de Contra Referência, os Enfermeiros da Atenção Básica muitas vezes não são comunicados descobrindo que se encontravam hospitalizadas apenas quando o agente de saúde realizava a visita domiciliar, ou quando os pais ou responsáveis passavam na Unidade de Saúde logo após a alta do hospital, ou seja, a continuação desta Sistematização é interrompida.

Ao analisar o trabalho de Puericultura realizado por enfermeiros em Unidades de Saúde da Família de um município do interior de Paraíba¹⁷ não foram identificadas ações que atendessem as necessidades das crianças no que diz respeito ao seu crescimento e desenvolvimento. (ASSIS et al, 2011, p. 41)

Em relação às etapas desenvolvidas no Processo de Enfermagem descritas nas produções estudadas o Gráfico 2 representa também quantitativamente à esta questão respondendo a segunda pergunta norteadora. Tal resultado mostra neste

levantamento bibliográfico que das 14 produções: 02 seguiam o Modelo de Hora; 02 citavam apenas os Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem; 01 apresentou fases mais detalhadas que a de Horta, ou seja, oito etapas para melhor selecionar a investigação na anamnese, pois se retratava de um levantamento epidemiológico de Meningite; 02 também referiram mais etapas na anamnese pois o atendimento era para a assistência a crianças, por esse motivo a investigação deveria ser mais detalhada como o histórico de imunização por exemplo; 01 relatava sobre a utilização das fases de anamnese e a prescrição de medicamentos; 01 relacionada a queda de idosos percebeu-se que a adaptação da SAE era evidente com as etapas do Processo porém mais detalhada e finalizando com as outras 05 não descreveram nem as fases do processo de enfermagem usadas e nem outro modelo de instrumento adaptado durante o desenvolvimento das Consultas de Enfermagem, das Visitas Domiciliares e do Acolhimento, mas relatam sobre a importância destes. Como se observou nesta discussão e no Gráfico 2, aproximadamente 65% das produções analisadas seguiram minuciosamente as etapas adaptadas do Modelo de Horta.

Ressalta-se que Wanda de Aguiar Horta foi a precursora do processo de enfermagem no Brasil, defendendo a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) para fundamentar os cuidados de enfermagem e possibilitar autonomia e independência na sua atuação junto ao paciente. O PE de Horta foi desenvolvido com preocupação de unificar o conhecimento científico da enfermagem para proporcionar-lhe autonomia e independência enfatizando o planejamento da assistência, por meio de implementação do PE em todo o Brasil. (SILVA, 2011, p. 56)

Quanto ao Processo de Enfermagem realizado na Atenção Básica aos Ciclos de Vida, das 14 produções, foram identificados: 4 em saúde da criança; 2 em saúde da mulher; 1 em assistência ao idoso; 2 ao cliente portador de Hanseníase; 4 não especificaram os ciclos de vida, sendo feito o atendimento a população no geral e apenas 1 relatava vários ciclos ao todo: saúde da criança, mulher, hipertenso, diabético e acamados representados no Gráfico 3. De acordo com o colocado acima e o Gráfico 3, tem-se que das produções estudadas a Saúde da Criança ainda é o Ciclo de Vida que mais utiliza um instrumento sistematizado com o percentual de aproximadamente 30%, contemplando também o que a Norma Operacional de Atenção a Saúde – NOAS 01/2002 de ações prioritárias nos Ciclos de Vida.

Ao relacionar os fatores que dificultam e facilitam a sistematização da assistência de enfermagem nas unidades de atenção básica em saúde, destacou-se que das 14 produções, 10 (72%) referiam que este processo é visto como um assunto favorável para o atendimento de enfermagem na atenção Básica, tido como um instrumento de apoio para o enfermeiro em suas ações proporcionando um olhar

integral ao indivíduo por suas necessidades não apenas biológicas, mas principalmente biopsicossocial, que podem ser identificadas tanto dentro das Unidades de Atenção Básica, como nas visitas domiciliares, permitindo a criação de vínculo com a população através de uma visão social do usuário, promovendo a detecção precoce dos nós críticos pertinentes às necessidades de saúde desta população.

As outras quatro não descreveram dificuldade do processo em si, mas do Sistema de Saúde, da necessidade de serem mais organizados como no caso daquele estudo que retratava sobre as guias de contra referência as altas de crianças hospitalizadas, pois o fato de ainda se trabalhar com o foco voltado para o modelo biomédico, e ser um processo de sistematização ainda novo, além de considerar que os profissionais de enfermagem deverão se estar cada vez mais qualificados para trabalharem com estes instrumentos como o exemplo da CIPESC. (SILVA, RAMOS, 2011, p. 310)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os resultados obtidos deste levantamento bibliográfico, observou-se que no âmbito da atenção Básica os estudos relacionados com a sistematização da assistência de enfermagem ainda são poucos, e que a sistematização de assistência realizada por enfermeiros no Brasil, embora seja prática antiga, ainda existem dificuldades na implantação e adaptação dos instrumentos para a Atenção Básica. Em alguns lugares como em Curitiba a implantação do instrumento CIPESC favorece o trabalho uma vez que estes mesmos profissionais relatam a importância de se realizarem este processo. É relevante a sugestão de se aprofundar nos estudos pertinentes a este assunto e desenvolver ações, ou implantar instrumentos que favoreçam apoio aos enfermeiros de atenção básica para sua assistência em todos os ciclos de vida proporcionando um atendimento de enfermagem mais qualificado e efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011.
2. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da Saúde Coletiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2008.

3. CARVALHO EC, BACHION MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem — intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev Eletr Enferm.* 2009; 11(3):466.
4. Chaves MMN, Farias FCSA, Apostólico MR, Cubas MR, Egry EY. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2010.
5. COFEN, Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE– nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002.
6. COFEN, Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
7. Cubas MR, Koproski AC, Muchinski A, Anoroza GS, Dondé NFP. Validação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal – Base CIPESC em Curitiba – PR. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2006.
8. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de Enfermagem: Estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em Atenção Primária. *Texto Contexto Enfermagem* 2009.
9. Duarte MTC, Ayres JÁ, Simonetti JP. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2008.
10. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2005.
11. Figueiredo NMA. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. 3ª ed. São Caetano do Sul. 2009.
12. Mallmann DG, Hammerschmidt KSA, Santos SSC. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2012.
13. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão da autonomia do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Revista Enfermagem.* 2011.
14. Moreira D. Estratégia para Implantação do processo de enfermagem nas Unidades sob Gestão Direta da OS-CEJAM – Sul. Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” 2010.
15. Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Gryscek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF, et al. Classificação Internacional das Práticas de enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2011.
16. Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica a saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2006.
17. Santos AS, Miranda SMRC. A enfermagem na gestão em atenção primária a saúde. Edição brasileira. Barueri – SP: 2007.
18. SANTOS, LP et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso na Atenção Primária An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013 Maio; 12:975.

19. Silva DG, Freiburger MF, Silva JL, Vale JS, Gonçalves JCR. O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. R Científica Fac ducc Meio Ambiente. 2011; 2(Supl-I): 56-9.
20. Silva RVGO, Ramos FGS. O trabalho de enfermagem na Alta de Crianças Hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2011.
21. TANNURE MC, GONÇALVES AMP. SAE Sistematização da assistência de enfermagem Guia Prático. Editora Guanabara Koogan S. A. 2008.

Capítulo 6

A VIVÊNCIA DA FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luciana Avila dos Santos¹
Ana Lúcia de Assis Simões²

RESUMO

Este é um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que foi realizado pelos fonoaudiólogos da Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário, de uma universidade do Estado de Minas Gerais, cujos atendimentos ocorreram no ano de 2019, e teve-se como objetivo relatar a experiência da atuação fonoaudiológica na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário Média Complexidade, com relação à assistência ao idoso. Foram realizadas reuniões clínicas, visitas multidisciplinares da equipe de cuidados paliativos semanalmente com os idosos hospitalizados em CP, e atendimentos fonoaudiólogos. Obteve-se um conhecimento prático da importância do fonoaudiólogo estar inserido na Equipe de CP, para identificação dos riscos para a disfagia no idoso, elaboração de um plano de cuidado, favorecendo uma alta hospitalar mais rápida, segura, com suporte nutricional adequado, prezando pelos princípios dos cuidados paliativos, proporcionando uma melhora na qualidade de vida do idoso.

Descritores: Cuidados Paliativos; Idoso; Transtornos de Deglutição; Fonoaudiologia.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (2002) define que o cuidado paliativo (CP) é uma abordagem multidisciplinar terapêutica que visa a melhoria da qualidade de vida dos doentes e seus familiares, os quais enfrentam diversos problemas correlacionados ao risco de morte, decorrentes de uma doença grave e/ou incurável. É amparado pela prevenção e alívio do sofrimento e da dor, por intermédio da identificação precoce e avaliação adequada, bem como tratamento dos problemas de origem física, psicossocial e espiritual.¹

O CP como forma de assistência terapêutica, surgiu como alternativa para que na ação multidisciplinar fosse possível controlar e prevenir os principais sintomas relacionados à doença e ao doente, promovendo autonomia e independência ao idoso, de modo a integrar a família neste processo. O que em outro momento esteve intimamente ligado aos pacientes em condições terminais oncológicas, atualmente estão associados às doenças crônicas e degenerativas, advindas da senilidade. O idoso deve ser avaliado de maneira integral em sua totalidade, como ser

¹ Fonoaudióloga do Mário Palmério Hospital Universitário. Especialista em Disfagia. Mestre em Ciências. Doutoranda em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0260-4580 E-mail: luciana.av@hotmai.com

² Enfermeira. Doutora. Professora Titular da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2771-6733 E-mail: ana.simo@uftm.edu.br

biopsicossocial, que traz consigo a sua história, o qual fundamentalmente fortalecerá a comunicação entre a equipe de CP, o idoso doente e seus familiares.²

A atuação dos profissionais da equipe de cuidados paliativos visa possibilitar o alívio dos sintomas, a diminuição do sofrimento, a qualidade de vida, o conforto e a segurança ao cliente, nos diferentes ciclos de vida, e a seus familiares.³

O idoso em CP hospitalizado frequentemente apresenta o sintoma de disfagia, que é uma alteração no processo da deglutição e um sintoma pelo qual impacta diretamente a função de alimentação, que além de uma necessidade biológica, é uma forma de interação social, bem-estar e prazer pessoal. Pode ocorrer como parte de uma doença ou como consequência de alterações relacionadas à idade na anatomia humana. Por isso, a indicação de via alternativa de alimentação exclusiva deve ser discutida com a equipe e com o paciente, com embasamento científico, psicossocial e priorizando os princípios dos cuidados paliativos.^{4,5,6}

O fonoaudiólogo inserido na equipe de CP tem como atribuições o diagnóstico e reabilitação das disfagias no idoso, promovendo a redução e prevenção de complicações pulmonares, adequado restabelecimento da alimentação, importante para o bom prognóstico e qualidade de vida do paciente hospitalizado. Intervindo rotineiramente no gerenciamento e monitoramento dos riscos de broncoaspiração, proporcionando uma maior segurança e qualidade de vida relacionada à alimentação por via oral, quando possível.^{7,8}

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da atuação fonoaudiológica na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário Média Complexidade, com relação à assistência ao idoso.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que foi realizado pelos fonoaudiólogos da Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário Média Complexidade, de uma universidade do Estado de Minas Gerais, cujos atendimentos ocorreram no ano de 2019.

Os pacientes assistidos foram selecionados por serem idosos e estarem incluídos no protocolo de cuidados paliativos. Abrangeu-se idosos internados nas unidades de internação Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva Adulto, do hospital supracitado.

A equipe de cuidados paliativos compunha-se por profissionais de diversas áreas da saúde, os quais atuavam interdisciplinarmente, em prol da qualidade e segurança do idoso inserido no protocolo, internado nas enfermarias ou Unidade de Terapia Intensiva.

Reuniões clínicas foram realizadas durante o período matutino, uma vez por semana, pelos fonoaudiólogos do referido hospital, que participaram da visita multidisciplinar da equipe de cuidados paliativos, nos idosos atendidos pelos fonoaudiólogos da unidade e consistia em: observação do estado geral/clínico, avaliação e diagnóstico, sessões diárias de fonoterapia com transição de dieta oral nos casos em que o idoso apresentava dificuldades para alimentação via oral exclusiva, escolha da via de alimentação segura selecionada para a oferta da dieta.

Durante o período de 7 meses, foram acompanhados um total de 25 pacientes, dentre eles idosos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 a 98 anos de idade.

O tempo de internação foi considerado prolongado na maioria dos casos. Grande parte dos idosos avaliados eram acamados, tinham o diagnóstico de lesões neurológicas, demências e/ou diagnósticos oncológicos terminais. Receberam todo o suporte da equipe multiprofissional, em que se deu início à proposta terapêutica dos cuidados paliativos, em busca de conforto e melhores condições clínicas ao paciente.

Resultados

Pode-se observar que os atendimentos fonoaudiológicos realizados com os idosos inseridos no protocolo de CP, através de avaliações clínicas, diagnóstico fonoaudiológico, sessões de fonoterapia, seleção e adaptação da via de alimentação mais segura, desencadearam aos idosos e à equipe um plano terapêutico alimentar mais efetivo, juntamente em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Foi visível perceber através da observação empírica, que os familiares e os pacientes em CP apresentaram mais tranquilidade, segurança, acolhida e humanização em relação à qualidade de vida referente à alimentação e comunicação, após as orientações e intervenções feitas pela equipe de fonoaudiologia.

A respeito das indicações da via alternativa de alimentação (sonda nasoenteral, nasogástrica, entre outras), foi notável um maior acolhimento dos idosos e entes familiares no que concerne às sugestões e orientações feitas pela equipe de fonoaudiologia, quanto à via de alimentação mais segura, respeitando as condições clínicas do caso, forneceu possíveis riscos e complicações clínicas, como também proporcionou a humanização nas escolhas do idoso e familiares, fornecendo subsídios para que a alimentação fosse a mais prazerosa, buscasse a autonomia e proporcionasse melhora na qualidade de vida.

Discussão

A proposta dos cuidados paliativos ofertados aos idosos hospitalizados, engloba o idoso como um todo, proporcionando cuidados clínicos humanizados, não permitindo que a assistência paliativa traga sofrimento longo ao paciente ou se aproxime da eutanásia, acelerando o processo de morte. É necessário o suporte da equipe multiprofissional em relação aos sintomas físicos e psíquicos, em busca de um consenso método terapêutico, que proporcione conforto e melhores condições clínicas ao paciente.⁹

No que diz respeito ao estado nutricional, observou-se que a atuação fonoaudiológica proporcionou aos idosos um benefício na melhoria do estado nutricional e peso corporal, após implementação de um programa nutricional descrito pela equipe multiprofissional de terapia nutricional do referido hospital, além do auxílio e incentivo aos idosos numa independência e percepção mais aprimorada dos alimentos.¹⁰

Além disso, os atendimentos proporcionam aos idosos uma avaliação fonoaudiológica mais precisa, a fim de se obter um melhor acompanhamento e direcionamento das disfagias, almejando um atendimento integral e humanizado. Pode-se observar que o fonoaudiólogo, além de ser o profissional responsável e habilitado por prevenir, avaliar e reabilitar as disfagias no idoso em cuidados paliativos, também é corresponsável pela manutenção e qualidade de vida.¹¹⁻¹³

Ressalta-se que a experiência descrita e vivenciada neste relato é similar a outros estudos^{7, 8, 15}, os quais reiteram que os distúrbios da deglutição em idosos causam um grande impacto na qualidade de vida, independentemente da gravidade. Uma avaliação fonoaudiológica completa e uma intervenção adequada são primordiais, independentemente se os tratamentos curativos já não mais proporcionam benefícios ao idoso inserido no protocolo. Além disso pode-se observar que é determinante que o fonoaudiólogo conduza os casos em terminalidade, com tomadas de decisão compartilhadas com a equipe multiprofissional, visando o bem-estar do idoso e seus familiares, sem anular a minimização dos riscos de broncoaspiração nestes casos, porém agora com um olhar de propiciar a este idoso qualidade em seu tempo final de vida, e não somente foco na reabilitação do processo de deglutição.¹⁴

Com o envelhecimento da população, os fonoaudiólogos podem esperar encontrar desafios legais e éticos associados aos cuidados paliativos e ao final da vida com mais frequência. A conscientização do cuidado, qualificação técnica, ética e manejo da disfagia no idoso em CP, equipará melhor os fonoaudiólogos, para trabalhar efetivamente nessa área.¹⁵

Conclusão

Ao final desse relato de experiência, obteve-se um conhecimento prático da importância do fonoaudiólogo estar inserido na Equipe de Cuidados Paliativos, com intuito de identificar os riscos para a disfagia no idoso, na elaboração de um plano de cuidado individualizado, favorecendo uma alta hospitalar mais rápida, segura, com suporte nutricional adequado, respeitando o desejo dos idosos quanto à alimentação, prezando sempre pelos princípios dos cuidados paliativos, proporcionando uma melhora na qualidade de vida ao idoso hospitalizado.

Sendo assim, este relato torna-se significativo, pois os achados remetem para a necessidade de pesquisas mais aprofundadas nesta área, visto a escassez de estudos sobre as disfagias em idosos hospitalizados em cuidados paliativos, bem como suas diretrizes de saúde.

Espera-se que este estudo estimule e dissemine a cultura dos cuidados paliativos em idosos hospitalizados, o suporte fonoaudiológico adequado, para propiciar conforto, qualidade de vida e uma via de alimentação mais segura, baseando-se em conceitos biológicos e psicossociais, priorizando a escolha do idoso e da família, bem como os princípios dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2ed. Geneva: World Health Organization; 2002. 180p. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/en/408.Pdf>>
2. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ed. amp, atual. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. 590p. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>
3. Eckman S, Roe J. Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? *Int J Palliat Nurs* 2005 Apr; 11(4):179-81. Disponível em: <<https://www.magonlineibrary.com/doi/pdf/10.12968/ijpn.2005.11.4.28783>>
4. Luchesi Karen Fontes, Silveira Isabela Costa. Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study. *CoDAS [Internet]*. 2018 [cited 2019 Dec 07]; 30(5): e20170215. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000500401&lng=en. Epub Aug 30, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20182017215>>
5. Utne L, Stensvold H. *Dysfagia*. 2 ed. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1999.
6. Aabakken L. *Dysfagi* 2016 (cited November 29, 2014). Disponível em: <<https://sml.snl.no/dysfagia>>

7. Scudeiro J, Alves L, Ayres A, Olchik M. Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. **Distúrbios da Comunicação**. 2019 mar; 31(1):141-146 ISSN 2176-2724. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/37498>>. Acesso em: 27 set. 2019
8. CARRO, Cristina Zerbinati; MORETI, Felipe; MARQUES PEREIRA, Juliana Milena. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. **Distúrbios da Comunicação**, [S.l.], v. 29, n. 1, p. 178-184, mar. 2017. ISSN 2176-2724. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/28946>>. Acesso em: 07 dez. 2019.
9. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2013;22(4):1134-41 [Acesso em Agosto de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lang=pt.
10. Austbo Holteng LB, Froiland CT, Corbett A, Testad I. Care staff perspective on use of texture modified food in care home residents with dysphagia and dementia. *Ann Palliat Med* 2017;6(4):310-318. doi: 10.21037/apm.2017.06.24. Disponível em: <<http://apm.amegroups.com/article/view/15565/15672>>
11. Taquemori LY. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade- Fonoaudiologia; In: *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP; 2008; p 64-66.
12. Davies E, Higginson I. *The solid facts: palliative Care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
13. Gonçalves MIR, Remaili CB, Behlau M. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT10. *CoDAS*. 2013; 25:601-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822013000600601&script=sci_arttext&tlng=pt>
14. Barriguinha CIF, Mourão MTC, Martins JC. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. *Audiology Communication Research* [publicação online]. São Paulo; 2017. [Acesso em 20 dez 2019]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2015-1655.pdf>>
15. Kathryn Crowe, Sarah Masso, Suzanne Hopf. (2018) Innovations actively shaping speech-language pathology evidence-based practice. *International Journal of Speech-Language Pathology* 20:3, pages 297-299. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17549507.2018.1462851>>

CONTRIBUIÇÕES

Luciana Avila dos Santos atuou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão. **Ana Lúcia de Assis Simões** participou na orientação da atividade e revisão.

Capítulo 7

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA PRODUÇÃO E FINANCIAMENTO DE ARTIGOS SOBRE DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

Antonio Thomaz de Oliveira¹
Valecia Natalia Carvalho da Silva¹
Aluydio Bessa Amaral²
Karla Patrícia Uchôa²
Hoanna Izabely Rego Castro²
Carlos Leandro da Cruz Nascimento³

RESUMO

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) compreendem um conjunto de doenças infecciosas que estão associadas às condições de pobreza e que acometem principalmente pessoas que vivem em países em desenvolvimento. Apesar de acometerem milhões de pessoas, ainda é relatado pouco investimento em pesquisa para essas doenças, incluindo a criação de medicamentos e elaboração de medidas de controle e profilaxia. Assim, é imprescindível o investimento em pesquisa para aumentar o conhecimento sobre essas doenças e estimular medidas para seu controle e erradicação. O Brasil contribui de forma importante para o impacto global das DTNs e, assim, espera-se investimentos na geração de conhecimento sobre essas doenças. Diante disso, o objetivo do presente trabalho é avaliar a participação do Brasil na construção do estado da arte sobre 5 DTNs: hanseníase, doença de Chagas, esquistossomose, tracoma e cisticercose. Para isso, foi analisado o perfil dos artigos publicados com indexação na plataforma *Web of Science*, sem restrição de data. Constatou-se que o Brasil fulgura papel de destaque na produção de artigos e no fomento à pesquisa por meio de órgãos governamentais. Entretanto, considerando o impacto de tais doenças no Brasil e a baixa incidência dessas doenças em países como os Estados Unidos, os órgãos internacionais ainda apresentam mais destaque em relação ao financiamento. Assim, é importante que o Brasil firme um papel de destaque na geração de conhecimento e investimento em produção científica, o que pode melhorar a geração de produtos nacionais e diminuir o impacto financeiro e humano que essas doenças trazem.

Palavras-chave: Doenças Negligenciadas; Doenças Tropicais; Esquistossomose; Doença de Chagas.

ABSTRACT

Neglected Tropical Diseases (NTDs) comprise a set of infectious diseases that are associated with conditions of poverty and that mainly affect people living in developing countries. Despite affecting the lives of millions of people, little investment in research for these diseases is still reported, including the creation of drugs and the development of control and prophylaxis measures. Thus, it is essential to invest in research to increase knowledge about these diseases and stimulate measures for their control and eradication. Brazil makes an important contribution to the global impact of NTDs and, thus, investments in generating knowledge about

¹ Programa de Doutorado em Biotecnologia – Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO)

² Universidade Federal do Piauí (UFPI)

³ Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

these diseases are expected. Therefore, the objective of the present work is to evaluate the participation of Brazil in extending the state of the art on 5 NTDs: leprosy, Chagas disease, schistosomiasis, trachoma and cysticercosis. For this, the profile of articles published with indexing on the Web of Science platform was analyzed, without date restriction. It was found that Brazil shines a prominent role in the production of articles and in the promotion of research through government agencies. However, considering the impact of such diseases in Brazil and the low incidence of these diseases in countries such as the United States, international agencies are still more prominent in relation to financing. Thus, it is important that Brazil plays a leading role in generating knowledge and investing in scientific production, which can improve the generation of national products and reduce the financial and human impact that these diseases bring.

Keywords: Neglected Diseases; Tropical Diseases; Schistosomiasis; Chagas disease.

Introdução

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), além de serem consequências das condições de vida precárias associadas a pobreza, elas também contribuem para o aumento das desigualdades sociais. De fato, a prevalência de algumas DTNs foi sugerida como um importante indicador de pobreza. Elas também têm um amplo impacto social e econômico. Nos últimos anos, as DTNs receberam maior reconhecimento devido ao estabelecimento delas como um indicador de saúde. Ao reconhecer o que essas doenças tinham em comum e agrupá-las sob uma classificação, tornou-se possível construir argumentos convincentes para a ação em nível internacional. Apesar do comprometimento internacional e aumento de investimento, é necessário um nível mais alto de envolvimento dos países endêmicos e de órgãos de fomento à pesquisa de todo o mundo (MOLYNEUX, 2013).

As DTN são predominantes em populações pobres e vulneráveis em cerca de 150 países, principalmente na África, Ásia e América Latina e Caribe, afetando mais de 1,5 bilhão de pessoas e cerca de 3 bilhões de pessoas correm o risco de adquirir uma ou mais DTNs em todo o mundo, com cerca de 150.000 a 500.000 mortes atribuídas anualmente. Apesar das DTNs serem endêmicas, principalmente em países em desenvolvimento, sua ocorrência tem aumentado em países de alta renda, devido ao aumento da mobilidade populacional e dos movimentos migratórios em todo o mundo nas últimas décadas (MARTINS-MELO et al., 2018).

As DTN podem apresentar risco de vida em um estágio avançado da doença (por exemplo, doença de Chagas e esquistossomose). Elas também estão relacionadas a várias complicações clínicas, como anemia e outras formas de desnutrição. Além disso, essas DTN se sobrepõem geograficamente, e uma proporção significativa das populações mais pobres geralmente abrigam mais de

uma dessas DTNs. Também existem graves consequências socioeconômicas, pois causam doenças a longo prazo, desfiguração, estigma social e marginalização e diminuição da produtividade. Portanto, o controle bem-sucedido de DTN terá uma ampla gama de benefícios socioeconômicos e de saúde para as populações mais pobres (ZHANG et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu metas para controlar ou eliminar as DTNs e lançou um roteiro em janeiro de 2012 para orientar esse plano global. O resultado da reunião de lançamento, que reuniu representantes da indústria farmacêutica, doadores e políticos, foi a Declaração de Londres: uma série de compromissos para fornecer mais medicamentos, pesquisas e fundos para alcançar as metas de 2020. A descoberta e o desenvolvimento de medicamentos para essas doenças continuam sendo extremamente desafiadores (JOHNSTON et al., 2014).

No Brasil, a maioria das DTNs importantes do mundo está presente, sendo o país responsável pela maior parte da carga na América Latina, 8.000 a 10.000 mortes relacionadas. O país registrou o maior número de casos de hanseníase, dengue, esquistossomose, doença de Chagas e leishmanioses na região. A carga de DTNs varia de acordo com as regiões brasileiras, com a maioria dessas doenças ocorrendo em áreas de baixo nível socioeconômico, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. As DTN continuam sendo um importante causa de incapacidade e morte prematura no Brasil, uma vez que a maioria das doenças é evitável e/ou tratável (MARTINS-MELO et al., 2018).

Diante da importância do Brasil para os números globais e manutenção das DTNs, é imprescindível o aumento de pesquisa e investimento sobre o conhecimento das características dessas doenças e seus aspectos de emergência e re-emergência; formas avançadas de diagnóstico, tratamento e controle; além da possibilidade de criação de imunoprolifáticos. Assim, é necessário o investimento em produção científica para conhecer e aplicar tais informações em prol da saúde pública. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise da participação do Brasil na ampliação do conhecimento sobre doenças negligenciadas e, com isso, mostrar os avanços e campos possivelmente ainda pouco estudados. Para isso, cinco doenças foram escolhidas: hanseníase, esquistossomose, doença de Chagas, tracoma e cisticercose.

Desenvolvimento

Uma análise bibliométrica foi realizada nos artigos indexados na *Web of Science Core Collection* sem restrição de tempo ou linguagem. Com os termos isolados *schistosomiasis*, *trachoma*, *cysticercosis*, *chagas disease* e *leprosy*. Os artigos foram analisados dentro da plataforma quanto as seguintes variáveis: área de publicação, ano de publicação, país de publicação, grupos de pesquisa e financiamento. As pesquisas foram feitas em dezembro de 2019.

A busca sobre esquistossomose recrutou um total de 14.472 artigos. As três principais categorias de publicações envolvem medicina tropical (n=4.373, 30,2%), parasitologia (3.917, 27%) e saúde pública, ocupacional e ambiental (2.949, 20,3%). Quanto ao ano de publicação, avaliando o período de 2010 a 2019, a média obtida foi de 554,4 com desvio padrão de +/- 63,6. Isso mostra que, apesar da endemicidade em países com elevada população como Brasil e Índia, o esforço científico mediante ao combate a infecção permanece relativamente constante.

Quanto as organizações responsáveis por publicações, as três principais foram: Fundação Oswaldo Cruz (n=762, 5,2%); *University of London* (n=594, 4,1%) e a suíça *University of Basel* (n=465, 3,2%). As organizações brasileiras que também aparecem entre as dez principais são a Universidade Federal de Minas Gerais, em 6° (n=432, 2,9%) e Universidade de São Paulo, em 10° (n=260, 2,4%).

Entretanto, tratando-se das agências financiadoras, as três principais são dos Estados Unidos: *United States Department of Health Human Services* (n=1.248, 8,6%), *National Institutes of Health (NIH)* (n=1.231, 8,5%), *National Institute of Allergy Infectious Diseases* (n=695, 4,8%). Ainda aparecem entre as dez principais agências financiadoras o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 6° (n=399, 2,7%), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em 7° (n=196, 1,3%) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) em 9° (n=148, 1%). Quanto a origem da pesquisa, os três principais foram os EUA em 1° (3.648, 25,2%), Brasil em 2° (2.076, 14,3%) e Inglaterra em 3° (1.740, 12%). Isso mostra o papel dos EUA como potência científica internacional, mesmo quando não há casos autóctones da doença no país. Esse interesse pode partir das vantagens de manter uma hegemonia na elaboração e distribuição de medicamentos e produtos oriundos das pesquisas.

Para a pesquisa sobre doença de Chagas, foram encontrados 14.090 resultados. As três principais categorias de publicação foram parasitologia (n=3.414, 24,2%), medicina tropical (n=3.131, 22,2%) e doenças infecciosas (1.734, 12,3%). Quanto ao ano de publicação, no recorte temporal de 2010 a 2019 foram obtidos 7.243

artigos, com uma média de 732,2 publicações por ano, com um desvio padrão de +-76,4. Quanto as principais organizações frente às publicações, estão a Fundação Oswaldo Cruz em 1º (n=1.873, 13,2%), Universidade de São Paulo em 2º (n=1.521 artigos, 10,7%). e *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas*, da Argentina, em 3º (n=909, 6,45%). Dentre as dez principais organizações também se encontram a UFMG em 4º (n=907, 6,43%), UFRJ em 6º (n=657, 4,6%) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (n=390, 2,7%).

Quanto ao financiamento, as três principais agências financiadoras foram o CNPq (n=1.689, 11,9%), *United States Department of Health Human Services* (n=1.380, 9,7%) e NIH (n=1.362, 9,6%). Também fulguram entre as 10 principais financiadoras as agências brasileiras: CAPES em 4º (n=835, 5,9%), FAPESP em 6º (n=580, 4,1%), FAPEMIG em 8º (n=444, 3,1%) e FAPERJ (n=424, 3%). Quanto ao país de origem das publicações, o Brasil ocupa a primeira colocação (n=5.832, 41,3%), seguido dos EUA (n=3.324, 23,5%) e Argentina (n=2.381, 16,8%). No contexto da doença de Chagas, há uma liderança do Brasil em investimento e pesquisa. Esse panorama pode ser explicado pelo fato do pioneirismo na descoberta do agente etiológico e das condições epidemiológicas. O próprio fato da doença se chamar “doença de Chagas” é uma referência às descobertas do brasileiro Carlos Chagas. Esse papel importante do Brasil frente a essas pesquisas pode explicar os avanços no controle vetorial da doença.

Quanto a pesquisa com hanseníase, foram encontrados 14.839 resultados. As principais áreas de publicação foram medicina tropical (n=4.980, 33,5%), patologia (n=4.448, 29,2%) e dermatologia (n=3.732, 25,1%). Em relação ao ano, no período de 2010 a 2019 houve 4.446 publicações, com uma média de 444,6 e desvio padrão de +-66,17. Quanto as organizações que produziram as publicações, as duas primeiras são da Inglaterra: *University of London* (n=732, 4,9%) e *London School of Hygiene Tropical Medicine* (n= 486, 3,2%). Tal atuação da Inglaterra na pesquisa na área pode ter uma explicação histórica diante da natureza endêmica da doença em antigas colônias como a Índia, que ocupa primeiro lugar no *ranking* epidemiológico mundial. Em 3º está a Fundação Oswaldo Cruz (n=460, 3,1%). Das 10 principais organizações, também aparece a USP em 5º (n=270, 1,8%).

Quanto ao financiamento, as três principais instituições de fomento foram *United States Department of Health Human Services* (n=652, 4,39%), NIH USA (649, 4,37%) e *National Institute Of Allergy Infectious Diseases (NIAID)* (n=441, 2,9%). Quanto as agências brasileiras, o CNPq aparece em 4º (n=315, 2,9%) e CAPES em 5º (n=168, 1,1%). Quanto aos principais países que representam as publicações na área estão a Índia em 1º (n=2.743, 18,4%), EUA em 2º (2.699, 18,1%) e Brasil em 3º (n=1.774, 11,9%).

Assim, a Índia assume responsabilidade por boa parte da produção mundial, o que não é surpresa diante de sua participação nos números da doença em níveis globais. Isso mostra a importância do compromisso dos países endêmicos na construção do conhecimento sobre suas principais mazelas.

Em relação a cisticercose, foram encontrados 4.492 registros. As principais áreas de publicação foram parasitologia (n=1.089, 24,2%), medicina tropical (n=785, 17,4%) e neurologia clínica (n=760, 16,9%). De 2010 a 2019 houve 1.645 publicações, uma média de 164,7 por ano e desvio padrão de +20,4. Dentre as organizações que mais publicam na área estão a *Universidad Nacional Autonoma of Mexico* (n=423, 9,4%), *Universidad Peruana Cayetano Heredia* (n= 258, 5,7%) e *Institute of Tropical Medicine* (ITM) (n=196, 4,3%). A única organização brasileira que aparece na lista das dez primeiras é a USP em 10º (n=100, 2,2%). Quanto ao fomento à pesquisa, os dois principais representantes são dos EUA: *United States Department of Health Human Services* (n=219, 4,8%) e NIH USA (n=214, 4,7%). Em terceiro lugar aparece uma instituição de caridade de pesquisa sediada em Londres, a *Wellcome Trust* (n=116, 2,5%). A única agência financiadora brasileira que aparece entre as dez primeiras é o CNPq em 9º (n=45, 1%). Os três países com maior representação na área foram os EUA em 1º (n=996, 22,1%), Índia em 2º (n=636, 14,1%) e México (n=593, 13,2%). O Brasil aparece em 4º (n=347, 7,7%). Apesar do menor impacto epidemiológico da doença em comparação às outras DTNs, é necessário um aumento do interesse envolvendo a pesquisa sobre a condição, principalmente diante da natureza incapacitante da forma neural da doença.

Para o Tracoma, foram encontrados 2.710 registros. As três principais áreas dos registros foram oftalmologia (n=885, 32,6%), saúde pública, ocupacional e ambiental (n=465, 17,1%) e medicina tropical (n=431, 15,9%). No período de 2010 a 2019 houve 1.088 registros, uma média de 108,8 por ano e desvio padrão de 22,2. Quanto as organizações consolidadas responsáveis pelo registro, as três principais foram *University of London* (n=464, 17,1%), *London School of Hygiene Tropical Medicine* (n=429, 15,8%) e *University of California System* (n=286, 10,5%). Nenhuma organização brasileira apareceu nas 25 primeiras colocações. Quanto ao financiamento, os dois principais órgãos de fomento foram dos EUA: *United States Department of Health Human Services* (n=302, 11,1%) e NIH USA (n=289, 10,6%). Em 3º aparece a *Wellcome Trust* (n=183, 6,7%). Nenhum órgão de fomento à pesquisa brasileiro apareceu na lista dos 25 principais. Em relação ao país de produção, os três principais foram os EUA (n=1.012, 37,3%), Inglaterra (n=616, 22,7%) e Austrália (n=213, 7,8%). O Brasil vem aparecer na posição 14º, com 55 publicações (2,0%). Tais dados também suportam a

necessidade de mais pesquisas sobre a doença, principalmente considerando que é a causa infecciosa que mais leva a cegueira no mundo.

Avaliando o número total de artigos publicados no mundo, percebe-se que as duas condições mais pesquisadas foram a hanseníase (n=14.839), a esquistossomose (n=14.472) e doença de Chagas (n=14.090). O primeiro lugar da hanseníase nesse contexto reflete a natureza milenar do seu conhecimento, os estigmas sociais decorrentes e a elevada morbidade em condições sem controle adequado (Veloso et al., 2018). Tal resultado não foi distante em comparação a esquistossomose e doença de Chagas, doenças parasitárias com elevada morbimortalidade em regiões tropicais. Mas foi diferente em relação a cisticercose (n=4.492) e tracoma (n=2.710), o que pode ser decorrente do número mais esporádico de complicações associadas a doença.

Apesar da grande prevalência de tais condições em países em desenvolvimento em comparação aos países desenvolvidos, é possível observar a grande participação de órgãos de pesquisa e de fomento de países como EUA, Inglaterra e Suíça na produção científica nessa área. No contexto da Esquistossomose, por exemplo, papel da Fundação Oswaldo Cruz mostra a participação do Brasil nesse contexto, considerando a grande contribuição do país para os números da doença no mundo, sendo o maior representante da América Latina. Já a participação da University of London e University of Basel demonstram a importância de potências científicas no estudo da doença, mesmo que não sejam detectados casos autóctones na região, apenas casos importados.

É uma tendência dos EUA o investimento em pesquisa científica, mesmo para doenças que não sejam instaladas no país. Isso reflete dois panoramas importantes da saúde pública: primeiro, a preocupação com casos importados e com a instalação da doença em regiões indenes; em segundo, a busca pela produção de medicamentos e vacinas que possam gerar um retorno financeiro. Assim, é imprescindível a participação e interesse do Brasil na produção científica buscando novas medidas de tratamento e profilaxia das DTNs.

Diante do exposto, conclui-se que a produção científica tem relação direta com o investimento, o que torna necessário um interesse maior dos órgãos de fomento à pesquisa pelas doenças DTNs. Além disso, é importante que os países endêmicos, como o Brasil, invistam no conhecimento e geração de produtos para essas doenças. Isso pode diminuir os custos em relação a medicamentos e vacinas, e também pode fornecer subsídios para que sejam tomadas medidas de controle.

REFERÊNCIAS

JOHNSTON, Kelly L.; FORD, Louise; TAYLOR, Mark J. Overcoming the challenges of drug discovery for neglected tropical diseases: the A·WOL experience. **Journal of biomolecular screening**, v. 19, n. 3, p. 335-343, 2014.

MARTINS, Demetrius da Silva et al. Schistosomiasis in Southern Brazil 17 years after the confirmation of the first autochthonous case. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 48, n. 3, p. 354-357, 2015.

MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio et al. The burden of neglected tropical diseases in Brazil, 1990-2016: a subnational analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 12, n. 6, p. e0006559, 2018.

MOLYNEUX, David. Neglected tropical diseases. **Community eye health**, v. 26, n. 82, p. 21, 2013.

PALASIO, Raquel Gardini Sanches et al. Schistosomiasis in the Middle Paranapanema river region, state of São Paulo, Brazil: Does it matter today for public health?. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis: number of people treated in 2016. **Weekly Epidemiological Record: WHO**. v. 92, n. 49, p. 749-760, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Schistosomiasis: status of schistosomiasis endemic countries: 2017**. 2018.

Capítulo 8

ANÁLISE DA INSERÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNIDADES DE SAÚDE DE ESTEIO.

Gabriela Buchmann Godinho¹
Vívian Pereira Waihrich²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal analisar as ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Esteio junto aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF) apoiadas. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo explicativo, com delineamento transversal, tendo a explicação como técnica de análise do conteúdo. Conforme amostra por conveniência, 17 profissionais aceitaram colaborar com a pesquisa, respondendo um questionário subjetivo. Diante do presente estudo, percebe-se que os profissionais da equipe mínima se sentem apoiados em suas ações, diminuindo sua sobrecarga de trabalho. Observa-se que é possível aumentar a resolutividade da atenção básica a partir de equipe multidisciplinar, afastando a ESF do modelo biomédico, centrado em ações curativas. Destaca-se também, um grande potencial, nas ações do NASF junto à ESF, para estimular as mudanças de hábitos dos usuários e novas posturas frente aos condicionantes em saúde.

Palavras Chaves: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This study have a main objective to analyze the actions of the Núcleo de Apoio à Estratégia da Família (NASF) in the municipal area of Esteio, Rio Grande do Sul, alongside professionals of the Estratégia de Saúde da Família (ESF) supported. This is a qualitative explanatory study, with cross-sectional design, having the explanation as a technique of content analysis. As per convenience sample, 17 professionals accepted to collaborate with the research answering a subjective questionnaire. Given the results of our study, we report that professionals from the minimum team feel supported by their actions, reducing their work overload. It is observed that it is possible to increase the resolution of primary care with a multidisciplinary team approach, leaving the biomedical model of the FHS, centered on curative actions. It also highlights a great potential in the actions of NASF and ESF together to stimulate changes in users' health habits and new attitudes towards to health system impositions.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Care.

INTRODUÇÃO

O NASF surge no Brasil no contexto em que a Atenção Básica se constitui como a principal porta de entrada aos serviços de saúde e tem como foco trabalhar com a prevenção e promoção de saúde dentro de territórios delimitados. Contribuindo com este modelo de atenção à saúde, as ESF reorganizam, consolidam,

¹ Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Atenção Básica.

² Fisioterapeuta do NASF Esteio, Especialista em Fisioterapia Dermato Funcional

qualificam e expandem a Atenção Básica, reorientando os processos de trabalho das equipes, para ampliar a resolatividade e impacto na situação de saúde de pessoas e coletividades, fazendo o possível para atender às demandas dos usuários na unidade de saúde de referência (BRASIL, 2012b).

Em Esteio, município com aproximadamente 84 mil habitantes, localizado na Região Metropolitana do Rio Grande do Sul, o NASF foi implantado em 2011 e no momento da pesquisa, cinco profissionais compunham esta equipe, sendo elas: uma Fisioterapeuta, uma Fonoaudióloga, uma Nutricionista e duas Psicólogas, perfazendo uma carga horária total de 160 horas semanais, prestando apoio à nove equipes de ESF em três unidades.

Por ser uma lógica pouco habitual de trabalho, muitas são as dúvidas encontradas com relação ao NASF, sendo que, a consulta médica e os encaminhamentos para atenção especializada ainda são mais valorizados pela população do que as ações de promoção e prevenção em saúde. Dentro deste contexto surge a necessidade de avaliar como os processos de trabalho estão acontecendo nas equipes apoiadas pelo NASF, para que as dúvidas sejam esclarecidas e os melhoramentos sejam feitos de acordo com as necessidades que forem encontradas.

Apoiada no instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), esta pesquisa possibilita que os profissionais da saúde passem por um momento de reflexão, consigam identificar e compreender os processos de trabalho nos quais estão implicados, suas potencialidades e fragilidades, sendo possível formular novas estratégias de intervenções.

O objetivo principal deste trabalho é analisar as ações do NASF de Esteio junto aos profissionais das ESF apoiadas, identificar se houve contribuições do NASF para o trabalho dos profissionais da saúde e quais foram elas; e apontar o que a equipe identifica como impacto na saúde dos usuários, a partir das ações da Unidade com o apoio do NASF.

REVISÃO DA LITERATURA

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 39, o NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de AB, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais. Esta equipe deve estar disposta a compartilhar saberes e práticas, de forma segura, de modo que cada núcleo e campo

possa ir se enriquecendo mutuamente, de modo articulado e cuidadoso, em defesa da vida, ampliando o acesso a ofertas de cuidado (BRASIL, 2014).

Deve-se reconhecer que o NASF tem dois “públicos-alvo” diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental criar mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários. (BRASIL, 2014).

DIRETRIZES DO NASF

O Caderno número 27 da Atenção Básica (BRASIL, 2009) traz as diretrizes que o NASF deve ter como prioridade em sua rotina. A partir disso, as equipes podem organizar seus processos de trabalho, elencando diferentes maneiras para atingir seus objetivos. Algumas atribuições que ajudam as equipes a efetivar as diretrizes, foram citadas para guiar os participantes da pesquisa, a saber:

Educação Permanente em Saúde: Visa analisar coletivamente os processos de trabalho, para assim poder qualificá-los e (re) organizá-los. Articula aprendizagem e reorganização do sistema de saúde, implicando tanto nas práticas profissionais, quanto nas questões dos usuários que utilizam o serviço.

Atendimento individual específico: Realizados apenas em situações necessárias e após negociação com a equipe SF responsável pelo caso, sendo que o contato com a equipe deve ser contínuo para que esta não se descomprometa com o caso.

Atendimento individual compartilhado: Intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas entre o profissional de saúde e o apoiador matricial, gerando experiência para ambos envolvidos.

Visita/Atendimento domiciliar: Tem o objetivo de aprofundar, acompanhar e encaminhar de forma adequada as demandas apontadas no plano de cuidados. Deve ser planejada e executada com as equipes de SF, especialmente com os ACS.

Discussão de caso: Problematiza um caso, seja individual ou coletivo, para elaborar um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas, contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer.

Construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS): Dedicado à situações mais complexas, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando

os diversos aspectos do sujeito individual ou do coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar e com a colaboração do usuário envolvido.

Grupos educativos e/ou terapêuticos: Momentos em grupos privilegiam as trocas de experiências, vivências, a construção de conhecimento e de projeto de vida. Busca incentivar a participação ativa, a autonomia, a autoestima e o empoderamento social, por meio de processo educativo.

Ações de educação em Saúde: Modo participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho, do seu conhecimento.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Como todo programa, os processos de avaliação devem ser constantes, desta forma o Ministério da Saúde lançou, em 2012, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2012a). No entanto, o uso desta Autoavaliação específica não é obrigatório, podendo ser realizada de outras formas, com outras questões de acordo com a necessidade local (BRASIL, 2012a).

Tendo em vista que os processos avaliativos podem monitorar o funcionamento de pessoas, equipes ou órgãos, para a partir disso conseguir identificar as potencialidades e dificuldades dos mesmos, as avaliações devem ser realizadas constantemente, para que se reafirme o compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da atenção básica, colaborando para o planejamento de novas metas e contribuindo nos processos de trabalho (BRASIL, 2012a).

MÉTODO

Esta pesquisa segue delineamento transversal, uma vez que os dados foram coletados em um ponto no tempo e com base nos sujeitos selecionados descreve uma situação nesse determinado momento (RICHARDSON, 1999). O estudo é qualitativo do tipo explicativo. A pesquisa qualitativa lida com o universo de significados, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações e processos que não podem ser quantificados (MINAYO, 2010). Usando a explicação como técnica da análise do conteúdo, o contexto foi analisado sendo

acrescido de material adicional a determinados segmentos levantados das respostas dos participantes da pesquisa para identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência destes processos (GIL, 2007).

Para realização da pesquisa foi elaborado um Questionário composto por sete (07) perguntas abertas para respostas subjetivas que foram elaboradas levando-se em conta algumas das atribuições do NASF conforme o Cadernos de Atenção Básica número 27 sobre as diretrizes do NASF, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) e ainda a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012a), buscando-se a partir disso um levantamento das percepções que os trabalhadores das US apoiadas têm sobre estas atribuições e sobre os seus processos de trabalho em conjunto com o NASF.

Para análise dos dados obtidos nas respostas dos questionários, foi usado o referencial metodológico da análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do(s) sentido(s) de um documento. Para tanto, foram escolhidos os trechos para análise e formulação de hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Num segundo momento, foi feita a síntese de ideias para a descrição analítica orientada pelo referencial teórico. Por último, a análise foi aprofundada para chegar aos resultados da pesquisa (BARDIN, 2004).

A pesquisa foi aprovada pela coordenação da Atenção Básica e das Estratégias da Saúde da Família do Município sendo acordado com as enfermeiras de cada equipe a ocupação da UBS bem como da disponibilidade de agenda dos profissionais. Os 17 profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa, 20% de cada Unidade de Saúde, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde todos objetivos da pesquisa e seus direitos estavam explicitados e foram lidos para que as dúvidas fossem esclarecidas antes que o questionário fosse respondido.

Este projeto passou devidamente pela apreciação do Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, pelo sistema CEP/CONEP, aprovado pelo parecer número 1.613.694 e conforme Certificado de Apresentação para a Apreciação Ética (CAAE) sob número 55287516.8.0000.5312.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando as ações do NASF junto às ESF, a Discussão de Casos foi o item mais citado nas práticas realizadas. Prática comum na rotina de trabalho do NASF, especialmente durante os matriciamentos realizados com cada equipe apoiada,

mensalmente e com horário fixo na agenda da equipe, além de que os profissionais colocam-se à disposição para a discussão sempre que estão pela US.

O PTS aparece com menor incidência tanto nas atribuições reconhecidas quanto executadas pelo NASF, porém não aparece como um item que esteja faltando ser trabalhado. Tal constatação pode ser devido ao fato de os participantes não reconhecerem esta atribuição com esta nomenclatura, uma vez que ela é, de alguma forma, realizada junto às ESF, embora, na grande maioria das vezes, sem a participação do usuário nesta construção.

Já as Ações de Educação em Saúde, foram citadas tanto como sendo mais executada, quanto como uma prática que está faltando ser realizada. Este foi o único item em que detectou-se discrepância de acordo com a US dos participantes. Sendo que, das três US apoiadas, duas têm boa aceitação com relação a esta prática e uma tem mais dificuldade em manter estas ações devido aos perfis, tanto dos usuários deste território, quanto dos trabalhadores desta unidade.

Os participantes relataram impactos positivos na saúde dos usuários desde que o NASF foi implantado no município. Foram citados como importantes mudanças: a facilidade de acesso à equipe especializada e multidisciplinar, a satisfação e confiança no tratamento e na equipe da ESF, uma maior participação dos pacientes no processo, a melhora na qualidade de vida, a melhora na condição clínica (HGT, colesterol, peso...), o aumento na autoconfiança, receptividade e tranquilidade, evolução no acompanhamento longitudinal, maior percepção da própria saúde e de seus familiares e maior respeito ao trabalho realizado na UBS.

As categorias de análise emergiram das respostas dos participantes ao questionário e foram elencadas de acordo com as respostas dos participantes. A seguir, cada categoria é apresentada e discutida à luz da literatura científica.

RESOLUTIVIDADE

Em 2008, justamente com o objetivo de apoiar e ampliar a resolutividade da ESF, o Ministério da Saúde criou o NASF (BRASIL, 2008), e nesta pesquisa, quando os participantes foram questionados sobre as principais contribuições do NASF para com os profissionais em suas práticas de trabalho, o que mais apareceu em suas respostas foi a questão do aumento da resolutividade, conforme os trechos a seguir:

“Com o NASF aconteceu que muitos casos foram solucionados que antes estavam travados [...]”

“[...]muitos pacientes melhoram com o atendimento dos profissionais do NASF, não necessitando de outros atendimentos fora do território.”

“Quando a atenção ao paciente é de forma multidisciplinar, os resultados são muito mais satisfatórios e evidentes.”

O aumento da resolutividade da atenção básica, segundo Silva et al. (2012, p. 2077):

[...] está vinculado à ideia da potencialidade do trabalho interdisciplinar dos profissionais dos NASF e das equipes de saúde da família e ao melhor acesso aos serviços de saúde pela reorganização da demanda e redução da procura dos serviços da atenção secundária e terciária como porta de entrada no sistema.

No estudo de Almeida et al. (2011) cerca de 80% dos profissionais da atenção básica entrevistados consideraram satisfatória a resolução de 80% ou mais dos casos atendidos, mas aproximadamente 35% das famílias relataram necessidade de buscar um especialista, neste caso em UBS sem o apoio do NASF, o que provavelmente diminuiria se a equipe pudesse contar com o apoio de profissionais especialistas em seu território.

O suporte dos especialistas através do apoio matricial contribui para a organização do processo de trabalho das ESF para atender às diversas necessidades de saúde da população, qualificando a Atenção Básica e aumentando sua resolutividade sem comprometer o vínculo e a integralidade dos cuidados (ALMEIDA et al, 2011).

APOIO À ESF

Algumas respostas vêm ao encontro da função primordial do NASF de ser apoio à equipe da ESF, sendo uma importante estratégia para promover seu fortalecimento, desenvolvendo e aprimorando o novo modelo de atenção à saúde, voltado ao trabalho em equipe multiprofissional conforme salienta Anjos et al. (2013), desta forma temos os seguintes trechos:

*“Os pacientes estão mais assistidos e nós, ACS e médicos, mais felizes, **menos sobrecarregados.**”* [Grifo nosso]

*“Ressalto a facilidade dos deslocamentos e o agradecimento das pessoas que percebem o **diferencial da unidade.**”* [Grifo nosso]

*“Hoje tenho **mais segurança** para informar meus pacientes sobre alguns assuntos.”* [Grifo nosso]

Corroborando com o que foi relatado, o estudo de Anjos et al (2013, p.677) destaca que:

Diante das responsabilidades que lhes são confiadas, as equipes do NASF assumem o compromisso com a população e com a ESF, propondo-se a identificar as necessidades de saúde comunitária ao mesmo tempo em que fortalecem as equipes de referência.

Segundo o Caderno de Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), “o correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”.”

O apoio matricial é uma das ferramentas utilizadas pelo NASF, para organizar e fortalecer o trabalho da ESF, buscando dar o suporte assistencial e técnico-pedagógico que a equipe de referência, responsável pelo cuidado longitudinal do caso, necessita para a condução do problema em questão (MATUDA et al, 2015).

Em estudo realizado no município de São Paulo analisou-se a percepção dos profissionais que atuam na atenção primária sobre o trabalho compartilhado e a colaboração interprofissional, e destacou-se entre as fontes de apoio à colaboração interprofissional: “disposição dos profissionais, flexibilidade e abertura para colocar em ação interesses subjetivamente compartilhados e a postura de acolher as solicitações da equipe de referência”, o que, segundo o estudo, favorece trocas entre os profissionais e a corresponsabilização dos casos. E, ainda, a reunião de matriciamento se mostrou um espaço importante para a realização do trabalho compartilhado, na medida em que são realizadas discussões de casos, planejamento e articulação de ações (MATUDA et al, 2015 p. 2514).

As reuniões de matriciamento foram destacadas no estudo de Matuda et al (2015) como um importante recurso para planejamento das ações e um espaço de aprendizado, de troca de saberes, trazendo resultados positivos para o usuário e o serviço.

Segundo Santos-Filho et al (2009 apud MOURA e LUZIO, 2014), na Política Nacional de Humanização apoiar remete ao fato de estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde, sejam eles gestores, usuários e trabalhadores e discutir e analisar os processos de trabalho e intervir nas formas como os serviços estão organizados, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela ou deslegitimação do outro.

PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Uma das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p.42) é:

“Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários”. Ao encontro dessa política temos a seguinte resposta:

“O impacto do trabalho do NASF é visível na unidade. As ações de educação e atividades fazem muito bem aos pacientes em relação à saúde e a integralização da sociedade. Tenho pacientes com redução de peso, baixa de taxas de glicose e colesterol após terem iniciado as caminhadas organizadas pelo NASF e grupos de orientação nutricional. Fonoaudióloga, nutricionista e fisioterapeuta têm tido grande impacto na melhoria de qualidade de vida, especialmente dos meus pacientes acamados.”

Percebe-se que os grupos educativos tem papel fundamental na prática do NASF junto à ESF, uma vez que, têm grande potencial para estimular as mudanças de hábitos e novas posturas frente aos condicionantes em saúde.

Um estudo com o objetivo de identificar as competências profissionais para o trabalho no NASF, destacou-se a habilidade para gerenciar grupos educacionais para facilitar a aprendizagem da comunidade, enfatizando a promoção e a prevenção da saúde, estimulando as mudanças e a reflexão coletiva sobre as necessidades, as expectativas e as angústias do usuário, de maneira a construir uma relação horizontal deste com o profissional (FRAGELLI e SHIMIZU, 2014).

Para Souza et al (2013) a base das atividades do SUS são as ações em promoção de saúde. Acrescentam ainda que “a falta de mobilização neste aspecto gera um modelo de saúde travado nas ações curativas, aumentando demandas e paralisando o processo” (SOUZA et al. p. 236).

Tomando como o exemplo os grupos de caminhadas apoiados pelo NASF nas US, estudos destacam que atividade física orientada e diferenciada em caminhadas, alongamentos e fortalecimento, com periodicidade semanal, inseridos na atenção primária à saúde, melhoram a dinamicidade de mulheres mais velhas, podendo verificar-se também a diminuição de incidência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, além de melhorar os níveis de atividade motora em pessoas idosas (MOLINA-SOTOMAYOR, GONZÁLEZ-JURADO, LÉON-PRADOS, 2010; ALENCAR et al, 2011 apud SOUZA et al, 2013).

O conceito de promoção da saúde propõe articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, e baseia-se na concepção ampla sobre o processo saúde-doença e seus determinantes, e em uma gama de estratégias que envolvem o Estado por meio de políticas públicas, o fortalecimento comunitário, o desenvolvimento de habilidades pessoais e parcerias intersetoriais (BONALDI et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do presente estudo analisamos as ações do NASF de Esteio, e observamos que é possível aumentar a resolutividade da atenção básica a partir de equipe multidisciplinar, que apoia a equipe mínima, afastando a ESF do modelo biomédico, centrado em ações curativas. Percebe-se que os profissionais da equipe mínima se sentem apoiados em suas ações, diminuindo sua sobrecarga de trabalho.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é bem aceito enquanto equipe de apoio à ESF, contribuindo com a qualidade de vida e satisfação dos usuários com relação às atividades desenvolvidas, fazendo com que este sinta-se parte do processo, corresponsabilizando-o no cuidado de sua saúde e de sua família.

É importante que novas pesquisas sejam feitas para podermos analisar a efetividade do NASF em diferentes regiões, uma vez que, para que o Sistema Único de Saúde seja de fato único, as ações devem estar ao menos de acordo com o preconizado nas Políticas de Saúde, mesmo que haja diferenças relacionadas às demandas de cada região. Estas pesquisas são imprescindíveis para que os profissionais possam (re)pensar as ações desenvolvidas e estratégias para a melhoria dos processos de trabalho realizados, mobilizando os trabalhadores em direção ao aprimoramento de suas práticas.

Para que a Atenção Básica consiga ser resolutiva, os profissionais devem estar capacitados para trabalhar na lógica dos matriciamentos, dos atendimentos compartilhados, das ações de educação em saúde, das atividades em grupos, da prevenção de agravos, da educação permanente e da promoção da saúde. O NASF não pode impor esta lógica nas unidades em que apoia, esta é uma construção coletiva e contínua, devendo ser promovida e creditada primeiramente pelos gestores e compreendida pelos demais envolvidos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA P.F., FAUSTO M.C.R., GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**. 2011;29(2):84-95.
- ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; VILELA, A. B. A.; BOERY, R. N. S. O.;
- SENA, E. L. S. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BONALDI, A. P., RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: As ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS.** 2014 abr/jun; 17(2): 195 - 203.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 167p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para Populações específicas, cria a Modalidade NASF 3 e dá outras providências.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____. 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)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo 2015 – 2016** - Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF.

FRAGELLI, T. B. O., SHIMIZU, H. E. Competências profissionais para o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. APS.** 2014 jul/set; 17(3): 334 - 344.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATUDA, C. G., PINTO, N. R. S., MARTINS, C. L., FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015; 20(8):2511-2521.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOURA, R. H., LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface (Botucatu).** 2014; 18 Supl 1:957-70.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, A. T. C., AGUIAR, M. E., WINCK, K., RODRIGUES, K. G. W., SATO, M. E., GRISI, S. J. F. E., BRENTANI, A., RIOS, I. C. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Desafios e Potencialidades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(11):2076-2084, nov, 2012.

Capítulo 9

**ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DO ANANAS COMOSUS L. MERRIL (ABACAXI) FRENTE
A MICRORGANISMOS FORMADORES DO BIOFILME DENTAL**Yasmim Dayane Leal Paixão¹Vanessa Camylla Bernardo de Oliveira¹Maria Adriana Ferreira Farias¹Sara Batista Vasconcelos²Risonildo Pereira Cordeiro³Arquimedes Fernandes Monteiro de Melo⁴**Resumo**

Tendo em vista a limitação dos tratamentos para biofilme dental disponíveis, o presente estudo teve por objetivo determinar a atividade antimicrobiana de extratos brutos secos da casca e folhas da coroa do *Ananas comosus* L. Merrill (abacaxi), reforçando a necessidade de novas alternativas terapêuticas devido à resistência bacteriana. O biofilme bucal é formado a partir da adesão de microrganismos na arcada dentária podendo ser denominado de complexo microbiano. O gênero *Streptococcus* é um dos principais colonizadores favorecendo também o aparecimento de bactérias cariogênicas secundárias do gênero *Staphylococcus* e *Lactobacillus*. Além de bactérias, o biofilme pode ter como agente principal fungos do gênero *Candida*, considerado um problema de saúde pública devido a capacidade de levar a agravos na saúde. Os extratos da espécie foram obtidos através de maceração em solução hidroalcoólica durante 7 dias e rotaevaporação. Foram então submetidos aos testes de Potencial Inibitório e Concentração Inibitória Mínima, dispostos em placas de petri com meio de cultura adequado aos microrganismos cultivados, e ao teste de Concentração Inibitória Mínima de Aderência, disposto em tubos de ensaio com meio de cultura líquido, para observação de formação ou inibição de biofilme. Em todos foram utilizados microrganismos gram-positivos e gram-negativos. O extrato da casca apresentou ação inibitória frente as bactérias *Lactobacillus casei* e *Streptococcus sanguinis*, enquanto que o extrato das folhas da coroa inibiu a formação do biofilme dos microrganismos *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*, nas concentrações e condições testadas. Dessa forma, os extratos demonstraram atividade antimicrobiana e podem ser utilizados para fins terapêuticos.

Descritores: *Ananas*; Biofilmes; *Candida*; *Streptococcus*; Microbiologia.

**Antimicrobial activity of *Ananas comosus* L. Merrill (pineapple) against
microorganisms forming the dental biofilm****Abstract**

Given the limitation of available dental biofilm treatments, this study aimed to determine the antimicrobial activity of the dry crude extracts of pineapple's (*Ananas comosus* L. Merrill) reinforcing the need for new therapeutic alternatives due to to

¹Bacharéis em Farmácia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita), membros do Grupo de Pesquisa em Fitoterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (GPFITO/Asces-Unita).

²Graduanda do curso de Farmácia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita), membro do Grupo de Pesquisa em Fitoterapia (GPFITO/Asces-Unita).

³ Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), professor do curso de Farmácia da Asces-Unita e vice-líder do Grupo de Pesquisa em Fitoterapia (GPFITO/Asces-Unita).

⁴Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), professor do curso de Farmácia da Asces-Unita e líder do Grupo de Pesquisa em Fitoterapia (GPFITO/Asces-Unita).

bacterial resistance. The oral biofilm, also called microbial complex, is formed by microorganisms that can adhere to the dental arch. Species of *Streptococcus* genus are some of the main colonizers and may favour the appearance of secondary cariogenic bacteria of *Staphylococcus* and *Lactobacillus* genera. In addition to bacteria, biofilm may have as its main agent fungal species of *Candida* genus, being considered a public health problem as it may lead to health complications. Pineapple extracts were obtained by a 7-day hydroalcoholic maceration, followed by rotary evaporation. Subsequently, they were placed in Petri dishes containing appropriate culture medium and subjected to Inhibitory Potential and Minimum Inhibitory Concentration tests. For the Minimum Inhibitory Concentration of Adherence test, the extracts were arranged in test tubes containing a liquid culture medium, and biofilm formation/inhibition was observed. Gram-positive and gram-negative microorganisms were used in all tests. The bark extract showed inhibitory action against *Lactobacillus casei* and *Streptococcus sanguinis*, while the crown leaf extract inhibited the biofilm formation of *Staphylococcus aureus* and *Candida albicans*, under the tested concentrations and conditions. Thus, the extracts presented antimicrobial activity and can be used for therapeutic purposes.

Descriptors: *Ananas*; Biofilms; *Candida*; *Streptococcus*; Microbiology.

Introdução

No meio bucal, bactérias e fungos apresentam-se de maneira dispersa e ao se associar sobre diversos tipos de superfícies, formam o biofilme, que apresenta seus variados níveis de complexidade (BRESSAN, 2015). O biofilme microbiano é considerado como uma associação de células bacterianas que se ligam a superfícies bióticas ou abióticas e é circundado por uma matriz extracelular complexa (MCCARTER, 1999). O gênero *Streptococcus* é o principal colonizador, principalmente a espécie *Streptococcus sanguinis*, mas também *Streptococcus oralis* e *Streptococcus mitis* (KOLENBRANDER et al., 2002; TEUGHELIS et al., 2006).

Quando este se adere às células epiteliais ou é internalizado por elas, garante a sua fixação por meio das forças de arraste promovidas pela saliva ou pelo alimento. Em seguida, ocorre a proliferação das hifas e formação do complexo microbiano, favorecendo o aparecimento de colonizadores secundários cariogênicos, como *Staphylococcus aureus* e *Lactobacillus casei*, sendo assim, o biofilme pode ser visto como um ecossistema bem estruturado, que se inicia e se mantém de maneira dinâmica (WESSEL et al., 2014; DA CUNHA et al., 2015).

O gênero *Streptococcus* pode ser dito como um construtor de matriz, visto que este, principalmente a espécie *Streptococcus mutans*, é um dos principais produtores de exopolissacarídeos (EPS), e de outros polímeros extracelulares, que promovem o acúmulo local de microrganismos na arcada dentária e formam a matriz responsável pela proteção das bactérias incorporadas (KLEIN et al., 2015). O *Streptococcus sanguinis* é denominado em algumas literaturas como o colonizador comensal pioneiro, sendo uma das bactérias predominantes na iniciação do biofilme

oral, implicando ainda na endocardite infecciosa (OTA et al., 2017). A espécie adere a superfície dental graças a interação com α -amilase e outros elementos salivares fornecendo condições favoráveis para a formação de biofilme, incluindo a síntese de polissacarídeos extracelulares (GONG; HERZBERG; MAILLOUX, 2000; KRETH et al., 2009).

Também pode ocorrer a formação de biofilmes fúngicos que são causa predominante de infecções crônicas e estão comumente associados à utilização de dispositivos médicos de longo período de uso, responsáveis por propiciar a combinação de um meio líquido rico em nutrientes, com a presença em potencial de microrganismos, além da superfície porosa dos polímeros (FIGUEIRA et al., 2017). Um deles são os braquetes de ligaduras ortodônticas, cujo aspecto retentivo favorece a má higienização e contribui para o maior acúmulo de biofilme e aparecimento de lesões brancas (BAKA; BASCIFTCI; ARSLAN, 2013).

Associadas aos braquetes, as ligaduras quase sempre agem como fator coadjuvante no acúmulo de microrganismos (JUNG et al., 2016), dentre estes, deve ser citada a espécie *Candida albicans*, que é uma levedura comensal comumente encontrada na cavidade bucal dos seres humanos, sendo isolada entre 50-70% dos indivíduos saudáveis (ROSSONI, 2017). Quando ocorre um comprometimento da microbiota normal ou do sistema imunológico, como tantas outras espécies, esta passa a ser patogênica, sendo considerado um problema de saúde pública.

Com o objetivo de aumentar o arsenal de antissépticos orais disponíveis para o tratamento do biofilme dental, surgem os estudos voltados a utilização de plantas medicinais para o tratamento de problemas odontológicos. Tendo em vista sua presença na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (Rennisus), o *Ananas comosus* L. Merrill (abacaxi), foi posto como objeto de estudo frente à sua capacidade antimicrobiana.

Trata-se de uma infrutescência do grupo das monocotiledôneas pertencente à família Bromeliaceae, sendo o Brasil um dos maiores produtores, com mais de 63 mil hectares produtivos (SILVA, 2017). Apresenta talo curto e grosso, folhas estreitas, compridas e resistentes, quase sempre margeadas por espinhos, tendo variação de composição química de acordo com a época e solo no qual é produzido (MOREIRA, 2017). Apesar da variação, seus principais constituintes incluem derivados triterpenos, flavonoides, derivados do ácido cinâmico e alcalóides, bem como o complexo enzimático denominado de bromelina (MANETTI; DELAPORTE; LAVERDE JR, 2009).

Bastante utilizado na medicina popular, o abacaxi apresenta reconhecidas propriedades medicinais, sendo destacado pela presença de compostos fenólicos,

substâncias presentes na composição da espécie, que apresentam potencial antimicrobiano (DUTTA; BHATTACHARYYA, 2013; EMEKA et al., 2014; RAFIEIAN-KOPAEI et al., 2016). Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar o potencial antimicrobiano da casca e folhas da coroa do *Ananas comosus* L. Merrill (abacaxi), frente a diversos microrganismos presentes na cavidade oral, a fim de que este possa ser aplicado para o tratamento do biofilme dental e suas complicações.

Desenvolvimento

O presente estudo foi realizado nos laboratórios do Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita), na cidade de Caruaru-PE, apresentando delineamento do tipo laboratorial experimental. A exsicata foi depositada no Instituto Agrônomo de Pernambuco – Dárdano de Andrade Lima, com número de tomo 91175.

Preparo dos extratos brutos secos do *A. comosus* L. Merrill

A infrutescência da droga vegetal foi colhida entre 7-9 horas da manhã, com a parte vegetal apresentando aspecto saudável. Foi pesada, lavada com água corrente limpa e seca com papel toalha. As folhas da coroa do *Ananas comosus* foram depositadas a sombra por um período de 24 horas, e em seguida colocadas na estufa botânica à 40°C para secagem; enquanto que as cascas foram reduzidas a pequenos pedaços manualmente e encaminhadas separadamente para a fase de maceração.

Posteriormente, as folhas secas foram trituradas no moinho industrial e encaminhadas à maceração, bem como a casca anteriormente: com solução hidroalcoólica a 95% v/v durante 7 dias. Passado este período, as duas soluções hidroalcoólicas foram filtradas separadamente para obtenção dos extratos brutos fluidos. Os solventes tanto de folhas da coroa quanto de casca, foram evaporados em evaporador rotativo à temperatura de 60°C. Após a evaporação de 95% da solução, os extratos foram armazenados em um dessecador a vácuo e em uma estufa de ar circulante (B.O.D), alcançando a secura total de ambos, obtendo-se os extratos brutos secos das duas partes do material vegetal.

Análise microbiológica

Foram utilizadas as cepas de bactérias *Staphylococcus aureus* (ATCC 6538), *Lactobacillus casei* (selvagem), *Streptococcus mutans* (selvagem), *Streptococcus*

sanguinis (selvagem), e do fungo Leveduriforme *Candida albicans* (ATCC 10231).

Determinação da Concentração Inibitória Mínima (CIM)

Para determinação da Concentração Inibitória Mínima (CIM) dos extratos de *Ananas comosus* foi realizada a técnica de poços (KONEMAN et al., 2008). Foram preparados inóculos das respectivas cepas em solução salina a 0,9%, utilizando a escala Marc-Farland 0,5 para padronizar a turbidez do inóculo na solução. Com o auxílio do swab foi realizado o semeio em tapete por toda a extensão das placas de Petri contendo Ágar Mueller-Hinton (para bactérias) e Ágar Sabouraud (para fungos). Em cada placa semeada quatro poços de 6 mm de diâmetro foram confeccionados, para a inserção de 150 µL do extrato em diferentes concentrações, a partir de diluições em 1:1, 1:2, 1:4 e 1:8 com relação à amostra inicial de cada extrato bruto seco da planta, sendo o procedimento realizado em duplicata. As placas foram incubadas a 37°C por 24 horas, para posterior mensuração dos halos em milímetros (mm) e determinação da Concentração Inibitória Mínima (CIM), sendo esta entendida como a menor concentração do extrato capaz de inibir o crescimento bacteriano.

Determinação da Concentração Inibitória Mínima de Aderência (CIMA)

A avaliação da ação de menor concentração de extrato, em meio de enriquecimento com adição de dextrose, necessária para inibir a aderência dos microrganismos ao tubo do vidro, é denominada como Concentração Inibitória Mínima de Aderência (CIMA). A Concentração Inibitória Mínima de Aderência foi determinada usando-se concentrações 1:1, 1:2, 1:4 e 1:8 dos extratos brutos secos, onde as cepas foram inoculadas a 37°C em caldo Müller-Hinton (DIFCO), em microaerofilia, por um período de 24 horas, sendo os tubos inclinados a 30° (SILVA et al., 2008).

Potencial Inibitório (PI)

O teste para triagem da atividade antimicrobiana e assim avaliação do potencial antimicrobiano das cepas é utilizado para observar a formação de halos ao redor dos poços contendo extrato da espécie em estudo e foi realizado conforme recomendações do National Committee for Clinical Laboratory Standard (NCCLS, 2000). As bactérias obtidas da suspensão realizada em solução salina 0,9% estéril, foram semeadas pela técnica em tapete nas placas de Petri com ágar Mueller-Hinton.

Foram feitos poços com 6 mm de diâmetro, os quais preenchidos com 150 µL das concentrações de 1:1, 1:2, 1:4 e 1:8 de extrato. Posteriormente, as placas foram acondicionadas em estufa a temperatura de 37°C para crescimento bacteriano, durante 24 horas. O antibiótico controle utilizado foi amoxicilina. Após crescimento, foi verificado se houve a formação de halo.

Análise estatística

As informações obtidas foram tratadas estatisticamente com o Microsoft® Office Excel 2013.

Extrato hidroalcoólico da casca de *Ananas comosus* L. Merrill

Para CIM e PI, o extrato foi testado partindo da concentração de 5 mg/mL, onde este apresentou halo de inibição de 15 mm frente a cepa de *L. casei*. Enquanto que a amoxicilina nessa mesma concentração, exibiu um halo de 32 mm; os outros microrganismos não demonstraram sensibilidade frente às concentrações testadas do extrato da casca de abacaxi (Tabela 1).

Tabela 1 - Diâmetro dos halos formados pelas concentrações do extrato bruto seco da casca de *Ananas comosus* L. Merrill frente aos microrganismos testados. Halos mensurados em milímetros (mm).

Cepas	Concentrações das diluições do extrato			
	1:1	1:2	1:4	1:8
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	-	-	-
<i>Streptococcus sanguinis</i>	-	-	-	-
<i>Streptococcus mutans</i>	-	-	-	-
<i>Lactobacillus casei</i>	15	-	-	-
<i>Candida albicans</i>	-	-	-	-

O mesmo extrato quando testado frente a metodologia de CIMA, partindo da concentração de 100 mg/mL, apresentou ação frente a *S. sanguinis* e *L. casei*, inibindo a formação do biofilme destes microrganismos na maior concentração testada (Tabela 2).

Tabela 2 - Concentração Inibitória Mínima de Aderência (CIMA) do extrato bruto seco da casca de *Ananas comosus* L. Merrill (abacaxi).

Cepas	Concentrações das diluições do extrato			
	1:1	1:2	1:4	1:8
<i>Staphylococcus aureus</i>	-	-	-	-
<i>Streptococcus sanguinis</i>	+	-	-	-
<i>Streptococcus mutans</i>	-	-	-	-
<i>Lactobacillus casei</i>	+	-	-	-
<i>Candida albicans</i>	-	-	-	-

+: Inibição do biofilme pelo extrato

-: Formação do biofilme

Extrato hidroalcoólico das folhas da coroa de *Ananas comosus* L. Merrill

O teste de CIM realizado com o extrato bruto seco das folhas da coroa da espécie não exibiu halo de inibição partindo da concentração de 5 mg/mL frente aos microrganismos testados, utilizando a metodologia de Koneman et al., (2008). Sabendo que a CIMA procura avaliar a menor concentração necessária para inibir a formação dos biofilmes, o extrato hidroalcoólico das folhas da coroa apresentou ação contra *C. albicans* e *S. aureus*, inibindo a formação do biofilme nos tubos de ensaio (Tabela 3), partindo da concentração de 100 mg/mL em diluições seriadas.

Tabela 3 - Concentração Inibitória Mínima de Aderência (CIMA) do extrato bruto seco das folhas da coroa de *Ananas comosus* L. Merrill (abacaxi).

Cepas	Concentrações das diluições do extrato			
	1:1	1:2	1:4	1:8
<i>Staphylococcus aureus</i>	+	+	+	-
<i>Streptococcus sanguinis</i>	-	-	-	-
<i>Candida albicans</i>	+	+	+	+

+: Inibição do biofilme pelo extrato

-: Formação do biofilme

A ausência de sensibilidade dos microrganismos testados frente ao extrato hidroalcoólico da casca da espécie, em especial as espécies de *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*, não corroboram com a literatura científica estudada. Os extratos aquoso, clorofórmico, metanólico e de acetona da casca do *Ananas comosus*, na

concentração 0,78 µg/mL, apresentaram ação contra *S. aureus*, enquanto apenas o extrato metanólico apresentou ação frente ao fungo *C. albicans* na mesma concentração (MORVIN YABESH et al., 2018).

Esta diferença de resultados pode ser explicada pela utilização de outros solventes pelo autor, o que permite a extração de diferentes metabólitos secundários os quais podem ter sido responsáveis pelo efeito antimicrobiano. Assim como, o solo de plantio e a época de colheita do material também devem ser considerados, visto que influenciam diretamente na composição química do vegetal.

O mesmo vem a ser discutido frente ao extrato das folhas da coroa da espécie, que utilizando a metodologia de Koneman et al., (2008) não exibiu potencial antimicrobiano. No estudo de Emeka et al., (2014), o extrato da folha foi testado para determinação da atividade antimicrobiana com nanopartículas de prata e apresentou halo de 15 mm contra cepas de *S. aureus*. Os autores concluíram que a atividade antibacteriana do *Ananas comosus* é considerada de amplo espectro visto que, observou-se a inibição de bactérias Gram + (*S. aureus* e *Streptococcus pneumoniae*) e Gram - (*Escherichia coli*). Frente a *S. pneumoniae* o estudo obteve halo de inibição de 5 mm, enquanto frente a *E. coli* o halo apresentou 20 mm (EMEKA et al., 2014).

Novamente são claras as diferenças de metodologias empregadas. É possível também que o local de plantio e colheita do material vegetal utilizado, bem como seu processamento até obtenção do extrato, tenha influenciado a observação de atividade antimicrobiana. Em função de que fatores ambientais e de coleta, bem como de manipulação do material, podem alterar as concentrações de metabólitos secundários presentes.

Frente a Concentração Inibitória Mínima de Aderência (CIMA), onde ambos os extratos exibiram inibição de biofilme bacteriano, e o extrato das folhas da coroa inibiu também a formação de biofilme do fungo *C. albicans*, não foram encontradas literaturas que buscassem o mesmo objetivo do ensaio microbiológico em questão, reforçando a ideia de que a espécie *Ananas comosus* L. Merrill deve ser alvo de mais pesquisas em busca de seu potencial antimicrobiano.

Conclusão

Diante dos resultados encontrados, é possível observar que o *Ananas comosus* L. Merrill possui atividade antimicrobiana comprovada por literaturas científicas com metodologias diversificadas. Apesar disto, é perceptível também a necessidade de novas investigações científicas. Dessa forma é possível concluir que o estudo em questão contribui para a inovação de medicamentos fitoterápicos utilizando uma das

espécies tropicais mais famosas no Brasil e com potencial terapêutico rico e disponível para ser estudado e convertido em benefício à saúde.

REFERÊNCIAS

BAKA, ZM; BASCIFTCI, FA; ARSLAN, U. Effects of 2 bracket and ligation types on plaque retention: A quantitative microbiologic analysis with real-time polymerase chain reaction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;144(2): 260-267.

BRESSAN M. Adesão bacteriana e formação inicial de biofilme em diferentes superfícies de bráquetes ortodônticos [dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul: Mestrado em Odontologia, Universidade de Passo Fundo; 2015.

DA CUNHA, ASS; CYRINO, RF; DIAS, ML; LEITE, JJG. Biofilmes de candida spp. em próteses removíveis usadas por pacientes idosos: uma revisão narrativa da literatura. *Rev Diálogo Acad.* 2015;4(2): 109-114.

DUTTA, S; BHATTACHARYYA, D. Enzymatic, antimicrobial and toxicity studies of the aqueous extract of *Ananas comosus* (pineapple) crown leaf. *J. ethnopharmacol.* 2013;150(2): 451-457.

EMEKA, EE; OJIEFOH, OC; ALERUCHI, C; HASSAN, LA; CHRISTIANA, OM; REBECCA, M; DARE, EO; TEMITOPE, AE. Evaluation of antibacterial activities of silver nanoparticles green-synthesized using pineapple leaf (*Ananas comosus*). *Micron.* 2014;57:1-5.

FIGUEIRA, FR; TORELLO, GR; OLIVEIRA, ALS; LIMA, JSB; FIGUEIRA, JAN; MACIEL, HS; PESSOA, RS; DORIA, ACOC; KHOURI, S. Ação antifúngica de um jato de plasma não-termico de hélio/ar comprimido sobre biofilmes de *Candida albicans*. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior: 2017; São José dos Campos. São Paulo, SP: Universidade do Vale do Paraíba; 2017. p1.

GONG, K; HERZBERG, MC; MAILLOUX, L. Salivary film expresses a complex, macromolecular binding site for *Streptococcus sanguis*. *J Biol Chem.* 2000;275(12): 8970-8974.

JUNG, W; AHN, S; CHO, S; KIM, K. Adhesion of periodontal pathogens to self-ligating orthodontic brackets: An in-vivo prospective study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016;150(3): 467-475.

KLEIN, MI; CAMPANELLA, OH; HWANG, G; KOO, H; SANTOS, PHS. Matriz extracelular derivada de *Streptococcus mutans* em biofilmes orais cariogênicos. *Frente Célula Infect Microbiol.* 2015;5(1): 10.

KOLENBRANDER, PE; ANDERSEN, RN; BLEHERT, DS; EGLAND, PG; FOSTER, JS; PALMER, RJ. Communication among Oral Bacteria. *Microbiol Mol Biol Rev.* 2002;66(3): 486-505.

KONEMAN, EW; ALLEN, S; JANDA, W; PROCOP, G; SCHERECKENBERGER, P; WINN JUNIOR, W et al. Diagnóstico Microbiológico - Texto Y Atlas En Color. 6ª ed. Editorial Médica Panamericana: México; 2008.

- KRETH, J; HERZBERG, MC; VU, H; ZHANG, Y. Characterization of hydrogen peroxide-induced DNA release by *Streptococcus sanguinis* and *Streptococcus gordonii*. *J Bacteriol.* 2009;20(191): 6281-6291.
- MANETTI, LM; DELAPORTE, RH; LAVERDE JR. Metabólitos secundários da família Bromeliaceae. *Quim. Nova.* 2009;32(7): 1885-1897.
- MCCARTER, L. The Multiple Identities of *Vibrio parahaemolyticus*. *J. Molec. Microbiol. Biotechnol.* 1999;1(1): 51-57.
- MOREIRA, MRLF. Caracterização do óleo extraído da casca e coroa do abacaxi (*Ananas comosus* L. Merrill) [trabalho de conclusão de curso]. Natal: Engenharia Química, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
- MORVIN YABESH, JE; ARULMOZHI, P; RAJALAKSHMI, S; VIJAYAKUMAR, S. Screening the antimicrobial potential of twelve medicinal plants against venereal diseases causing pathogens. *Acta Ecol. Sin.* 2018;1-6.
- National Committee for Clinical Laboratory Standar. Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility tests for Bacteria that grow Aerobically. Villanova, PA 2000: National Committee for Clinical Laboratory Standars, Publication M7-T, 2000.
- OTA, C; ARIMOTO, T; FUKAMACHI, H; KATAOKA, H; KUWATA, H; MASUDA, Y. *Streptococcus sanguinis* não codificantes de pequenos RNAs dependentes de cia regulam negativamente a expressão da retração de pilus tipo IV ATPase PilT e a formação de biofilme. *Infec imun.* 2017;86(3): 1-13.
- RAFIEIAN-KOPAEI, M; ABASZADEH, A; BAHMANI, M; HASSANZADAZAR, H; RAFIEIAN, R; SAPAHVAND, A; SOROUSH, S. Candidiasis phytotherapy: An overview of the most important medicinal plants affecting the *Candida albicans*. *J of Chem and Pharm Scien.* 2016;9(3): 1284-1293.
- ROSSONI RD. Isolamento e caracterização de *Lactobacillus* spp. da cavidade bucal e sua ação probiótica sob *Candida albicans*: formação de biofilme, infecção em modelos de invertebrados e expressão dos genes EFG1, HWP1 e ALS1 [dissertação de doutorado]. São José dos Campos: Doutorado em Biopatologia bucal, Universidade Estadual Paulista; 2017.
- SILVA FP. Características morfológicas das fibras de *Agave americana* L., *Saccharum* spp., *Heliconia rostrata*, *Arundo donax*, *Musa* spp. e roseta de *Ananas comosus* visando a produção de papel artesanal [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Engenharia Florestal, Universidade de Brasília; 2017.
- SILVA, MAS; CARVALHO, AAT; HIGINO, JS; PEREIRA, MSV; SILVA, MAR. Atividade antimicrobiana e antiaderente in vitro do extrato de *Rosmarinus officinalis* Linn. sobre bactérias orais planctônicas. *Rev Bras Farmacogn.* 2008;18(2): 236-40.
- TEUGHEL, W; QUIRYNEN, M; SLIEPEN, I; VAN ASSCHE, N. Effect of material characteristics and/or surface topography on biofilm development. *Clin Oral Implants Res.* 2006;17(S2): 68-81.
- WESSEL, SW; BUSSCHER, HJ; CHEN, Y; MAITRA, A; SLOMP, AM; VAN DEN HEUVEL, ER; VAN DER MEI, HC. Adhesion forces and composition of planktonic and adhering oral microbiomes. *J Dent Res.* 2014;93(1): 84-88.

Capítulo 10

**AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA MELHORIA DA HIPERGLICEMIA EM
PACIENTE DIABÉTICOS COM SEDENTARISMO CRÔNICO**Diego Ramon Alves¹Allan Teixeira Silva²**INTRODUÇÃO**

O *diabetes mellitus* (DM) é uma doença de alta prevalência em todo o mundo, independentemente do grau de desenvolvimento (SDB, 2017). Estima-se que em 2019, cerca de 463 milhões de pessoas entre 20 a 79 anos de idade eram portadores de DM, e que o número de mortes foi superior a 5 milhões (BARREIRA et al, 2017) podendo ser superior a 700 milhões de diabéticos em 2045. É uma patologia que aumenta com os maus hábitos alimentares, a obesidade e sedentarismo, principalmente a diabetes tipo 2 (DM2), correspondente a 90% dos casos (IDF, 2019).

Atualmente, não se encontra discordância na literatura quanto à associação da obesidade com DM2, nem sedentarismo com aumento da morbimortalidade (CHADT et al, 2000; TORO et al, 2015). O mecanismo base que leva ao desenvolvimento do distúrbio metabólico é a diminuição da sensibilidade à insulina (SI) (SEGULA, 2014), porém só se tornará diabético se o nível de insulina produzida por esse indivíduo for insuficiente para compensar a resistência (ALGOBLAN; ALALFI; KHAN, 2014). Indivíduos com distribuição de tecido adiposo mais periférica tem maior SI do que na região do abdômen e tórax (KARPE; DICKMANN; FRAYN, 2011). Além disso, pacientes DM2 também tem risco aumentado para desenvolver doenças cardiovasculares (DCV) (ECKEL et al, 2015) decorrente da hiperglicemia crônica, hiperlipidemia e aumento dos sinalizadores inflamatórios (GOLAN et al, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A progressão do DM2 decorre de um processo crônico inflamatório na qual espécie reativa de oxigênio (ERO), superóxido e hidroperóxido, estão em excesso e altera os processos fisiológicos, inibindo os mecanismos anti-inflamatórios e antioxidantes potencializados por citocinas pró-inflamatórias. Nesse sentido, a melhoria do estilo de vida de sedentários provoca a diminuição da morbimortalidade

¹ Biomédico, mestrando em biotecnologia do Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: diegobiomedo8@gmail.com

² Orientador e Professor do Curso de Biomedicina do Centro Universitário INTA -UNINTA, Sobral, Ceará, Brasil.

de diabéticos (TEIXEIRA de LEMOS et al, 2012), pois a prática regular de exercício físico (PREF) não só melhora as condições inflamatórias como também os problemas cardiovasculares (GAITÁN et al, 2019).

Para melhoramento das condições de paciente diabéticos, muitos autores enfatizam a importância do exercício físico, pois produzem efeitos benéficos no metabolismo da glicose (PARRA-SÁNCHEZ et al, 2015), porque o treinamento físico melhora o fluxo de fosforilação oxidativa mitocondrial indireta para níveis semelhantes aos de indivíduos controle não treinados, sem diabetes, além de melhorar a SI e a flexibilidade metabólica (CREE-GREEN et al, 2018).

Em uma análise que correlaciona o tempo de sedentarismo, a prática de exercício físico e o risco de doença cardiovascular (DCV), tempos acima de 6 hora por dia sem atividade, há um risco aumentado para desenvolver a DCV em 10 anos, diferente do grupo que possui atividades ocupacionais não foi observado o aumento do risco em estudos longitudinais (Lee, Y et al, 2020).

Tais benefícios podem ser alcançados com a prática de exercícios semanais, em média, 150 min de aeróbico moderado e 75 min de exercício vigoroso ou combinados (BARREIRA et al, 2017). Para tanto, A PREF de intensidade moderada é segura para melhoria do controle metabólico da glicemia, sobretudo treinos realizados pela manhã que associado com uma boa alimentação, melhora também o ritmo circadiano do cortisol e insulina. (CHIANG et al, 2019).

No entanto, em análise da PREF em obesos e pré-diabéticos, foi possível notar que os melhores resultados foi para o treino intenso com intervalos (TIN) do que o treino intenso contínuo (TIC), ou seja, no TIN há a perda de gordura mesmo em estado repouso e melhoria da atividade insulínica (GAITÁN et al, 2019)..

O exercício físico supervisionado, além de ser de fácil execução, possui baixa complicações e melhoria na dosagem de hemoglobina glicada (HbA_{1c}), pressão arterial (PA), hiperlipidemia e DCV (PARRA-SÁNCHEZ et al, 2015) e pode ser aplicado em pacientes idosos (65 e 80 anos), sedentários com obesidade e complicações ósseas (TEIXEIRA de LEMOS et al, 2012), em pré-diabéticos (GAITÁN et al, 2019), mulheres na pós-menopausa (BORER et al, 2019), adolescentes com sobrepeso ou pacientes cardíacos (JAKUBSEVIČIENĖ; MĒLINYTĖ; KUBILIUS, 2019). Essa abordagem é significativa para o aumento contínuo de um alto complexo enzimático protetor do corpo ao estresse oxidativo, que influencia o aumento da reciclagem de vitaminas (C e E) e da SI (TEIXEIRA de LEMOS et al, 2012).

Sobre o grupo etário mais jovem, 3 formas de exercício aplicados em adolescentes com sobrepeso ou obesidade foi possível notar uma contribuição igual à melhoria da SI, gordura hepática e lipídeos nos músculos esqueléticos, bem como

na aptidão cardiorrespiratória e no nível de glicemia 2 horas no teste oral de tolerância a glicose (TTOG) (LEE, S et al, 2019).

Também foi possível notar em diabéticos que o aumento habitual da prática de exercícios físicos contribui para a melhoria da função microvascular que diminui outros agravos inerentes aos pacientes com hiperglicemia crônica, como o acidente vascular encefálico, doenças renais, retinopias, neuropatias e declínio cognitivo (demência) (SÖRENSEN et al, 2020).

Por fim, os fatores genéticos e os fatores ambientais estão intimamente ligados à progressão de DM. Por exemplo, a proteína transportadora mitocondrial UCP1, que participa da regulação do metabolismo e energia pode ser considerado um gene candidato a obesidade e DM2, pois uma variante genotípica (rs rs3811791 da UCP1) conferiu um risco aumentado de DM2 e alto nível de Triglicerídeos (TG), bem como aumento da RI e baixa de HDL-C, devido a expressão dessa variante em pessoas sedentárias (Dong et al, 2020).

REFERÊNCIAS

- ALGOBLAN, A.; ALALFI, M.; KHAN, M. Mechanism linking diabetes mellitus and obesity. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*, v.7, 58-7, 2014. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4259868&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- BARREIRA E, et al. Dietary program and physical activity impact on biochemical markers in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Aten Primaria*, 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.012>
- BORER, K.T. et al. Nutrient Intake Prior to Exercise Is Necessary for Increased Osteogenic Marker Response in Diabetic Postmenopausal Women. *Nutrients*, v. 11, n. 7, 1494, 2019. doi: 10.3390 / nu11071494
- CHADT, A. et al. Molecular links between Obesity and Diabetes: “Diabesity”. *Endotext*, 1–18 p, 2000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279051/>
- CHIANG, S. L. et al. Effects of a 12-week moderate-intensity exercise training on blood glucose response in patients with type 2 diabetes. *Medicine*, v. 98, n. 36, 16860, 2019. doi: 10.1097 / md.0000000000016860
- CREE-GREEN, M. et al. Supplemental oxygen improves in-vivo mitochondrial oxidative phosphorylation flux in sedentary obese adults with type 2 diabetes. *Diabetes*, v. 67, n. 7, 1369–1379, 2018. doi: 10.2337 / db17-1124
- DONG, C. et al. Association of UCP1 polymorphisms with type 2 diabetes mellitus and their interaction with physical activity and sedentary behavior. *Gene*, 144497, 2020. doi: 10.1016 / j.gene.2020.144497
- ECKEL, N. et al. Characterization of metabolically unhealthy normal-weight individuals: Risk factors and their associations with type 2 diabetes. *Metabolism*, v. 64, n. 8, 862–71, 2015. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0026049515000876>

GAITÁN, J.M. et al. Two Weeks of Interval Training Enhances Fat Oxidation during Exercise in Obese Adults with Prediabetes. **Journal of Sports Science and Medicine**, v. 18, 636-644, 2019.

GOLAN, D.E. et al. Principles of Pharmacology. The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy. **Lippincott Williams & Wilkins**, Philadelphia: 3rd ed, 954, 2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. International Diabetes Atlas IDF. Brussels, Belgium: 9th ed, 2019. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>

JAKUBSEVIČIENĖ, E.; MĒLINYTĖ, K.; KUBILIUS, R. A Novel, Individualized Exercise Program for Patients with Peripheral Arterial Disease Recovering from Bypass Surgery. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.16, n. 12, 2127, 2019. doi: 10.3390 / ijerph16122127

KARPE, F.; DICKMANN, J. R.; FRAYN, K. N. Fatty Acids, Obesity, and Insulin Resistance: Time for a Reevaluation. **Diabetes**, v. 60, n. 10, 2441–9, 2011. Available from: <http://diabetes.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/db11-0425>

LEE, S. ET AL. Effects of exercise modality on insulin resistance and ectopic fat in adolescents with overweight and obesity: a randomized clinical trial. **The Journal of pediatrics**, 206, 91-98, 2019.

LEE, Y. et al. Association of Sedentary Time and Physical Activity with the 10-Year Risk of Cardiovascular Disease: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014–2017. **Korean J Fam Med**, 2020. <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0089>

PARRA-SÁNCHEZ, J. et al. Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2. **Atención Primaria**, v. 47, n. 9, 555–562, 2015. doi:10.1016/j.aprim.2015.01.006

SEGULA, D. Complications of obesity in adults: a short review of the literature. **Malawi Med J**, v. 26, n. 1, 20-4, 2014. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4062780&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. OLIVEIRA, J.E.P.; de VENCIO, S. editores. São Paulo: **AC Farmacêutica**, 2017. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>

SÖRENSEN, B. M. et al. Higher levels of daily physical activity are associated with better skin microvascular function in type 2 diabetes – The Maastricht Study. **Microcirculation**, 2020. doi: 10.1111 / micc.12611

TEIXEIRA DE LEMOS, E. et al. Regular Physical Exercise as a Strategy to Improve Antioxidant and Anti-Inflammatory Status: Benefits in Type 2 Diabetes Mellitus. **Medicina oxidativa e longevidade celular**, 1–15, 2012. doi: 10.1155 / 2012/741545

TORO, R. et al. Relationship between lipoprotein (a) and micro/macro complications in type 2 diabetes mellitus: a forgotten target. **J Geriatr Cardiol**, v. 12, n. 2, 93–9, 2015. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4394322&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Capítulo 11

COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHANTE DO IDOSO HOSPITALIZADOArlete Madalena Marciano Santiago de Oliveira¹Samira Michel Garcia Campos²Shaiana Vilella Hartwig³**RESUMO**

Objetivo: conhecer o processo de comunicação entre os profissionais da área da enfermagem e o acompanhante do idoso hospitalizado. **Método:** estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório realizado com aplicação de questionário semiestruturado com vinte acompanhantes de idosos internados no setor de clínica médica em um hospital filantrópico em Cáceres-MT em 2014 e 2015. **Resultados:** os acompanhantes foram na maioria mulheres e tem vínculo familiar com os idosos, apenas 35% dos acompanhantes conhecem os profissionais, todos os acompanhantes deseja ter mais informações sobre o estado de saúde dos idosos, mas 30% sentem-se constrangido em perguntar por medo da reação do profissional, a enfermagem foi o local mais utilizado para comunicação, os acompanhantes afirmaram que há deficiência na comunicação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante de idoso. **Conclusão:** a comunicação entre os acompanhantes de idosos e os profissionais de enfermagem ainda apresenta falhas que podem comprometer a comunicação humanização durante o período de internação.

Palavras-chaves: Idoso, Comunicação e Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know the communication process between the professionals of the nursing area and the companion of the hospitalized elderly. **Method:** a descriptive and exploratory qualitative study performed with a semi-structured questionnaire with 20 elderly caregivers hospitalized in the medical clinic at a philanthropic hospital in Cáceres-MT in 2014 and 2015. **Results:** the companions were mostly women and had a link familiar with the elderly, only 35% of the companions know the professionals, all the companions want to have more information about the health status of the elderly, but 30% feel embarrassed to ask for fear of the professional reaction, the ward was the place more used for communication, the companions affirmed that there is deficiency in the communication between the nursing team and the companion of the elderly person. **Conclusion:** the communication between the companions of the elderly and the nursing professionals still presents flaws that can compromise the humanization communication during the period of hospitalization.

Key-words: Elderly, Communication and Nursing Team.

¹ Enfermeira pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

² Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Biologia Oral, Docente do curso de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso.

³ Enfermeira Nefrologista, Mestre e Doutora em Ciências Ambientais, Docente na Universidade do Estado de Mato Grosso.

Introdução

O processo de envelhecimento populacional no Brasil tem avançado de maneira significativa, impondo tanto ao governo, quanto a sociedade o grande desafio de pensar políticas e soluções para o enfrentamento desta realidade, dado que nem o Estado, nem a sociedade, estão preparados para enfrentar este novo cenário que se vislumbra, no qual o número de pessoas idosas tenha crescido tanto e ainda continua em crescimento (NASCIMENTO, 2012).

Na saúde, o enfrentamento das problemáticas influenciadas pelo fator do envelhecimento populacional, se apresenta como um grande desafio, para todos os setores, sobretudo, para o profissional de enfermagem, que é o profissional presente no ambiente hospitalar, que possui o contato direto maior e mais significativo, tanto com o paciente, quanto com a família, em especial o acompanhante, nos casos de menores de 18 e maiores de 60 anos (MIRANDA et al., 2016).

A comunicação na área da saúde é fundamental para o cuidado, pois está diretamente relacionada à prática profissional da enfermagem (POZEBOM, 2009).

No âmbito da vida profissional as práticas humanizadas vêm ganhando maior importância, e na atuação do profissional da enfermagem esta realidade não é diferente, especialmente ao se tratar das relações advindas nos períodos de internação, no qual o paciente se encontra em processo de restabelecimento da saúde, e divide com sua família momentos de ansiedade e preocupações (GOULART e CHIARI, 2010).

Sabe-se também, que este período, trata-se de um momento especial, não apenas para o paciente, como para seus familiares, sobretudo, os acompanhantes, como nos casos de internações de idosos. Conforme estabelece o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei 10.741/03, no Cap. IV, que trata do Direito a Saúde, Art. 16, dispõe que: “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico” (BRASIL, 2003).

O acompanhante é a pessoa que acompanha que faz companhia ou oferece assistência ao indivíduo doente, idoso, inválido (TAKAHASHI, 2000). O acompanhante além de ser um elo com os profissionais de saúde e fonte de conforto e segurança para o idoso, também é considerado uma ajuda potencial na assistência e uma oportunidade de educação em saúde ao familiar (MACIEL; SOUZA, 2006).

Através das relações de comunicação entre profissionais de enfermagem/pacientes e/ou profissionais de enfermagem /acompanhantes, é possível colocar em prática o processo de humanização tão demandado na área da

saúde, e buscar compreender não apenas o momento de vulnerabilidade, que pacientes e familiares vivenciam, como também, coletar informações importantes em relação às particularidades de cada caso, aproveitá-las para tornar o período de internação menos doloroso, e os procedimentos mais eficazes.

O objetivo desse trabalho é conhecer o processo de comunicação entre os profissionais da área da enfermagem e o acompanhante do idoso hospitalizado.

Casuística e Métodos

Pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória realizado com os vinte acompanhantes de idosos internados entre os meses de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, no setor de clínica médica do hospital São Luiz no município de Cáceres-MT.

Participaram da pesquisa acompanhante de idosos hospitalizados durante o período do estudo, com número amostral selecionado por conveniência.

Coletas de dados

Questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas, contendo a questão norteadora: *Quais os fatores que contribuem para o aparecimento das dificuldades e facilidades para manutenção do vínculo comunicativo entre o profissional de enfermagem, e o acompanhante do idoso?*

A coleta de dados ocorreu nos períodos matutinos, vespertinos e noturnos. A escolha por aplicar os questionários aleatoriamente em diferentes períodos permitiu conhecer o processo de comunicação entre os profissionais da área de enfermagem em seus turnos e os acompanhantes do idoso hospitalizado.

Foram realizadas entrevistas com os acompanhantes, preservando a privacidade dentro do ambiente hospitalar.

Local da coleta

O local da coleta dos dados foi no na clínica médica do Hospital São Luiz – Associação Congregação Santa Catarina, nos períodos de dezembro 2014 a fevereiro de 2015 do município de Cáceres-MT.

O Hospital São Luiz é um hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no centro de Cáceres-MT, disponibiliza 37 leitos para internação de pacientes SUS na clínica médica (CNES, 2018).

Crêterios de inclusão

Foram includidos na pesquisa acompanhantes de idosos que permaneceram no setor de internac o da clínica médica durante o período de coleta (dezembro 2014 a 2015) e desejaram participar da pesquisa, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Processo e discussão dos dados obtidos

As respostas obtidas no questionário foram transcritas na íntegra e utilizou-se a letra "C" e números conforme sequência das respostas do sujeito da pesquisa, mantendo o sigilo absoluto dos participantes.

Conforme os discursos obtidos na pesquisa, emergiram três categorias de análise: *O ser cuidador do idoso, Acessibilidade do familiar a informa o e Qualidade de informa o entre profissional e o cuidador.*

Os resultados das questões fechadas foram realizados frequência absoluta e relativa.

Aspectos  ticos

Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de  tica e Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT. Sob CAAE 35706814.6.0000.5166.

Resultados

O ser cuidador do idoso

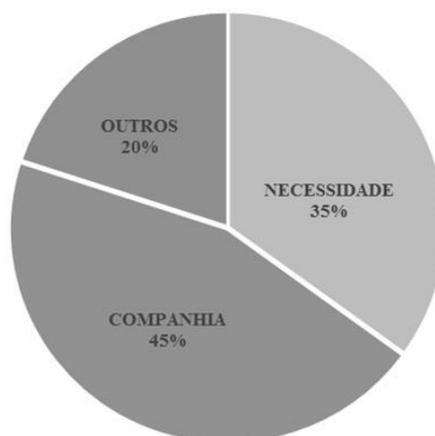
O perfil dos participantes foi maioria de mulheres (85%), casadas (45%), com faixa etária variando entre 21 a 64 anos. Em rela o ao vínculo do cuidador com o idoso 50% dos acompanhantes eram filhos e 5% não apresentavam nenhum vínculo consanguíneo, vizinho (tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos cuidadores de idosos em Cáceres-MT.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	17	85
Masculino	3	15
Estado Civil		
Solteiro	7	35
Casado	9	45
União estável	3	15
Divorciado	1	5
Vínculo do cuidador		
Filho		
Cônjuge	10	50
Neto	2	10
Nora/Genro	3	15
Sobrinho	3	15
Vizinho	1	5
	1	5
TOTAL	20	100

Em relação ao período de permanência como acompanhante do idoso na instituição hospitalar, superou oito horas diárias.

Para 45% o motivo que determinaram a ser e/ou estar acompanhante/cuidador do idoso foi à condição de fazer companhia, entre os motivos citados destaca-se: ao companheirismo, amor, dependência do idoso. Trinta e cinco por cento a motivação foi à necessidade, como por exemplo, a nora que estava de acompanhante, pois seu esposo precisa trabalhar para o sustento da casa ou ainda por não ter pessoas do círculo familiar disponível para acompanhar. Outros 20% relatam ser acompanhante remunerado pelo próprio idoso (figura 1).

Figura 1. Motivos que levaram a ser acompanhantes/cuidador do idoso internado em Cáceres-MT.

Acessibilidade do familiar a informação

Em relação às dificuldades em se relacionar com a equipe, 17(85%) cuidadores não encontram nenhuma dificuldade, no entanto 3(15%) referem encontram dificuldades, expressadas a seguir:

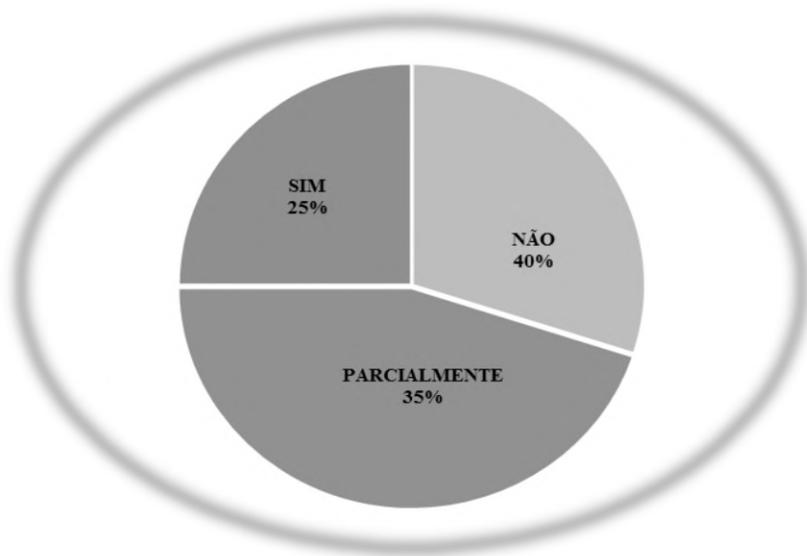
“Falta humanização, trata sem sentimentos o paciente” (C7)

“Falta atenção” (C17)

“Vem quando quer ao leito, depois de muita insistência como se fosse um favor” (C20).

Apesar de manter-se na instituição hospitalar acompanhando o idoso, quando questionados sobre conhecer a equipe que presta assistência ao idoso, 40% dos cuidadores responderam que não conhecem os profissionais, 35% dos sujeitos responderam que conheciam parcialmente e 25% expressam conhecer os profissionais prestadores da assistência (figura 2).

Figura 2. Nível de conhecer os profissionais que prestam assistência ao idoso hospitalizado, Cáceres-MT.



As razões por conhecer a equipe foram expressas nas seguintes falas:

“Parcialmente, pois trabalho na mesma área” (C3)

“Alguns parcialmente, pois se apresentam quando entram na enfermaria” (C6)

“Já estagiei na unidade” (C7)

“Por tempo de internação” (15)

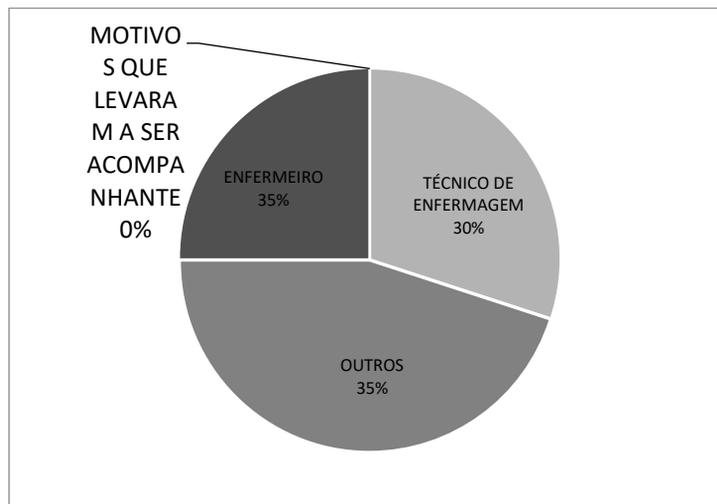
“Sim, pois já estive aqui internado várias vezes”, “conheço, pois, alguns funcionários prestam serviço ao Centro de Tratamento do Rim” (C14)

“Sou vizinha de uma funcionária” (C18)

Qualidade de informação entre profissional e o cuidador

As informações prestadas pelos profissionais aos acompanhantes dos idosos advêm 35% dos enfermeiros, 35% por outros profissionais (médicos e fisioterapeutas) e 30% dos técnicos de enfermagem (figura 3).

Figura 3. Profissional que dispõe informação ao cuidador do idoso hospitalizado, Cáceres-MT.



Quando o acompanhante foi inquirido se sente à vontade para questionar sobre as informações passadas pelos profissionais, 67% responderam que sim. Os demais 33% referiram não se sentir à vontade para questionar as informações prestadas pelos profissionais, justificando na maioria das vezes a falta de interesse dos funcionários e do acesso ao profissional.

“Não me dão muita atenção” (C9)

“Quando fala é muito rápido não dando tempo de questionar” (C17)

“Vergonha medo de ser ofendido” (C18)

“Não, meus questionamentos não são resolvidos (C20)

Os acompanhantes/cuidadores entrevistados referiram a enfermaria o local de maior frequência para obtenção da informação e comunicação. Mas foram citados também locais como posto de enfermagem, corredor, banheiro, rampas e elevadores. Quanto à justificativa dos acompanhantes a esse tipo de abordagem, acreditam que ser por falta de tempo do profissional.

Considerando os locais para comunicação 70% dos entrevistados acham adequados os lugares em que receberam as informações pelos profissionais sobre o estado de saúde do paciente, e 30% acreditam que não é apropriado e retira a privacidade do paciente.

“Enfermaria não há privacidade” (C3)

“Às vezes quando o paciente ouve fica agitado nervoso” (17)

“Não é apropriado, pois deveria haver um local adequado, somente para passar informações” (18)

“Tem informações sobre o quadro de saúde que o paciente não precisa ficar sabendo naquele momento, ou do jeito que é passado” (10)

Em relação à comunicação geral entre profissionais e acompanhantes, a maioria dos cuidadores consideram suficientes às informações advindas dos profissionais (tabela 2).

Tabela 2. Comunicação entre profissionais de enfermagem e acompanhantes de idosos hospitalizados, Cáceres-MT.

Questionamentos	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Acha suficiente a informação passada pelos profissionais para saber sobre o estado de saúde do idoso?	11	55	9	45
Consegue informações do profissional de enfermagem sempre que solicitado?	11	55	9	45
Em sua opinião a relação entre o profissional da enfermagem e o acompanhante é positiva e satisfatória?	18	90	2	10

Para os entrevistados, que afirmam existir déficit nas informações, segue as falas que colocam esta situação.

“Não explica direto o estado de saúde” (C1)

“Os médicos poderiam falar mais da situação da saúde no horário da visita” (C3)

“Poderia esclarecer mais as dúvidas” (C4)

“Uns passam informações e outros fazem de conta de não escutam” (C8)

“Sempre fica dúvidas tendo que recorrer ao profissional novamente” (10)

“Fala de forma rápida e de forma incompletas” (C12)

Quanto à questão, se as informações são passadas rotineiramente os acompanhantes respondem:

“Somente quando chamam” (C2)

“Existe abertura de comunicação melhor com a equipe de um dos períodos” (C13)

“Acredito ser a hábito do profissional não comunicar” (C14)

“Somente quando pergunta” (C16)

“Falta de tempo” (C17)

“Excesso de trabalho” (C19)

“Carga excessiva de trabalho” (C20)

Quanto às sugestões para melhoria da comunicação entre o profissional da enfermagem e o acompanhante do idoso, 50% dos participantes opinaram sobre melhorias no atendimento, dentre elas está:

“Sempre buscar a melhoria para o bem comum através do diálogo” (C3)

“Haver diálogos produtivos, de maneira que ambos compreendam as informações passadas” (C4)

“Buscar conhecimento sobre a rotina diária do idoso, para que não ocorra complicações futuras” (C7)

“Orientar os acompanhantes sobre a rotina do setor que o mesmo acaba de se instalar” (C9)

“Promover uma comunicação compreensiva tanto para o acompanhante como para o idoso” (C11)

“Ter um local específico de atendimento que mantenha privacidade para com o paciente, em especial quando as notícias são sobre involução do quadro clínico” (C12)

Embora considerem que haja falha na comunicação 30% não quiseram opinar e não deram sugestões para melhorias dessas falhas e 20% dos entrevistados consideram a comunicação dentro do esperado, conforme relatos:

“Acredito que por agora está bem tranquilo, pois antes a comunicação entre enfermeiro e acompanhante era bem crítica, hoje estão bem mais humanizadas (risos)” (C1)

“Está ótimo, muito bom” (C5)

“Do jeito que está, está muito bom” (C8)

“Para mim está adequada, eles falam de forma clara e concisa, para que os acompanhantes tenham entendimento do quadro correto” (C14)

Discussão

A comunicação entre os acompanhantes de idosos internados e os profissionais de enfermagem que prestam assistência parece estar em processo de amadurecimento, com situações positivas relatadas pelos acompanhantes, mas ainda com algumas lacunas a serem preenchidas pelos profissionais de enfermagem.

O ser cuidador do idoso

O perfil dos cuidadores em relação ao sexo feminino, idade, estado civil e vínculo do idoso foram compatíveis com outra pesquisa também realizada no Brasil (DE PINHO; ESPIRITO SANTO; OLIVEIRA, 2015).

Ainda temos a maioria mulheres desempenhando o papel de cuidador, essas mulheres podem ser esposas, mães, filhas, tias, noras, cunhadas, amigas ou outras figuras femininas que representam para os seus familiares como mais uma possibilidade de afeto, suporte emocional e proximidade da família (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009; BEUTER et al., 2009).

Mudanças socioeconômicas significativas estão ocorrendo interferindo no papel da mulher na sociedade, que é atualmente responsável pelo sustento da família, exigindo um maior tempo para as suas atividades profissionais, com isso delegando ou compartilhando com os outros membros da família a tarefa de cuidar e acompanhar o familiar hospitalizado.

Para o estatuto do idoso em primeira instância é dever da família cuidar do idoso (BRASIL, 2003), nesta pesquisa observa-se que a maioria dos cuidadores era familiar, o mesmo foi descrito em outros estudos (PENA e DIOGO, 2005; DE PINHO; ESPIRITO SANTO; OLIVEIRA, 2015) A presença do familiar acompanhante na figura da mãe, esposa (o), filhos pode ser um fator positivo na ação terapêutica dos doentes,

pois esse vínculo tende a propiciar segurança e manter a estabilidade emocional ao idoso (BEUTER et al., 2009).

Essa presença deve sempre ser avaliada, pois nem sempre o idoso deseja ou pode ser cuidado pelo familiar o que pode gerar situações de estresse para o idoso, (DE PINHO; ESPIRITO SANTO; OLIVEIRA, 2015) nesta pesquisa uma parcela dos acompanhantes era renumerada para prestar o cuidado ao idoso, porém nenhum tinha formação profissional para exercer esse cuidado. Os fatores que impedem a participação da família como acompanhante hospital podem ser o difícil acesso e permanência no hospital, a falta de orientação sobre o diagnóstico médico e a maneira como poderia envolver-se no processo (SILVA et al., 2013).

Os motivos que foram relacionados para ser acompanhante são voltados aos laços familiares, mas também demonstram a fragilidade em algumas relações onde o idoso não tem nenhum familiar para prestar os cuidados sendo necessária a ajuda de terceiro ou ainda o custeio de um cuidador. Segundo a Lei 8.842/94, o cuidado com o idoso deve priorizar o ambiente familiar, ou seja, é indicado primeiramente que o cuidado voltado para o idoso seja realizado pela família, porém, esgotando as possibilidades, deve este idoso ser inserido em uma instituição de longa permanência para idosos (BRASIL, 1994).

Acessibilidade do familiar a informação

A inter-relação entre os profissionais de saúde e os acompanhantes parece ter algumas fragilidades, problema também relatado em outra pesquisa (PENA e DIOGO, 2005), embora a maioria dos acompanhantes dos idosos relate ter uma relação com a equipe, alguns nem conhecem os profissionais ou conhecem por situações não relacionadas à internação atual, demonstrando uma relação superficial. Conhecer alguém é saber, ter amizade com pessoas, é ter vínculos se relacionar a certo ponto de saber os desejos e frustrações do outro (VIEIRA; ASSIS; CAMPOS, 2013). Esse mesmo problema em reconhecer os profissionais durante a internação foi relatada em outra pesquisa (FONTELLA et al., 2008).

O que se verifica na comunicação entre equipe de saúde e familiares é que os elementos da equipe limitam-se a verbalizar o estritamente necessário com o paciente, sendo esse cuidado extremamente técnico e distante, não gerando, portanto, vínculo com o familiar, ou até mesmo ignorando sua presença (LEITE, 1999; PENNA e DIOGO, 2005).

Qualidade de informação entre profissional e o cuidador

As informações sobre o idoso internado são transmitidas aos acompanhantes por profissionais de várias áreas (enfermagem, medicina e fisioterapia), porém os

acompanhantes demonstram uma insatisfação sobre as informações sendo que todos referem o desejo que ter mais informações e fazer mais perguntas, mas sente-se constrangido, o que mais uma vez demonstra a fragilidades da relação desenvolvida entre os acompanhantes e os profissionais.

Outro fator que pode comprometer a comunicação e o local onde acontece a troca de informações, a qualidade da informação pode ser comprometida quando o local em que é ofertada não é considerado adequado (SHIOTSU e TAKAHASHI, 2000). O leito foi o local mais utilizado essa comunicação, mas relatos de informações sendo transmitidas em corredor, banheiro e elevador revelam o despreparo dos profissionais ao dar alguma informação, os próprios acompanhantes sugerem a necessidade de ter um local onde possam receber as informações.

É importante ressaltar que na grande maioria dos hospitais públicos, incluindo dessa pesquisa, os leitos estão dispostos em quartos coletivos os que também deve ser avaliado, pois algumas informações são pessoais e podem constranger tanto o paciente como seu acompanhante.

Embora tenham relatos positivos sobre a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os acompanhantes, é necessário analisar os relatos dos acompanhantes em relação a prestação da informação rotineira, “*acredito ser o hábito do profissional não se comunicar (C14)*” é um relato extremamente grave e sério o que pode demonstrar que as dificuldades na comunicação precisam ser enfrentadas e revistas pelos profissionais frequentemente.

Deve-se advertir que como profissionais de saúde é necessário desenvolver uma comunicação efetiva que possibilite sermos empáticos, pois somente assim teremos a capacidade de perceber o outro, ou seja, saber se colocar no lugar do outro (SILVA, 1996).

É importante que o enfermeiro, ao planejar o cuidado, deve entender as múltiplas facetas envolvidas na dinâmica de vida dos seus pacientes, reconhecendo e dando direito e aos seus aspectos humanos - um ser humano que sente, vive, pensa, possui história e sentimentos. E quando exige esse cuidado se faz necessário considerar a complexidade que cada indivíduo carrega consigo, sua história, pois o termo humanização é concebido como atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas (BRASIL, 2002).

Na abordagem do atendimento à saúde de forma humanizada, às atitudes humanas devem ser com mais profundidade (WALDOW, 1998; BRASIL, 2002). O cuidado humano é uma atitude ética em que as pessoas percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Relacionam-se de forma a promover o crescimento e o bem-estar umas das outras (WALDOW, 1998).

Na relação entre acompanhantes e profissionais da saúde, manter um bom relacionamento com comunicação, permite que o acompanhante estabeleça um vínculo de confiança e respeito com a equipe.

As limitações dessa pesquisa estão relacionadas ao número de participantes, que por questão de tempo não foi possível ouvir mais acompanhantes. Nesta pesquisa os sujeitos foram apenas os acompanhantes, mas para uma melhor análise do problema de comunicação também é necessário ouvir a percepção dos profissionais de enfermagem para reflexões sobre o processo de comunicação.

Nesta pesquisa foram descritos, pelos acompanhantes/cuidadores, alguns fatores que contribuem para o aparecimento das dificuldades e do vínculo comunicativo entre o profissional da enfermagem e o acompanhante do idoso hospitalizado. Entre eles a falta de tempo da equipe e a carga excessiva de trabalho.

Os pontos favoráveis da comunicação, também estão presentes nas falas dos acompanhantes, quando são atendidos, esclarecidos sobre suas dúvidas, seus medos e orientados de um modo geral e compreensível.

Conclusão

Conclui-se que a comunicação entre os acompanhantes de idosos e os profissionais de enfermagem ainda apresenta falhas que podem comprometer a humanização durante o período de internação.

Com essa pesquisa obteve-se dados indicadores do processo de comunicação entre os profissionais da área da enfermagem e o acompanhante do idoso hospitalizado, sob a ótica dos acompanhamentos/cuidadores, pretendeu contribuir à assistência de enfermagem gerontogeriatrica, ao ensino direcionado ao cuidado ao idoso e à pesquisa específica acerca do tema, no sentido de investigar e constatar dificuldades nas relações estabelecidas entre os trabalhadores de enfermagem e os acompanhantes dos idosos. Percebeu-se que essas dificuldades podem ser originadas de lacunas no conhecimento dos trabalhadores da enfermagem sobre assuntos relacionados aos cuidados com idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; SZARESKI, C.; LANA, L.D.; ALVIM, N.A.T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v: 13, n. 1, p. 28-33, 2009.

BRASIL. Lei 8.842/94. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União 1 out 2003; 1:1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasil: Lista de estabelecimentos. 2018 [cited 2018 fev 02]. Available from: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=51&VCodMunicipio=510250&NomeEstado=MATO%20GROSSO.

DE PINHO, C.C.L.; DO ESPIRITO SANTO, F.H.; DE OLIVEIRA, A.C. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2961-2973, 2015.

FONTELLA, J.J.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; SANTOS, S.S.C. Workers' Relation of Nursing With Old Aged Hospitalized and Their Familiars. **Rev enferm UFPE on line**, v. 2, n. 4, p. 365-72, 2008.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

LEITE, M.T. **Cuidado do idoso hospitalizado: a experiência do familiar.** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

MACIEL, M.R.; SOUZA, M.F. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 2, 2006.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NASCIMENTO, C. M. Idoso em situação de abrigo: **Uma análise sobre as vítimas de violência Intrafamiliar.** TCC: Natal, RN. 2012. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br:8080/monografias/bitstream/1/306/1/ClariceRMN_Monografia.pdf. Acesso em: 03 de Maio de 2014.

PENA, S.B.; DIOGO, M.J.D.E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 663-9, 2005.

POZEBOM, N. V. **A comunicação entre equipe de enfermagem e os familiares de pacientes hospitalizados: A visão dos agentes envolvidos.** Trabalho de Conclusão de Curso: Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24329/000746787.pdf?sequence=>. Acesso em: 25 de mar. de 2014.

RODRIGUES, L.S.; ALENCAR, A.M.P.G.; ROCHA, E.G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 271-7, 2009.

SHIOTSU, C.H.; TAKAHASHI, R.T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 34, n. 1, p. 99-107, 2000.

SILVA, L. D. C.; et al. **Abrigo de idosos: Aplicação do Estatuto do Idoso**, 2007.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 6 edições, São Paulo: Gente, 1996

VIEIRA, R.C.; ASSIS, R.M.; CAMPOS, R.H.F. Aprender e conhecer o outro: pensando o ensino de psicologia para educadores. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 399-409, 2013.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

Capítulo 12

DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS: UMA BREVE REVISÃO SOBRE AS CAUSAS E AGENTES CAUSADORES.Giani Maria Cavalcante¹Bianca Danielle Alves de Freitas²Luana Pereira Ferreira da Silva³Patrícia Jackeline da Silva Oliveira⁴**RESUMO**

As doenças transmitidas por alimentos são ocasionadas pela ingestão de alimentos contaminados por agentes etiológicos, normalmente decorrentes da contaminação direta, ou indireta devido a manipulação ou armazenamento inadequados dos utensílios e produtos alimentícios. A metodologia aplicada foi uma revisão de literatura com uma avaliação documental e abordagem descritiva, através de pesquisas em bases de dados científicos usando descritores abordando o tema doenças transmitida por alimentos. Quatro bases de dados foram usadas para a pesquisa e um total de 1998 documentos foram encontrados. Após a exclusão de acordo com critérios pré-estabelecidos, foram selecionados para compor esta pesquisa, um total 24 artigos. De acordo com os artigos analisados uma variedade de alimentos, como pescados, cereais, hortaliças, carnes, queijos e laticínios, podem ser contaminados tanto de forma direta quanto indireta, sendo os micro-organismos bacterianos os principais causadores da contaminação. Os resultados demonstraram a necessidade de uma atuação efetiva dos sistemas de segurança alimentar, uma vez que se trata de estratégias importantes para fiscalização, divulgação, conscientização, prevenção e controle, dos riscos e prejuízos a saúde pública.

Palavras-chave: Doenças transmitidas por alimentos. Enterobactérias. Segurança alimentar.

ABSTRACT

As foodborne diseases are caused by eating food contaminated by etiologic agents, usually caused by direct or indirect contamination due to improper handling or storage of equipment and food products. The applied methodology was a literature review with a documentary assessment and descriptive approach, through research in scientific databases, using descriptors to address the topic of foodborne diseases. Four databases were used for research and a total of 1998 documents were found. After exclusion according to a pre-defined request, a total of 24 articles were selected to compose this research. According to the articles analyzed, a variety of foods, such as fish, cereals, vegetables, meats, cheeses and dairy products, can be contaminated both directly and indirectly, with bacterial microorganisms being the main causes of contamination. The results demonstrated the need for effective action by food security systems, since it deals with important strategies for inspection, disclosure, awareness, prevention and control, risks and damages to public health.

KEYWORDS: Foodborne diseases. Enterobacteria. Food security.

¹ Bióloga. Doutora em Biotecnologia. Professora do Centro Universitário Maurício de Nassau, Caruaru-PE.

² Aluna do curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Maurício de Nassau, Caruaru-PE.

³ Aluna do curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Maurício de Nassau, Caruaru-PE.

⁴ Aluna do curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário Maurício de Nassau, Caruaru-PE.

INTRODUÇÃO

Os alimentos de origem animal ou vegetal, industrializados ou *in natura* podem ser contaminados por microrganismos patogênicos, causando alterações fisiológicas quando ingeridos. Essas contaminações ocorrem por uma série de fatores como manipulação, armazenamento, acondicionamento inadequados ou pela substância tóxica existente na estrutura de um alimento (SOUZA, 2017). A partir dessas contaminações podem ocorrer a transmissão de doenças, as quais constituem um grande problema de saúde pública, sendo responsáveis por elevados custos econômicos e sociais (WELKER et. al., 2010)

As doenças Transmitidas por Alimentos (DTA's) penetram no organismo humano através da ingestão de água ou alimentos contaminados e podem causar uma série de disfunções gastrintestinais como diarreia, vômitos e dores abdominais. Geralmente os alimentos contaminados não apresentam alterações em sua aparência e odor, por isso a dificuldade em identificar o agente causador das contaminações. O diagnóstico específico de cada patologia se torna mais difícil devido os sintomas serem semelhantes e os microrganismos apresentarem períodos diferentes de incubação (SOUZA, 2017; SILVA, 2018).

Em geral, os agentes transmissores das DTA's são de origem biológica, química ou física e podem ser veiculados através da água ou alimentos contaminados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado surto, quando duas ou mais pessoas apresentam os mesmos sintomas (OMS, 2018).

Segundo Welker (2010), apesar de amplamente explorada, as DTA's ainda precisam ser muito estudadas e difundidas na sociedade, em função de alguns fatores como: (1) as infecções causadas por alimentos podem ter relação significativa com agentes etiológicos comumente encontrados no ambiente de manipulação dos insumos; (2) a utilização de novas modalidades de produção, o aumento no uso de aditivos e mudanças de hábitos alimentares; (3) alterações climáticas e ambientais; e (4) divulgação e esclarecimento das diferentes maneiras de prevenir as doenças transmitidas por alimentos, através dos cuidados de higienização dos alimentos.

Conhecer as DTA's suas diferentes formas de transmissão e contaminação, é um instrumento importante para a disseminação e divulgação de medidas preventivas que constituirá a segurança alimentar, o que justifica esta revisão acerca do tema.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As doenças transmitidas por alimentos (DTA's) são doenças consideradas como um grande problema de saúde pública em nível mundial. Estima-se que são causadas, em sua maioria, por condições precárias de higiene, ou ingestão de alimentos que contém toxinas em sua estrutura. As DTA's podem ser transmitidas através de alimentos contaminados por algum patógeno que, no geral, não mudam características como aparência e odor, o que dificultam a identificação do alimento contaminado (OLIVEIRA et al., 2010). Estas doenças desencadeiam sintomas semelhantes, independente do agente patogênico, e afetam diretamente o sistema gastrointestinal, causando em sua maioria vômitos, diarreia líquida, cólicas abdominais e dependendo do microrganismo, pode-se apresentar com febre e/ou sintomas mais graves, conforme abaliza Oliveira e colaboradores (2010).

Segundo Souza (2017), as bactérias são os microrganismos que mais causam doenças transmitidas por alimentos, onde em casos mais graves as infecções ocasionadas podem gerar botulismo e cólera, sendo estas as DTA's consideradas mais graves e preocupantes.

As DTA's podem tomar grandes proporções, denominada surtos. Considera-se surto quando duas ou mais pessoas apresentam os mesmos sintomas após a ingestão de água ou alimentos contaminados. Um dos principais problemas pela causa de contaminação está ligado a falta de higiene no ambiente, no manipulador, nos utensílios e no preparo dos alimentos (OLIVEIRA et al., 2010; BRASIL, 2018).

Os alimentos também podem ser contaminados através de elementos químicos, físicos ou biológicos. Os contaminantes de natureza química são representados pelos metais pesados, antibióticos e agrotóxicos, os de natureza física são fragmentos que entram em contato acidentalmente com o alimento e os biológicos causados por bactérias, fungos e vírus (SOUZA, 2017; MELO et al., 2018). Alguns alimentos são mais susceptíveis a contaminações como ovos, leites e derivados, doces, carnes em geral e alimentos que contém grande quantidade de água, por isso os cuidados têm que ser redobrados quanto a sua manipulação (BRASIL, 2018).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 216 de 15 de setembro de 2004 dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, aplica-se aos estabelecimentos onde realizam atividades como manipulação, armazenamento, fracionamento, preparo, distribuição e transportes de alimentos, com exceção de lactários, bancos de leite e unidades de Terapia de Nutrição Enteral (BRASIL, 2004).

Existem diretrizes que são atualmente usadas nos serviços de alimentação que falam sobre as boas práticas de uma segurança alimentar adequada e planejada para um melhor resultado na luta contra as DTA's, são elas: atividades de garantia e qualidade, atividades de controle da qualidade, atividades da avaliação dos desempenhos das ações implementadas, elas foram implantadas nas características das principais ferramentas e Sistemas de Gestão da Segurança de Alimentos (SGSA). Cada uma delas tem seu conceito e são usadas no dia-a-dia em determinadas empresas, como, restaurantes, indústrias etc., para a produção de alimentos seguros (TONDO et. at., 2015).

A contaminação da matéria-prima por patógenos e a ingestão posterior desse alimento cru ou parcialmente cozido é um dos fatores de contaminação apontado, e dentre esses patógenos, espécies bacterianas como *Salmonella sp.*, *Campylobacter sp.* e *Escherichia coli*, são as espécies infecciosas mais importantes; enquanto, *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus* e *Clostridium botulinum* são as principais intoxicantes; e *Vibrio cholerae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Clostridium perfringens* e *Bacillus cerus*, estão entre as enterotoxigênicas (OLIVEIRA et al., 2010; MELO et al., 2018). Particularmente no Brasil, os principais registros de surtos para DTA's estão associados as espécies *Salmonella spp.*, *Escherichia coli* e *Staphylococcus aureus* (BRASIL, 2018).

A *Salmonella spp.* É uma bactéria da família Enterobacteriaceae que tem a forma de bastonetes, é gram-negativa anaeróbica. Multiplicam-se entre 6°C e 46° e são encontradas no intestino dos homens e animais: mamíferos, anfíbios, répteis e aves, sendo esse último o responsável pela contaminação em ovos. As carnes bovinas, suínas, aves, ovos e alimentos à base de ovos crus como maionese, são os alimentos frequentemente envolvidos nesse tipo de contaminação, que pode ocorrer de forma cruzada entre matéria prima e hortaliças contaminadas com alimentos já preparados e desinfetados, através de utensílios, mãos, equipamentos e bancadas. O veículo mais propício para a proliferação de *Salmonella spp.* são os alimentos processados (FAI et al., 2011; SOUZA, 2017).

Escherichia coli é uma espécie bacteriana pertence à família Enterobacteriaceae, apresentam-se como bastonetes gram-negativos e anaeróbios facultativos não esporulados, móveis ou não. Trata-se de uma espécie habitante da microbiota entérica, porém é apontada como um dos agentes bacterianos mais frequentes em DTA's, apresentando-se como vários tipos de cepas tais como: enterotoxigênica, enteropatogênica, enterohemorrágica, enteroinvasiva (SOUZA, 2017; MELO et al., 2018).

Staphylococcus aureus é uma espécie pertencente à família Staphylococcaceae que tem o formato esférico, é gram-positiva aeróbica ou anaeróbica facultativa, que cresce na forma de cacho. Estas espécies produzem enteroxinas termos-resistentes por serem microrganismos mesófilos. (PIRES, 2012; SILVA, 2018). De acordo com Pires (2012), a intoxicação causada por alimentos contaminados com a toxina estafilocócica é um dos tipos mais comuns de DTA's por ser de fácil contaminação por manipulação inadequada, geralmente transmitida para os alimentos através de contato direto ou indireto com a pele e secreções do trato respiratório, é comumente encontrado nas mãos, boca, fossas nasais e cabelos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com uma avaliação documental e abordagem descritiva, no qual foram abordadas as doenças transmitidas por alimentos e suas principais causas e causadores.

No período de julho a outubro de 2019 foi realizado um levantamento bibliográfico em bancos de dados eletrônicos como os da Literatura Latina Americana e do Caribe (LILACS), da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Google Acadêmico. Para orientar a pesquisa foram usados os seguintes descritores da busca: “doenças transmitidas por alimentos”, “surtos alimentares”, “contaminação de alimentos”, “intoxicação alimentar”, “agentes etiológicos”, “segurança alimentar”, em português e inglês. O operador booleano utilizado foi o AND. Os limites de busca adotados basearam-se em publicações disponíveis em texto completo, com livre acesso. Foram considerados como critérios de inclusão: periódicos indexados publicados em revistas nacionais e internacionais, acessados em texto completo e com delimitação de ano de publicação entre 2010 e 2019. Já os critérios de exclusão levaram em consideração os artigos que após a identificação por meio de títulos e resumos, não se enquadravam ao objetivo da pesquisa e aqueles que estavam indisponíveis para download.

4 RESULTADOS

O presente trabalho encontrou durante a pesquisa um total de 1998 documentos nas quatro bases de dados analisadas. Porém, após os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos para pesquisa, apenas 24 artigos foram selecionados para compor a revisão bibliográfica (Quadro 1). A base de dado que

forneceu o maior quantitativo de documentos foi o NCBI (n= 1160), seguido do LILACS (n=448) e da SCIELO (n=210).

Após a seleção dos documentos, os 24 artigos escolhidos, foram lidos na íntegra, e analisados individualmente. A análise destes mostrou que a principal causa de transmissão de doença por alimentos é a contaminação direta, relatada em 21 artigos dos 24 analisados. Enquanto, os micro-organismos *S. aureus*, *Salmonella sp.* e *Shiguelia sp.* foram relatados como os principais causadores de contaminação alimentar, sendo relatados em 12, 11 e 2 artigos, respectivamente.

Outros parâmetros mencionados pelos artigos como causadores de DTA'S, foi a manipulação de alimentos, sendo a forma indireta de contaminação relatada em 5 artigos dos analisados

O descaso com a segurança alimentar foi julgado como o principal fator da ocorrência de DTA'S, os 24 artigos analisados, apontaram deficiência na fiscalização por partes dos órgãos responsáveis, o que potencializou, sendo os artigos desta pesquisa, a comercialização e o consumo de alimentos contaminados. Outro fator, considerado relevante pelos artigos estudados, é a precariedade de uma educação sanitária, especialmente, voltada para os profissionais que lidam diretamente com alimentos, acerca do cuidado e da higiene pessoal e do ambiente, e a influência destes na contaminação dos alimentos, pelos menos 12 artigos apontaram a falta de informação sobre segurança alimentar como um fator relevante para o alto índice de contaminação de alimentos e a ocorrência de DTA's.

Quadro 1 – Compilação de artigos sobre DTA's e seus agentes causadores entre os anos de 2019-2011.

Autor/Ano	Título	Agentes causadores de DTA's	Tipo de contaminação
HENRIQUE et al. (2019)	Análise microbiológica de manjerição comercializado no município de Campos dos Goytacazes – RJ.	<i>S. aureus</i> <i>Salmonella sp.</i>	Direta
SILVEIRA et al. (2019)	Qualidade microbiológica de produtos de origem animal encaminhados para alimentação escolar.	<i>Salmonella sp.</i>	Direta
MORAES et al. (2019)	Avaliação microbiológica de sushi e sashimi preparados em restaurantes especializados.	<i>Salmonella sp.</i> <i>Shiguelia sp.</i> <i>Staphylococcus sp.</i>	Direta
FREITAS et al. (2019)	Avaliação microbiológica de coxa e sobrecoxa de frango comercializadas a granel em Sinop-MT.	<i>Salmonella sp.</i> <i>E. coli</i>	Direta
SANTOS et al.	Análise da qualidade microbiológica de pastéis comercializados por lanchonetes e		

(2018)	ambulantes no centro de Itabuna-Ba.	<i>S. aureus</i>	Indireta
MONTEIRO et al. (2018)	Qualidade microbiológica da carne bovina moída comercializada em supermercado do Distrito Federal, Brasil.	<i>S. aureus</i> <i>Salmonela sp.</i>	Direta
SPINELLE et al. (2018)	Análise microbiológica de amostras de amendoim provenientes do mercado público de Porto Alegre/RS.	<i>Staphylococcus sp.</i>	Direta
INFANTE et al. (2017)	Avaliação da qualidade microbiológica de amostras de presuntos comercializados no município de Catanduva – PE.	<i>S. aureus</i>	Direta
SILVA et al. (2017a)	Avaliação microbiológica das mãos de manipuladores de restaurantes comerciais e institucionais da Cidade de Salvador – BA.	<i>S. aureus</i>	Indireta
MALLET et al. (2017)	Avaliação microbiológica das saladas cruas servidas em restaurantes do tipo self-service do município de Volta Redonda-RJ.	<i>Staphylococcus sp.</i>	Direta Indireta
SILVA et al. (2017b)	Avaliação microbiológica do leite de caprinos em propriedades rurais da região de Macaíba/RN.	<i>Staphylococcus sp.</i>	Direta
MONTEIRO et al. (2017)	Qualidade microbiológica da comida de rua de Belo Horizonte, MG.	<i>S. aureus</i> <i>Salmonela sp.</i>	Direta
FERREIRA et al. (2016)	Avaliação da contaminação por <i>Staphylococcus aureus</i> , coliformes e <i>Salmonela</i> em espetinhos comercializados por ambulantes no centro de Caruaru – PE.	<i>S. aureus</i> <i>Salmonela sp.</i>	Direta
LUCINDO et al. (2016)	Qualidade microbiológica de pescada branca comercializada na região litorânea do sul do estado do Espírito Santo.	<i>S. aureus</i>	Direta
SOUZA et al. (2015)	Comida de rua: avaliação das condições higiênicas sanitárias de manipuladores de alimentos.	<i>S. aureus</i>	Direta
ADAMI et al. (2015)	Avaliação da qualidade microbiológica de linguiça e queijos.	<i>Salmonela sp.</i>	Direta
MARINHEIRO et al. (2015)	Qualidade microbiológica de queijo mussarela em peça e fatiado	<i>Salmonela sp.</i>	Direta
ALMEIDA et al. (2015)	Perfil microbiológico da carne moída comercializada no município de Juazeiro do Norte, Ceará.	<i>Salmonela sp.</i>	Direta
LEAL et al. (2015)	Análise microbiológica de leguminosas, farináceos e cereais comercializados em Santa Maria – RS.	<i>S. aureus</i>	Direta
BAYONA (2012)	Prevalência de salmonela y enteroparasitos en alimentos y manipuladores de alimentos		

	ventas de ambulantes y restaurantes en un sector Del norte de Bogotá, Colômbia.	<i>Salmonela sp.</i>	Direta
MENESES (2012)	O comércio de queijo de coalho na orla de Salvador, Bahia: trabalho infantil e segurança alimentar.	<i>Shiguella sp.</i>	Direta
BEZERRA et al. (2012)	Avaliação microbiológica e físico-química de linguiça toscana no município de Mossoró-RN.	<i>Shiguella sp.</i>	Direta
ARAÚJO et al. (2011)	Qualidade microbiológica de caranguejo-uça vendidos na praia do futuro, Fortaleza-CE.	<i>S. aureus</i>	Direta

DISCUSSÃO

Segundo Souza et al. (2017), as DTA's são síndromes que resultam da ingestão de alimentos contaminados por micro-organismos patogênicos e suas toxinas; de modo que tais síndromes quando apresentam seus sintomas em um elevado quantitativo de pessoas, configura como um surto alimentar.

Sabe-se que há vários tipos de doenças transmitidas por alimentos, cujos principais agentes contaminantes são bactérias, vírus, fungos e parasitas, conforme afirma Souza (2017). As fontes de transmissão podem ser diretas e indiretas. Considera-se transmissão direta, aquela na qual a contaminação se dá diretamente no alimento, ocorrendo a partir da sua ingestão a transmissão. A transmissão indireta caracteriza-se pela contaminação de manipuladores, objetos, bancadas e superfícies nas quais o alimento entra em contato, antes de sua ingestão; a forma de transporte, o armazenamento e o acondicionamento do alimento, também são procedimentos de contaminação indireta do alimento (ARRUDA, 2018).

Vários alimentos são fontes de transmissão de micro-organismos patogênicos. Lucindo et al. (2016), detectou a presença de *S. aureus* em amostras de peixes oriundos do litoral capixaba, comercializados em diferentes pontos do litoral sul do Espírito Santo. Freitas et al. (2019), detectou a presença de *Salmonela sp.* em 20% de carnes de frango comercializadas na cidade de Sinop – MT. Enquanto, Silveira et al. (2019), registraram a presença de *Salmonela sp.* em frangos distribuídos para alimentação escolar. A presença de *Salmonela sp.* foi registrada em 70% de amostras de carne bovina moída comercializadas na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará (ALMEIDA et al., 2015), Além de *Salmonela sp.*, Monteiro et al. (2018), detectaram a presença de *S. aureus* em carnes bovinas moídas coletadas em supermercados do Distrito Federal, Brasil. As espécies *S. aureus* e *Salmonela sp.* também foram encontradas contaminando embutidos como presunto e linguiça, conforme

observado nos trabalhos de Infante et al. (2017) e Bezerra et al. (2012), respectivamente. Há também registro de contaminação por micro-organismos em leites, queijos e derivados, como o de Meneses (2012), que detectou a presença de *Shigella* sp. em queijo coalho, vendidos na orla de Salvador. O trabalho de Adami et al. (2015) e Marinheiro et al. (2015), registraram a presença de *Salmonella* sp. em 41% das amostras de queijo muçarela fatiado e na peça inteira, respectivamente. E o trabalho de Silva et al. (2017b), que ao analisarem leite de caprino, observaram a presença de *Staphylococcus* sp. em 70% das amostras analisadas.

A presença de micro-organismos patogênicos contaminando alimentos, também foi registrada em leguminosas como amendoim, que segundo a análise realizada por Spinelle et al. (2018), apresentou contaminação por *Staphylococcus* sp.; e em cereais como arroz, que apresentou-se contaminado por *S. aureus*, conforme os resultados apresentados por Leal et al. (2013).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), no ano de 2019 o índice de desemprego no Brasil, ultrapassou os dez milhões; como consequência foi registrado um elevado crescimento do setor informal, especialmente o comércio atrelado a vendas de alimentos e vestimentas (JESUS, 2019). Segundo Franco; Ueno (2010), a comida de rua insere-se no mercado de trabalho informal, constituindo parte da cadeia de suprimento alimentar de zonas urbanas, principalmente nos países em desenvolvimento.

Considerando o aumento da comercialização de alimentos, especialmente na rua, é necessário manter um alerta quanto à segurança alimentar, uma vez que há vários registros de contaminação de alimentos comercializados em situação de rua, como o trabalho de Monteiro et al. (2017), que registraram a contaminação de hambúrguer e Cachorro-quente, comercializados nas ruas de Belo Horizonte – MG, por *S. aureus* (60% das amostras) e *Salmonella* sp. (40% das amostras). Ferreira et al. (2016) registraram a presença de *S. aureus* em 90% das amostras de espetinhos bovino e avino; e 30% de salmonela nas mesmas amostras, comercializadas nas ruas do centro de Caruaru – PE. Santos et al. (2018), detectou a presença de *S. aureus* em pasteis comercializados por ambulantes no centro de Itabua, Bahia; segundo os autores, a contaminação aconteceu de forma indireta, decorrente da manipulação, uma vez que o micro-organismo em questão não é uma espécie termo-resistente. É importante ressaltar que a contaminação de alimentos comercializados nas ruas, não é uma problemática apenas brasileira, uma vez que Bayona (2017), analisando sanduíches comercializados nas ruas de Bogotá, Colômbia, detectou a presença de *Salmonella* sp. em todas as amostras analisadas; o que reforça a necessidade de uma cautelosa segurança alimentar aplicada a comidas de rua.

Outros registros de contaminação de comidas comercializadas *outdoor* e de grande circulação de pessoas, foram feitos por Oliveira et al. (2015), que detectaram *S. aureus* em camarões comercializados nas praias da cidade de Natal – RN; e por Araújo et al. (2011), que registraram *S. aureus* em caranguejo-uça comercializados na praia do Futuro, Fortaleza – CE.

Segundo, Castro (2019), a Segurança Alimentar e Nutricional pode ser entendida como a “realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade”. Considerando este conceito, é importante ressaltar que segurança alimentar deve ser aplicada também em ambientes *indoor* como restaurantes e lanchonetes, uma vez que há registros de contaminação por *Salmonella* sp. e *Shigella* sp. em sushis e sashimis comercializados em restaurantes japoneses (MORAES et al., 2019). Contaminação de saladas cruas por *Staphylococcus aureus* foi registrada em restaurantes self-service da cidade de Volta Redonda – RJ, conforme o registro de Mallet et al. (2017).

Atualmente, a segurança alimentar nacional, está em estado de alerta, uma vez que a Medida Provisória nº 870 (MP 870), editada pelo presidente do Brasil, autoriza a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), o que fragiliza sobremaneira o funcionamento do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e compromete processos de garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada em todas as esferas de governo (CASTRO, 2019).

Outras fontes alimentares importantes transmissoras de doenças são as frutas, legumes e hortaliças. Henrique et al. (2019), detectaram *S. aureus* e *Salmonella* sp. em folhas de manjeriço. Segundo Silva et al. (2016), todas as amostras de alface e coentro analisadas foram positivas para diferentes espécies de enterobactérias.

Segundo Araújo et al. (2011) fatores como higienização, conservação, manipulação e preparo dos alimentos, são importantes nas DTA's, uma vez que tais fatores são responsáveis pela contaminação de alimentos. Silva et al. (2017a), analisando as mãos de manipuladores de alimentos em restaurantes de Salvador, detectaram a presença de *S. aureus*. Esta espécie também foi detectada em manipuladores de alimentos analisados por Souza et al. (2015).

Apesar de ser um assunto bastante abordado na literatura, todo e qualquer trabalho acerca do tema é importante, uma vez que evidencia o cuidado que se deve ter com a alimentação, devendo ser a higienização alimentar prioridade para todo e qualquer tipo alimentos, quer seja no ambiente residencial ou fora dele.

6 CONCLUSÃO

A partir da pesquisa realizada foi possível observar que as doenças transmitidas (DTA'S) por alimentos são comuns, recorrentes e devem ser consideradas como uns fatores importantes na saúde pública, entretanto, recebem pouca atenção dos órgãos envolvidos. A maioria das DTA'S acontecem decorrentes de contaminação direta dos alimentos, principalmente por bactérias, com maior prevalência de contaminação pelas espécies *S. aureus* e *Salmonella* sp., sendo as patologias intestinais as mais ocorrentes.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, F. S.; DAL BOSCO, S. M.; ALTENHOFEN, G.; SOUZA, C. F. V.; OLIVEIRA, E. C. Avaliação da qualidade microbiológica de linguiças e queijos. **Caderno Pedagógico**, v.12, n.1, p. 46-55, 2015.
- ALMEIDA, B. S.; MONTEIRO, W. A.; BEZERRA, F. Y.P. Perfil microbiológico da carne moída comercializada no município de Juazeiro do norte, Ceará. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 1, p.1-16, 2015.
- ARAÚJO, A. J. G.; BRANDÃO, C. O.; CARVALHO, F. C. T.; VIEIRA, R. H. S. F. QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DO CARANGUEJO-UÇÁ EXPOSTO À VENDA EM TRÊS PONTOS NA ORLA DA PRAIA DO FUTURO, FORTALEZA – CE – BRASIL. **Boletim do Instituto de Pesca de São Paulo**, v.37, n.4, p. 409– 416, 2011
- ARRUDA, K. B. Um olhar sobre a percepção de risco de doenças transmitidas por alimentos (DTAs) entre manipuladores de alimentos. 2018. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, 2018.
- BAYONA, R. Prevalência de salmonela y enteroparasitos en alimentos y manipuladores de alimentos ventas de ambulantes y restaurantes en un sector Del norte de Bogotá, Colômbia. **Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica**, v.15, n.2, p.267-274, 2012.
- BEZERRA, M.V.P.; ABRANTES, M.R.; SILVESTRE, K. K. S.; SOUSA, E. S.; ROCHA, M. O. C.; FAUSTINO, J. G.; SILVA, J. B. A. Avaliação microbiológica e físico-química de linguiça toscana no Município de Mossoró, RN. **Arquivo do Instituto de Biologia**, v. 79, n. 2, p. 297-300, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC no 216, de 15 de setembro de 2004. Aprova o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Diário Oficial da União, Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/reso216>. Acesso em 20/10/2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil. 2018.

CASTRO, I. R. R. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n.2, p. 1-9, 2019.

FAI, A. E. C.; FIGUEIREDO, E. A. T.; VERDIN, S. E. F.; PINHEIRO, N. M. S.; BRAGA, A. R. C.; STAMFORD, T. L. M. *Salmonella ssp.* E *Listeriamonocytogenes* em presunto suíno comercializado em supermercados de Fortaleza (CE, Brasil): fator de risco para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 57-62, 2011.

FERREIRA, A. L.; DIAS, M. B. N.; JUNIOR, A. T. J. **Avaliação da contaminação por *Staphylococcus aureus*, Coliformes e *Salmonella sp.* em espetinhos comercializados por ambulantes no centro de Caruaru-PE.** 2016. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) – Centro Universitário Tabosa de Almeida-ASCES/UNITA, Caruaru-PE, 2016.

FRANCO, CR; UENO, M. Comida de rua: riscos para o consumidor. **Revista de Higiene Alimentar**, v.24, n.182, p.35- 39, 2010.

FREITAS, F.; ALMEIDA, R.; FORTUNA, J.; CABRAL, C.; FRANCO, R.; VIEIRA, T. Avaliação microbiológica de coxa e sobrecoxa de frango comercializadas a granel em Sinop-MT. **Ciência Animal Brasileira**, v.20, n.1, p.1-9, 2019.

HENRIQUE, V.; PACHECO, L. F.; REIS, C. N. Análise microbiológica de manjeriço comercializado no município de Campos dos Goytacazes – RJ. **Reinpec – Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 5, n. 2, p. 16-26, 2019.

JESUS, W. R. S. Considerações sobre o comércio forma e informal no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, v.6, n.12, p.68-76, 2019.

LEAL, A. J.; WEISS, R. D. N.; FRIEDRICH, R. S. C. Análise microbiológica de leguminosas, farináceos e cereais comercializados em Santa Maria, RS. **Disciplinarium Scientia**, v.4, n.1, p.1-9, 2013.

LUCINDO, M. B.; DONATELE, D. M.; FERREIRA, M. F.; G.; Qualidade microbiológica da pescada branca comercializada na região litorânea do sul do estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, v. 10, n. 2, p. 199-21-, 2016.

MALLET, A. C. T.; ROCHA, K. S.; OLIVEIRA, C. F.; SARON, M. L. G.; SOUZA, E. B. Avaliação microbiológica de saladas cruas servidas em restaurantes do tipo self-service do Município de Volta Redonda (RJ). **Cadernos UniFOA**, v.34, n.1, p. 89-96, 2017.

MARINHEIRO, M. F.; GHIZZI, L. G.; CERESER, N. D.; LIMA, H. G.; TIMM, C. D. Qualidade microbiológica de queijo mussarela em peça e fatiado. **Semina: Ciências Agrárias** v, 36, n.3, p.1329-1334, 2015.

MELO, E. S.; AMORIM, W. R.; PINHEIRO, R. E. E.; CORRÊA, P. G. N.; CARVALHO, M. R.; SANTOS, A. R. S. S.; BARROS, D. S.; OLIVEIRA, E. T. A. C.; MENDER, C. A.; SOUZA, F. V. Doenças transmitidas por alimentos e principais agentes bacterianos envolvidos em surtos no Brasil. **PubVET Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 12, n10, p. 1-9, 2018.

MENESES, R. B.; CARDOSO, R. C. V.; GUIMARÃES, A. G.; GÓES, J. A. W.; SILVA, S. V.; ARGOLLO, S. V. O comércio de queijo de coalho na orla de Salvador, Bahia: trabalho infantil e segurança de alimentos. **Revista de Nutrição**, v.25, n.3, p.381-392, 2012.

- MONTEIRO, E. S.; COSTA, P. A.; MANFRIN, L. C.; FREIRE, D. O.; SILVA, I. C. R.; ORSI, D. C. Qualidade microbiológica de carne bovina moída comercializada em supermercados do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Higiene e Saúde Animal**, v.12, n.4, p.23-28, 2018.
- MONTEIRO, M. A. M.; DUTRA, D. B.; TORRES, F. A.; OLIVEIRA, R. B. P.; RIBEIRO, R. C.; GARCIA, M. A. V. T. Qualidade microbiológica da comida de rua de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n.3, p. 781-794, 2017.
- MORAES, T. P.; DARLEY, F. M.; TIMM, C.D. Avaliação microbiológica de sushi e sashimi preparados em restaurantes especializados. **Revista de Ciências Agroveterinárias**, v.18, n. 2, p. 16-26, 2019.
- OLIVEIRA, A. B. A.; PAULA, C. M. D.; CAPALONGA, R.; CARDOSO, M. R. I.; TONDO, E. C. Doenças transmitidas por alimentos, principais agentes etiológicos e aspectos gerais: uma revisão. **Revista HCPA**, v.30, n.3, p. 279-285, 2010.
- OLIVEIRA, M. D.; CARVALHO, C. T.; ARAGÃO, L. B.; MORAIS, M. A.; SILVA, T. C. Qualidade microbiológica de camarões comercializados nas praias da Cidade de Natal-RN. **Higiene & Alimentação**, v.29, n.250/251, p.119-123, 2015.
- PIRES, Carlos Eduardo de Toledo. **Principais Bactérias Presentes em Doenças Transmitidas por Alimento**. 2011.118F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- SANTOS, I. S.; LIMA, M. A. T.; CARVALHO, L. R. Análise da qualidade microbiológica de pasteis fritos comercializados por lanchonetes e ambulantes no centro de Itabuna, Bahia. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v.9, n.3, p.49-60, 2018.
- SILVA, J. B. P.; MACÊDO, C. S.; OLIVEIRA, S. M. S.; RANGEL, A. H. N.; MURMANN, L. Qualidade microbiológica do leite caprino em propriedades rurais da região de Macaíba/RN. **Revista do Instituto de Laticínios Cândido Tostes**, v.72, n.2, p.67-73, 2017b.
- SILVA, L. S. **Doenças transmitidas por alimentos com abordagem nos principais microrganismo patogênicos presentes no leite**. 2018. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Zootecnia). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas – BA, 2018.
- SILVA, R. N.; SANTOS, A. P. L.; S, L. S. Avaliação microbiológica das mãos de manipuladores em restaurantes comerciais e institucionais da cidade de Salvador, BA. **Higiene Alimentar**, v.31, n.270/271, p. 103-108, 2017a.
- SILVA, V. G.; SANTOS, G. C.; FERREIRA, V. M. S. Enteroparasitoses veiculadas em folha de alfaces comercializadas na feira livre da cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**. vo.14, n.2 p. 1343-1354, 2017.
- SILVEIRA, D. R. KAEFER, K. PORTO, R. C.; LIMA, H. G.; TIMM, C. D.; CERESER, N. D. Qualidade microbiológica de produtos de origem animal encaminhados para alimentação escolar. **Ciência Animal Brasileira**, v.20, p.1-8, 2019.
- SOUZA, A. M. **Doenças Transmitidas por Alimentos: Fatores associados às contaminações e principais bactérias causadoras de surtos alimentares**. 2017. 33F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição); Faculdade Unime, Lauro de Freitas, 2017.

SOUZA, G. C.; SANTOS, C. T. B.; ANDRADE, A. A.; ALVES, L. Comida de rua: avaliação das condições higiênico-sanitárias de manipuladores de alimentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p. 2329-2338. 2015.

SPINELLI, L.; LONGONI, L.; SILVEIRA, A. B. Análise microbiológica de amostras de amendoim provenientes do mercado público de Porto Alegre/RS. **Revista de Ciências Ambientais**, v.12, n.2, p.39-49, 2018.

TONDO, E. C.; CASARIN, L. S.; OLIVEIRA, A. B.; MARTELLO, L.; JUNIOR, E. A. S.; GELLI, D. Avanços da segurança de alimentos no Brasil. **Revista Visa em Debate**, v. 3, n. 2, p.122-130, 2015.

WELKER, C. A. D.; BOTH, J. M. C.; LONGARAY, S. H.; SOEIRO, M. L. T.; RAMOS, R. C. Análise microbiológica dos alimentos envolvidos em surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA) ocorridos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista brasileira de Biociência**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 44-48, jan./mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pan-American Health Organization/United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Proceedings of the XIII Seminar on Amebiasis. México City, México, January 29-31, 2017. Disponível em www.worldhealthorganization.org acesso em 14/10/2019.

Capítulo 13

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELOS TRABALHADORES DA
SAÚDE NA RELAÇÃO TRABALHO/ADOECIMENTO A PARTIR DO ITINERÁRIO
TERAPÊUTICO****STRATEGIES OF COUNSELING USED BY HEALTH WORKERS IN THE WORK / ADVICE
RELATIONSHIP FROM THE THERAPEUTICAL ITINERARY****Relato de experiência****Tháís Bolognini**

Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Itajaí (SC) – Brasil
Rua Miguel Matte, 252, apto 1102, Bairro Pioneiros - CEP 88331-030 – Balneário
Camboriú (SC) Brasil
Telefone: (47) 999772516
E-mail: thaisbolognini@hotmail.com

Carlos Alberto S. Garcia Jr.

Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Itajaí (SC) – Brasil
E-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Luana Fagundes

Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Itajaí (SC) – Brasil
E-mail: luanafagundes580@hotmail.com

Letícia Blasius da Cunha

Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Itajaí (SC) – Brasil
E-mail: leeticiablasius@hotmail.com

Vinicius Campos

Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Itajaí (SC) – Brasil
E-mail: viniciusc campos_93@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência da realização do itinerário terapêutico para o reconhecimento das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais da saúde. **Método:** Relato descritivo de experiência realizada no primeiro semestre de 2018 com os profissionais da saúde, especificamente, da atenção básica do município de Itapema, Santa Catarina, Brasil. As ações de apoio institucional ocorreram em cooperação com os profissionais da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNIVALI das áreas da psicologia, nutrição, fisioterapia e educação física - apoiados pelo tutor do programa de residência - e pelo Programa de Saúde do Trabalhador (PST) do município de Itapema (SC). **Resultados:** Por meio das narrativas individuais, os participantes expressaram os significados da experiência de adoecimento e suas estratégias de enfrentamento. A realização das ações de apoio institucional criou espaços de reflexão para que os profissionais da saúde entendam e se relacionem melhor com os seus processos de trabalho e adoecimento. A experiência possibilitou vivências multiprofissionais, permitindo a ampliação de olhares para o tema e a troca de experiência dos que vivenciaram a construção do itinerário terapêutico. Considera-se o reconhecimento da rotina de trabalho como um processo efetivo de trabalho e adoecimento capaz de ser modificado diante do reconhecimento das estratégias de enfrentamento e das linhas de fuga utilizadas pelos profissionais da saúde. Ações de apoio institucional permanente e ajustado às necessidades de cada espaço de gestão e atenção possibilita a valorização de um modelo de atenção integral à saúde e sintonizado com a promoção global do cuidado.

Descritores: trabalhadores da saúde, estratégias de enfrentamento; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Aim: To describe the experience of accomplishing the therapeutic itinerary for the recognition of coping strategies used by health professionals

Method: Descriptive report of an experiment performed in the first semester of 2018 with health professionals, particularly from the primary health care of the municipality of Itapema, Santa Catarina, Brazil. Institutional support actions were carried out in cooperation with professionals of the Multiprofessional Residency in Basic Care / Family Health of UNIVALI of the areas of psychology, nutrition, physiotherapy, and physical education, supported by the tutor of the residency program and by the Worker Health Program (PST) of the municipality of Itapema (SC). **Results:** Through individual narratives, the participants expressed the meanings of the illness process experience and their coping strategies. The implementation of institutional support actions created spaces for reflection so that health professionals may understand and have a better relationship with their work and illness processes. The experiment allowed multiprofessional experiences that enabled an expansion of views on the theme and an exchange of experiences between those who experienced the development of the therapeutic itinerary. The recognition of the work routine is considered an effective work and illness process that may be changed by the recognition of coping strategies and escape routes used by health professionals. Permanent institutional support actions adjusted to the needs of each management and care space enable the valuation of a comprehensive health care model in tune with the global promotion of care.

Descriptors: health workers, coping strategies; health of workers.

INTRODUÇÃO

Diversos autores afirmam que o trabalho pode ser um desencadeador de saúde ou de doença, de bem-estar e de prazer, e até mesmo de desestruturação mental e loucura (ANDRÉ,1999). Nesse sentido, a prática laboral depende da relação estabelecida entre o indivíduo e o trabalho, podendo ser vivenciada como indesejada, labuta penosa e humilhante, ou, ao contrário, pode ser algo que dá sentido à vida, que eleva o *status*, define a identidade pessoal e impulsiona o crescimento humano (MIGOTT, 2001).

A transformação de doenças do trabalhador para doenças do trabalho, segundo Vasques-Menezes (2004) representa um importante marco no mundo do trabalho, pois passa a reconhecer o meio laboral como um fator de adoecimento, excluindo a responsabilidade do trabalhador e responsabilizando o trabalho.

Nesse sentido, as equipes de profissionais da saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) têm em seus processos de trabalho a influência dos procedimentos e produtos, no qual esses sujeitos se encontram imersos na realidade neoliberal afetados de maneira direta e indireta, inclusive aos profissionais que compõe o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) – como no caso deste relato, os profissionais do Programa Descentralizado de Residência

Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) vinculados ao município de Itapema/SC.

Um Programa de RMS busca romper com o paradigma de formação tradicional dos profissionais em saúde e de suas práticas e aposta na formação em serviço de forma multiprofissional, interdisciplinar, dinâmica e atenta às questões socioeconômicas e culturais da população, com abertura para a participação social e para o trabalho em equipe, qualificando as formas de cuidado em saúde (CORRÊA, 2018).

No que se refere a qualificação das formas de cuidado em saúde, neste relato de experiência, os residentes que realizaram esta intervenção voltaram seus olhares para os trabalhadores que estão imersos numa de “manutenção” do adoecimento na rotina laboral, os trabalhadores da saúde do município de Itapema (SC), pois estes profissionais se encontram sob interferência das tensões e pressões da organização do trabalho cotidianamente.

Reações como tensão, pressão, sensação de fracasso, impotência, estresse, fadiga, medo e insegurança frente à informalidade, aos contratos temporários e ao desemprego; são exemplos de acometimentos físicos e psíquicos oriundos do trabalho (DEJOURS, 2004; ANTUNES, 2009).

Tendo em vista o exposto, o trabalho – função exercida pelos profissionais da saúde - é um dos fatores sociais de relevância ao relacioná-lo à saúde e suas implicações diretas e indiretas ao adoecimento do sujeito. No ensejo dessa questão preocupa-se com os trabalhadores da saúde, cada qual em sua área, imersos nessa realidade.

Neste contexto, consideramos importante salientar que para Marx (1982) o trabalho é definido como a ação intencional através da qual o homem transforma a natureza, adequando-a a seus interesses e, concomitantemente, modificando a si mesmo. Tal ação pressupõe à vontade (previamente orientada a um fim) do sujeito que a executa, portando-se como ato intelectual, assim, ao conceber a forma que será atribuída ao objeto de seu trabalho, o homem antecipa o significado da atividade, que passa a uma ação consciente e planejada. Portanto, “[...] no fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador” (MARX, 1982).

Entendendo que o comprometimento da saúde desses profissionais pode causar interferências diretas ou indiretas sobre a atenção aos usuários dos serviços de saúde; acredita-se como de fundamental importância um olhar atento sobre a realidade do trabalho para esses sujeitos e proporcionar aos mesmos a reflexão

sobre a saúde do trabalhador e suas implicações em diversos aspectos que se desdobram no cotidiano do trabalhador e todo seu entorno.

A realidade do trabalhador por muitas vezes é pungente, pois não estão sendo percebidas e levadas em conta características individuais, levando o trabalhador ao adoecimento. Para entender essa situação, deve-se considerar que a competitividade e a insegurança ao vínculo empregatício, por exemplo, fazem com que muitos trabalhadores se sujeitem às condições desgastantes que vão além do limiar suportável; a ausência do cuidado de si mesmo e quadro de adoecimentos podem ser encarados como má-fé e preguiça, sobretudo em acometimentos não físicos e sim de um quadro mental em que os danos não são visíveis à olho nu.

Uma maneira possível de compreensão, frente as estratégias e caminhos percorridos pelos trabalhadores no enfrentamento das situações adversas que os acometem em seu âmbito profissional, é através do itinerário terapêutico.

O itinerário terapêutico é um dos conceitos centrais nos estudos socioantropológicos da saúde. Trata-se de um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição. Ao longo da história das ciências sociais esse conceito tem recebido rótulos diferentes, como “*illness behavior*”, “*illness career*” e “*therapeutic itineraries*”. Cada uma dessas expressões põe ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições (ALVES, 2015).

Portanto, se a pretensão é saber de que modo o trabalho está adoecendo os trabalhadores e as trabalhadoras, é preciso que sejam escutados e possam relatar como estão vivenciando o trabalho, quais são as estratégias de enfrentamento utilizados para responder às demandas do trabalho e, ao mesmo tempo, como os equipamentos de saúde estão ou não dando condições para que possam realizar o que lhes é demandado.

Sendo assim, (re)conhecer por meio de um itinerário terapêutico traçado pelos profissionais de saúde sobre seu processo relacional com o trabalho parte do pressuposto de que, para compreender a relação entre trabalho e saúde, é necessário basear-se na vivência do sujeito. A vivência nos mostrou que basear-se na vivência dos trabalhadores é considerar sua subjetividade, pois, são comuns as vivências de adoecimento por parte dos profissionais que atuam em instituições de saúde – ou instituições de doença. Os sintomas de fadiga, cansaço físico e emocional, retraimento, tristeza, irritabilidade, pensamentos negativos e ansiedade, por exemplo, podem indicar a existência de transtornos mentais advindos das situações de sofrimento vivenciadas.

Os profissionais, para conseguirem lidar com as situações vivenciadas nos ambientes laborais, desenvolvem e produzem estratégias de enfrentamento que os auxiliam a aguentar com determinadas circunstâncias. Costa, Mombelli e Maron (2009) definem estratégias de enfrentamento como os esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de reduzir, eliminar ou manejar as situações causadoras de sofrimento psíquico. Além dos próprios mecanismos institucionais como os atestados médicos, por exemplo.

Esse relato de experiência, portanto, tem o objetivo de compreender as estratégias de enfrentamento e cuidado de si utilizadas pelos trabalhadores da saúde, especificamente, vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Itapema (SC), durante o ano de 2018, em relação ao processo de trabalho e de adoecimento a partir da perspectiva dos residentes em saúde.

SÍNTESE DOS DADOS

Este relato de experiência trata-se de um projeto de intervenção construído e desenvolvido a partir da demanda percebida em serviço de saúde aliado a necessidade da construção de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). A intervenção proveio da necessidade de (re)conhecer no município de Itapema (SC) primeiramente como os trabalhadores da saúde vivenciam seu cotidiano de trabalho, em um segundo momento identificar quais estratégias de enfrentamento utilizadas na relação trabalho/trabalhador, e em terceiro momento identificar por meio da construção de um Itinerário Terapêutico (ALVES, 2015) quais são os sofrimentos psíquicos vivenciados por esses trabalhadores. A partir da experiência vivenciada acredita-se que seja possível apontar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores em questão.

Como mencionado, a necessidade foi percebida no cotidiano de trabalho no município de Itapema (SC) e pelo aprofundamento no setor de saúde do trabalhador por meio da vivência (estágio obrigatório da semana padrão da residência multiprofissional) no programa de saúde do trabalhador (PST) realizado por nós residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Cabe mencionar que a vivência do residente multiprofissional em saúde da família deve ser a de compreender e interagir em um dado território, estruturando a Estratégia de Saúde da Família na sua área de atuação. Não se trata de observar as atividades, o fazer dos profissionais, mas ser sujeito ativo que pensa, problematiza, elabora e faz com base na realidade local de forma participativa e orgânica com a

população, com a equipe da Estratégia Saúde da Família e com as várias instituições que atuam no território, com a devida supervisão, apoio e suporte de aprendizagem técnica.

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNIVALI é uma prática educativa na qual o trabalho vira estudo e o estudo vira trabalho, na qual formação é intervenção e a intervenção é formação, portanto, algo indissociável. Desse modo, o processo educativo passa a ser algo que atravessa toda a vida do sujeito da aprendizagem e não mais algo circunstancial, que se experimenta em determinados momentos pontuais.

Trata-se, portanto, de possibilitar uma formação de qualidade aos profissionais para contribuir e fortalecer a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS. Por isso, desde 2002, o Ministério da Saúde vem apoiando e financiando as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) (BRASIL, 2006). As RMS são espaços privilegiados de formação e gestão de pessoas para atuação no SUS, sendo baseada em uma formação multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes e que possibilita a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde (SILVA, 2018).

Deve-se salientar que o espaço de vivência nos setores que compõem a rede de saúde no município de Itapema (SC) contribui para que os profissionais consigam ter um olhar amplo sobre todos os setores do SUS bem como realizem ações que conectem os serviços com as atividades da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nosso intuito ao realizar a intervenção foi *a priori* realizar um diagnóstico situacional da condição de saúde dos trabalhadores da área da saúde no município. Tratando-se de uma estratégia de apoio institucional a gestão com ofertas aos serviços e envolvidos com o tema da saúde do trabalhador.

Cabe mencionar que o apoio institucional teve por objetivo facilitar a construção de espaços de reflexão, na qual o diagnóstico fosse construído de forma interativa e colaborativa, como também a elaboração de outros modos de produção do cuidado. Buscou-se a ampliação da capacidade e da autonomia dos profissionais a partir da compreensão do seu próprio processo de trabalho.

Sabe-se que a presença de uma pessoa externa às equipes teria como função facilitar a construção de espaços de escuta, na qual os objetivos institucionais pudessem ser articulados aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Não se tratava de controlar e comandar pessoas, mas de coordenar um processo onde a possibilidade do encontro entre os profissionais fosse potencializada (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Buscou-se nesse sentido criar espaços em que a avaliação tomasse por base a reflexão dos próprios resultados alcançados pelas equipes, na qual a análise da situação facilitasse a tomada de decisão, ampliando, dessa maneira, a implicação dos trabalhadores no processo de trabalho.

Sendo assim, o presente relato de experiência, de caráter descritivo, refere-se a um projeto de intervenção advindo da construção de um itinerário terapêutico com os trabalhadores da saúde no município de Itapema (SC), durante os meses de abril e junho de 2018. O produto do itinerário terapêutico é fruto do “2º Seminário de Saúde do Trabalhador” de Itapema, realizado em abril de 2018. A ação foi planejada e desenvolvida pelos residentes de fisioterapia, psicologia, nutrição e educação física que fazem parte do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí e pelo Programa de Saúde do trabalhador de Itapema (SC) e apoiada pelo tutor da residência.

Para abordar as estratégias de enfrentamento é necessário contextualizar onde se encontram os trabalhadores envolvidos neste processo. No momento da construção do itinerário terapêutico, tivemos envolvidos no processo, profissionais da APS (enfermeiras, técnicos em enfermagem e coordenação das unidades básicas de saúde); profissionais da atenção especializada (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - e Centro de Referência Especializada - CERES) e gestores da vigilância sanitária e programa de saúde do trabalhador.

Nesse sentido, é importante mencionar que os profissionais da saúde atuam diretamente com pessoas que vivem em diferentes realidades as quais, por vezes, são permeadas pela miséria, violência, más condições de higiene e de moradia, inúmeras precariedades e impossibilidades, podendo desencadear a sensação de impotência do profissional devido às limitações que, em muitas situações, comprometem o cuidado de saúde almejado pelo trabalhador (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996). Percebe-se, pois, que esse cenário complexo – o de ser um trabalhador da área da saúde - exige adaptação, conhecimento e competência para implementar o cuidado (TRINDADE, 2007).

Portanto, qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser

enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998).

Este trabalho vivo exige que o trabalhador utilize estratégias de enfrentamento e linhas de fuga, ou seja, um conjunto de esforços cognitivos e de conduta em permanente mudança, desenvolvidos pelo indivíduo para suprir as demandas externas e internas, avaliadas como dependentes dos próprios recursos. Essas estratégias são utilizadas para amenizar, eliminar, alterar a situação ou evento causador de perturbação (dirigidos ao problema) e para regular a resposta emocional decorrente do episódio estressante (LAZARUS; FOLKMAN, 1986).

Ao longo da vida, os indivíduos desenvolvem estratégias de enfrentamento variadas ante uma mesma situação conflitante, decorrentes da interação entre múltiplos fatores. Por isso, diferentes estudos ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ sobre o estresse laboral buscam entender as estratégias utilizadas pelos trabalhadores nos conflitos do mundo do trabalho a fim de compreender a dinâmica laboral e relacional, bem como as formas de expressão desses indivíduos.

Nesse sentido, ao explorar este campo, foi possível identificar que a necessidade de relatar, e intervir em relação a estes aspectos, reflete também o quanto o processo de trabalho vivido pelos residentes multiprofissionais em atenção básica/saúde da família atravessou conflitos com o mundo do trabalho, gerou adoecimentos e nos mobilizou a explorar os caminhos de enfrentamento percorridos pelos trabalhadores da saúde de um modo geral – percebe-se, pois, que o movimento em questão foi o de olhar e de também ser olhado.

Sabe-se que o enfrentamento emana da necessidade de adaptação da pessoa ao contexto em que vive e trabalha. Entretanto, alguns grupos de trabalhadores tendem a deparar-se com situações que exigem grandes enfrentamentos como, por exemplo, os trabalhadores de saúde.

Levando-se em conta o exposto, ao observar o cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde é possível perceber que o trabalho desses profissionais inclui o contato direto e intenso com pessoas (LAUTERT, 2001), na maioria em sofrimento decorrente da proximidade da dor, do adoecimento ou da finitude e às vezes, portadoras de diferentes carências (econômicas, psíquicas, sociais, dentre outras). Nesse sentido, os trabalhadores de saúde mediam o estresse originado no ambiente e em situações de trabalho por meio do uso de recursos pessoais ou grupais, sendo que a avaliação cognitiva e o valor que lhe atribuem determinam a forma de enfrentamento que utilizarão e, em consequência, as reações emocionais e somáticas decorrentes desse processo (LAZARUS; FOLKMAN, 1986).

Reconhecer por meio dos relatos e dos “caminhos” percorridos pelos profissionais da saúde ao longo da construção do itinerário terapêutico é como tirar uma fotografia dos recursos e das relações - pessoais ou grupais – que são utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar o cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, sabe-se que o comprometimento e as expectativas associados ao contexto organizacional e às relações interpessoais no trabalho são fatores que contribuem para a realização pessoal, mas também para o estresse do trabalhador. Quando a frequência e a duração das situações ou eventos estressantes aumentam, os recursos de enfrentamento tendem a se esgotar, originando o estresse crônico (LAZARUS; FOLKMAN, 1986).

Nesse sentido, cabe relatar, a partir das narrativas e da produção constituída através dos itinerários terapêuticos, os sofrimentos psíquicos vivenciados pelos trabalhadores da saúde do município de Itapema (SC). Para acessar essas narrativas foi problematizado durante a construção do itinerário terapêutico com os trabalhadores da saúde sobre indícios de adoecimento a partir da percepção dos trabalhadores da saúde.

De acordo com os trabalhadores que construíram o itinerário terapêutico tem-se onze eixos que representam os motivos de adoecimento relacionados às suas ocupações na saúde: 1) ergonomia (postura afetada devido o cotidiano de trabalho, condições insuficientes dos mobiliários), 2) sobrecarga laboral, 3) desvalorização do profissional, 4) ações individuais (alimentação incorreta – sem qualidade - devido à ausência de tempo para se alimentar), 5) estresse laboral, 6) frustração devido à falta de recurso para exercer suas funções no trabalho, 7) carga horária extensa de trabalho, 8) alta demanda que impossibilita um trabalho nos moldes nos quais o profissional gostaria de exercer, 9) pressão no ambiente de trabalho 10) comunicação, dificuldades enfrentadas entre os membros da equipe e com a gestão, e 11) o (re)trabalho e seus efeitos (a irritação e o desânimo com o cotidiano no serviço).

Percebeu-se ao longo desta intervenção, a externalização de diversos sentimentos, angústias e inquietações. O itinerário promoveu uma espécie de descarga emocional, uma catarse, aos profissionais envolvidos que reconheceram a inexistência de espaços e iniciativas para a reflexão coletiva sobre os caminhos que levam ao adoecimento, muito menos sobre os caminhos que percorrem quando já se encontram adoecidos. Cabe mencionar o reconhecimento de que há vários atores, locais, redes de apoio que participam desta trajetória e que muitas vezes os próprios atores da APS não recorrem a ela quando se encontram adoecidos, uma surpresa para os profissionais envolvidos.

Outra questão que merece atenção é o fato de estarmos neste processo enquanto residentes, visto que encontrar-se neste papel implica estar envolvido em um processo de formação em serviço, no qual há disponibilidade de se vivenciar experiências diversas no campo da saúde. De acordo com o exposto neste relato, a intervenção realizada promoveu um benefício no processo de formação profissional dos residentes em relação as ações de educação permanente, reflexões sobre promoção de saúde sendo elaborada a partir de múltiplos olhares, com uma equipe multiprofissional.

Salientamos que este processo ocorreu a partir de toda experiência prévia como residente no município a partir do diagnóstico situacional que ocorreu antes do II Seminário de saúde do trabalhador, diagnóstico este que elucidou a necessidade de darmos luz a esta temática. Desse modo, a residência proporciona adentrar e enfrentar espaços coletivos estruturados e organizados das instituições de saúde e conseqüentemente produzir algumas modificações em cenários e sistema de gestão da saúde, como no caso do PST no município de Itapema (SC).

A proposta da construção do itinerário terapêutico com os trabalhadores é um exemplo “vivo” da proposta de mudança de cenário pelos residentes a partir do (re) conhecimento dos caminhos percorridos pelos trabalhadores e por este instrumento ser visto como um dispositivo de diagnóstico situacional para serem propostas outras intervenções a partir do mesmo.

Levando-se em conta o exposto, segundo Martinez (2006), os itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.). Desse modo, os itinerários terapêuticos referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.

Assim, os itinerários colaboram na identificação dos movimentos e das mobilizações frente aos obstáculos e as “micro” necessidades de saúde dos profissionais da área da saúde no município de Itapema (SC) e interrogaram os processos de adoecimento “no” e “pelo” trabalho. Levando-se em conta que parte do adoecimento tem relação com a ausência de cogestão, isto é, se não tomo e compartilho decisões me sinto menos incluído do processo e, conseqüentemente, adoço.

Considerando que nos relatos durante a construção do itinerário, a relação entre o estresse e a rotina laboral se fez presente constantemente e que os

trabalhadores da saúde, de modo geral, apresentam estresse, o que vai ao encontro da literatura proposta por Camelo e Angerami (2004), que esse produz efeitos no corpo do trabalhador e que a maior parte das pesquisas sobre o estresse limita-se a abordar sua sintomatologia segundo Noronha e Fernandes (2008). Desse modo, objetivou-se durante a construção e percepção do itinerário terapêutico investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores em questão, ou seja, ir além do que vem sendo proposto. Nesse sentido, cabe mencionar que os itinerários terapêuticos também elucidaram algumas estratégias de enfrentamento como as linhas de fuga.

Segundo Deleuze e Parnet (1998) fugir é uma ação criadora e criativa, é a única maneira de se “descobrir” mundos. Isso porque a fuga permite vazar um sistema, romper paradigmas, olhar o mundo pelo lado de “fora”. Só a fuga faz isso. Além disso, é um ato de coragem e ousadia, e não uma atitude covarde e omissa, como se poderia a princípio pensar. Fugir é romper com o que está estabelecido. É também assumir uma postura – “nada mais ativo que uma fuga”.

Assim, as “linhas de fuga” nos guiam em direção ao novo, ou seja, rumo ao não previsível, não preexistente. Nós não podemos dizer ao certo no que vai dar uma linha de fuga, principalmente porque ela não tem território e nem necessariamente uma linearidade no seu devir-acontecimento. Dessa forma, traçar linhas de fuga se apresenta então como ruptura, divisão e preparação para novas espacialidades e temporalidades. Fugir é um ato libertário, segundo Deleuze, simplesmente porque não fugir equivale a continuar submetido às potências fixas estabelecidas na terra, as mesmas que querem “nos reter” como as condições e os processos de trabalho (DELEUZE; PARNET, 1998).

Nesse sentido, temos alguns elementos que remetem a estratégias de enfrentamento, neste caso linhas de fuga utilizadas pelos trabalhadores da saúde de Itapema (SC), como o consumo do chimarrão no intervalo de almoço ou entre as baixas de demanda nos serviços, extravasar suas emoções conversando, rindo e até mesmo chorando com os colegas da equipe, na cozinha, nos corredores, nos intervalos entre as ações relacionadas aos usuários e nos ambientes de lazer pós horário de trabalho.

Foi reconhecido também como estratégia de enfrentamento possuir uma rede de apoio – como familiares, amigos do trabalho e fora do trabalho que lhes oferecem conforto, diálogo e acolhimento. Portanto, as relações interpessoais aparecem como um fator de relevância no ambiente de trabalho. Houve relatos que demonstraram às experiências que cada profissional vivenciava na equipe e a forma como consideram as relações interpessoais. Observamos dois posicionamentos: ao mesmo tempo em

que a atuação em equipe era sentida como um ponto de apoio, de alívio e de espaço de cuidado, foram feitas queixas de conflitos interpessoais, de injustiças na responsabilização pelo trabalho e de dificuldades para se chegar a um consenso. Desse modo, percebe-se que os dois posicionamentos acontecem simultaneamente, pois as contradições emergem e coabitam o mesmo espaço e seus sujeitos.

O consumo de água no corredor da unidade (1), tomar café ou fazer um lanche (2), ir ao banheiro para respirar fundo, lavar o rosto e se desconectar das demandas institucionais (3), mexer no celular entre uma atividade e outra para desfocar dos problemas do cotidiano e se conectar ao mundo das redes sociais (4), realizar alongamento entre os membros da equipe ou exercícios físicos em locais próprios como academias pós atividade laboral (5), ouvir música antes do trabalho, durante e depois como uma forma de se reconectar a fatores que fazem os mesmo se reconhecerem no mundo (6) e fazer exercícios de respiração quando percebem que a rotina os desordenou de tal forma a não conseguirem mais se perceber (7), são todas formas de enfrentamentos da estruturação do trabalho em saúde.

Percebe-se que as estratégias de enfrentamento são recursos, na grande maioria, individuais, não reconhecidos pelas instituições de saúde, mas que oferecem suporte e “respiro” para o cotidiano de trabalho dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, no exposto acima é possível perceber a dinâmica entre o instituinte e o instituído. Todo movimento de enfrentamento carrega um tipo de organização instituinte promotora de mudanças daquilo que está instituído. Isto é, uma tentativa de ruptura com a hegemonia, uma alternativa para a opressão, é literalmente a marca da resistência.

Percebe-se que todo o processo de instituir mudanças, a proposição de se alterar modelos de gestão, por exemplo, produz resistência estática nas organizações de saúde, inevitavelmente, não é isenta de conflitos. Os contratos institucionais, ao promoverem inscrições e pertencas nas organizações, definem lugares, tarefas e responsabilidades, não sendo raro marcações bastante rígidas que permitem, por mais desconforto e desigualdade que isso gere, que cada um saiba, ao menos, “qual o seu quadrado”. A proposta do apoio institucional – tomando como exemplo a intervenção relatada neste artigo - altera “zonas de conforto”, normas constituídas e hábitos, muitas vezes acomodadas como ganho secundário. Por isso, há certo grau de tensão que sempre acompanha a tarefa do apoiador, pois ela sempre mobiliza diferentes forças: as conservadoras, para manter posições garantidas; e as forças disruptivas, mais dispostas a enfrentar os riscos e ansiedades geradas pelo que o novo possa desterritorializar ou vir a exigir (PAULON; PASCHÉ; RIGHI, 2014).

Nesse sentido, vivenciar experiências relacionadas à saúde mental do trabalhador – como a elaboração do itinerário terapêutico e das oficinas (estratégias de apoio institucional) - se revelaram como momentos escassos no cotidiano laboral, ou seja, existe uma lacuna nas ações voltadas à atenção da saúde do profissional. Ramminger (2005) considera que o acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde mental do profissional depende, muitas vezes, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço. Entretanto, mesmo que gestores e equipes evidenciem essas responsabilidades, é inegável que também há a falta de políticas públicas que priorizem esses momentos no trabalho. Espaços que sejam adequados às discussões e que possibilitem apreender os sentimentos envolvidos nos casos atendidos aparece como sugestões de cuidado com o trabalhador. Poder-se-ia, nesse espaço, criar momentos para se construírem as práticas interdisciplinares, compartilhar as dificuldades cotidianas e contar com o apoio da equipe – como já se é contato em momentos não instituídos “oficialmente”.

Durante os relatos realizados ao longo do itinerário terapêutico, alguns profissionais reconheceram a importância de cuidar de si para cuidar do outro. Sentem que atuam melhor no trabalho e nos atendimentos quando estão bem consigo mesmos, com uma disponibilidade maior em cuidar do outro (usuário) – sendo que este cuidar de si inclui o conseguir manejar de forma mais assertiva seu cotidiano para conseguir ter tempo para praticar atividades físicas, por exemplo. Percebemos também que essa consciência do cuidado de si faz-se mais presente quando há um caso que exige mais subjetivamente do profissional ou quando a saúde física começa a ser prejudicada.

Ao longo da análise das produções alicerçadas nesta experiência, identificamos nas verbalizações dos participantes indicadores de sofrimentos psíquicos que são vivenciados no cotidiano de trabalho, envolvendo as seguintes relações: profissional-usuário, profissional-profissional (relações interpessoais) e profissional-instituição (organização do trabalho), sendo que a relação profissional-instituição aparece mais enfatizada e mobilizadora de fortes sentimentos – muitas vezes pela desvalorização, ausência de comunicação vertical – ausência de cogestão ou gestão compartilhada - e cuidado com a saúde do trabalhador. Ter um espaço e um tempo, como já proposto pelos participantes, para que os profissionais de saúde enfrentem questões emocionais e físicas geradas pelo ambiente de trabalho, pode contribuir para o alívio de tensões.

CONCLUSÃO

A realização das ações de apoio institucional, especificamente, no PST, criou espaços de reflexão para que os trabalhadores da saúde ampliando a compreensão sobre os processos de trabalho e adoecimento e gerando novas demandas de apoio a gestão. A experiência possibilitou vivências multiprofissionais, permitindo riqueza de olhares sobre a saúde do trabalhador, as relações que se dão nesse espaço, a necessidade de redes de apoio estáveis bem como o adoecimento gerado pela ausência das mesmas e a troca de experiências e modos de enfrentamento dos que vivenciaram a construção do itinerário terapêutico. Ao mesmo tempo possibilitou o reconhecimento à rotina de trabalho como um processo efetivo de trabalho e adoecimento capaz de ser modificado diante do reconhecimento das estratégias de enfrentamento e das linhas de fuga utilizadas pelas profissionais da saúde.

A partir da intervenção conseguimos reconhecer a beleza e a dureza de trabalhar no trabalho que trabalhamos, a importância das micro relações no ambiente de trabalho que muitas vezes ofertam sustentação para os profissionais da saúde no seu cotidiano, e por fim o quanto o trabalho em excesso reflete também uma linha de fuga.

Por fim, mencionamos que as condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde também revelam o descrédito com o reconhecimento desses profissionais. A baixa remuneração que ocorre em algumas categorias e a dupla/tripla jornada de trabalho confirmam esse descaso. Não podemos deixar de citar que essa realidade, por si só, desmotiva e decepciona a atuação na área da saúde, tornando o vínculo estabelecido entre profissional-instituição enfraquecido, uma vez que esta dimensão influencia a vida pessoal cotidiana do trabalhador.

Assim sendo, é indispensável a regulamentação de investimentos e verbas destinadas à implantação e fortalecimento de políticas voltadas à atenção da saúde do trabalhador nos serviços de saúde. Esse novo olhar gera mudanças na atuação do profissional com a equipe, com o trabalho desenvolvido com o usuário e consigo mesmo, na forma de procurar identificar as atividades que proporcionam o equilíbrio psíquico e emocional. Ações como esta permitem o apoio institucional contínuo e ajustado às necessidades do SUS, valorizando a integralidade em saúde e a promoção global do cuidado humano.

AGRADECIMENTOS E CONFLITOS DE INTERESSE

Agradecemos à todos os colaboradores do município de Itapema (SC) que acreditaram na nossa proposta, participando e confiando suas histórias à nossa

intervenção. Agradecemos também nosso orientador e tutor da residência que tanto nos enobrece com suas palavras e sugestões e a nós mesmos que fortalecemos todos os dias o significado de grupo ao exercer a experiência e escrever este trabalho. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse durante a realização do estudo, o objetivo principal dos residentes multiprofissionais foi o de dar à luz os caminhos percorridos durante o adoecimento dos trabalhadores da saúde e reconhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos mesmos, o que foi de encontro ao que o Programa de Saúde do Trabalhador (PST) apoiou.

CONTRIBUIÇÕES

Thaís Bolognini elaboração, delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados. **Carlos Alberto S. Garcia Jr** aquisição, análise e interpretação de dados e revisão do manuscrito.

Vinicius Campos revisão do manuscrito. **Letícia Blasius da Cunha** revisão do manuscrito. **Luana Fagundes** revisão do manuscrito

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais**, nº 42, p. 29-43, 2015.

ANDRÉ, M. M. S. ; DUARTE, V. A. A violência simbólica do trabalho. *Texto contexto enfermagem*, 8:p. 369-372, 1999.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo/SP: **Boitempo**, p.278,2009.

BARROS, S.C.M; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estud. Pesqui. Psicol. [online]**, vol.10, n.1, 2010.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino.Am enfermagem** ,v.12(1):p.14-21, 2004.

CORRÊA, C. C. F. ET al. Residência Multiprofissional. p.243-245. In: CECCIM, R. B., et al. (Org.). *Ensiqlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: **Rede Unida**,p.366, 2018. COSTA, J. B.; MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. **Estudos de Psicologia**, 23(3), 317-325, 2009.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. Tradução de e. A. Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta, p. 49, 1998.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, 2004.

LAUTERT, L. O processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: HAAG, G.S; LOPES, M.J.M; SCHUCK, J.S, organizadoras. *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. Goiânia (go): ab; p.114- 40, 2001.

- LAZARUS A.; FOLKMAN, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez roca; 1986.
- LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. *Saúde da família: a procura de um modelo anunciado*. Cad saúde da família; (1):3, 1996.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Livro 1: o processo de produção do capital. São Paulo: Difel, 1982.
- MARTINEZ, H.A. *Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente*. Universitat Rovira I Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo horizonte, abril 2006.
- MERHY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, o sus em Belo Horizonte*, São Paulo, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília (df): ministério da saúde, p.229-50, 2006.
- NORONHA, A.P.P, FERNANDES, D.C. *Estresse laboral: análise da produção científica brasileira no Scielo e Bvs-Psi*. Fractal ,20(2):p. 491-502, 2008.
- PAULON, S.M; PASCHE, D.F.; RIGHI, L.B. *Support function: from the institutional change to the institutionalization of change*. Interface (Botucatu), 2014.
- PINHEIRO, F.A; TRÓCCOLI, B.T; TAMAYO, M.R. *Mensuração de Coping no ambiente ocupacional*. Psicologia: teoria e pesquisa; (2):153-8, 2003.
- RAMMINGER, T. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetividade nos serviços de saúde mental*. Dissertação de mestrado, instituto de psicologia da universidade federal do rio grande do sul, Porto Alegre, 2005.
- SILVA, L.B. *Residência multiprofissional em saúde no brasil: alguns aspectos da trajetória histórica*. R. Katál, Florianópolis, jan-abr; 21(1),p. 200-209, 2018.
- TRINDADE, L.L. *O estresse laboral da equipe de saúde de família: implicações para a saúde do trabalhador*. [dissertação]. Porto alegre (rs): escola de enfermagem/ UFRGS; 2007.
- VASQUES-MENEZES, I. *Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica?*. In w. Codo (org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. (pp.23-52). Petrópolis: vozes, 2004.

Capítulo 14

**O AUXÍLIO DE APLICATIVOS PARA O ESTUDO DAS DISCIPLINAS FARMACOTERAPIA
E FARMACOBOTÂNICA NOS CURSOS DA SAÚDE**

Janielly Pereira da Costa¹
Ádria Henrique Fernandes²
Mayra Clara Couto Amaral Moura³
Andreza Rochelle do Vale Morais⁴

RESUMO

Introdução: No século XXI os meios tecnológicos contribuíram nos avanços da educação, fomentando a abertura e análise de informações, facilitando os estudos acadêmicos, principalmente nas disciplinas de farmacologia e farmacobotânica, que são imprescindíveis nos cursos da área da saúde, que enfrentam problemáticas, dentre elas, a extensa gama de conteúdos complexos e pouca carga horária.

Objetivo: Procurar e disseminar aplicativos que possam ajudar nos estudos acadêmicos. **Metodologia:** Foram analisados diversos aplicativos voltados para essas temáticas no site google play a partir dos critérios de inclusão e de exclusão, que um de seus fatores eram a acessibilidade gratuita. **Resultados e discussões:** Foram encontrados, seis aplicativos voltados para bulas, um de cálculos de dosagem e conversão numérica e três com temas farmacobotânicos, em que todos podem incrementar de alguma maneira com os conhecimentos já obtidos. **Conclusão:** Portanto, necessitam que esses programas sejam disseminados entre os discentes para que possam auxiliar e complementar nos estudos acadêmicos.

Palavras-chave: Tecnologia. Iamologia. Fitologia.

Abstract

Introduction: In the 21st century, technological means have contributed to advances in education, promoting the opening and analysis of information, making easily academic studies, especially in the disciplines of pharmacology and pharmacobotany, which are essential in health courses, which face problems such as the extensive range of complex content and low workload. **Objective:** Search and disseminate apps that can help in academic studies. **Methodology:** Several apps focused on these subjects on the google play website were analyzed based on the inclusion and exclusion criteria, such as it has free accessibility. **Results and discussions:** Six apps were found for package inserts, one for dosage calculations and numerical conversion and three with pharmacobotanical topics, in which everyone can increase in some way with the knowledge already obtained. **Conclusion:** Therefore, it is need that these programs be disseminated among students so that they can assist and complement academic studies.

Keywords: Technology. Iamology. Phytology.

¹ Discente da Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Av. Pres. Dutra, 701 - Alto de São Manoel, Mossoró.

² Discente da Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Av. Pres. Dutra, 701 - Alto de São Manoel, Mossoró.

³ Discente da Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Av. Pres. Dutra, 701 - Alto de São Manoel, Mossoró.

⁴ Professora Doutora da Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Av. Pres. Dutra, 701 - Alto de São Manoel, Mossoró.

Introdução

A tecnologia é um termo sempre relacionado a evolução e comodidade, servindo assim, de instrumento facilitador do desenvolvimento científico, principalmente para indivíduos que contem problemas financeiros para adquirir materiais escolares (ARAÚJO ET AL.; 2017). Entretanto, alguns equipamentos, como notebook, computadores e redes de internet móvel tornam-se caras para a obtenção própria, assim, algumas faculdades podem se predispor de inserir na instituição, locais com essa finalidade, como laboratórios de informática, com acesso livre para os estudantes. De maneira que, contém a possibilidade de juntar métodos e técnicas diversas para estimular os trabalhos e metodologias ativas do ensino pedagógico (JARDIM, Lucas; CECÍLIO, Waléria, 2013). Como também, melhorando a relação entre docentes e discentes, de forma unificada, ao buscar mais informações contundentes e complementares (PEREIRA, Maria; SILVA, Tânia, 2013). Fazendo com isso, que os alunos se tornem mais participativos e dinâmicos nas aulas, bem como, auxiliando nos estudos em domicílio, somando com as informações fornecidas pelos professores em sala de aula (JARDIM, Lucas; CECÍLIO, Waléria, 2013). E um dos meios tecnológicos mais utilizados são os celulares móveis, por em torno de 69,1% da população brasileira e 46,5% delas, utilizam a internet (IBGE, 2011).

Na área da saúde, as graduações devem conter em suas matrizes curriculares as disciplinas de farmacologia e farmacobotânica, que são de extrema importância para o cumprimento acadêmico e trabalho profissional. Visto que, está previsto na resolução nº6 de 19 de outubro de 2017, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia:

- I - Componentes curriculares, que integrem conhecimentos teóricos e práticos de forma interdisciplinar e transdisciplinar;
- VII - cuidado em saúde, com atenção especial à gestão, à tecnologia e à inovação como elementos estruturais da formação;
- XII - assistência farmacêutica, utilizando medicamento e outras tecnologias como instrumentos para a prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XIII - incorporação de tecnologias de informação e comunicação em suas diferentes formas, com aplicabilidade nas relações interpessoais, pautada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar do indivíduo, da família e da comunidade; (BRASIL, 2017, p.2)

Dessa maneira, o profissional farmacêutico participa de uma mudança de comportamento dentro da classe, visto que, antes tinha como objetivo o conhecimento do medicamento, e com estas atualizações, passa a ter um cuidado centrado no paciente, necessitando de novas ferramentas, dentre elas, as tecnológicas, para que seja auxiliador do trabalho profissional qualificado,

fundamentado no aprofundamento cognitivo e crítico frente aos assuntos da disciplina de farmacologia, a fim de manusear e adequar junto com outros profissionais da saúde metodologias e propedêuticas adequadas para o tratamento do usuário (CHAVES et al, 2018).

Assim, nesse cenário, encontra-se a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) seja no âmbito hospitalar, ao ser utilizada a Saúde Móvel (mHealth) ofertando atividades médicas através dos dispositivos móveis de cada usuário, bem como, no âmbito escolar, a partir da aprendizagem móvel, adotando o mesmo princípio de utilização (CHAVES et al., 2018).

A farmacologia surgiu no século XVIII, tendo como objetivo principal o estudo das substâncias farmacêuticas, certificando-se de suas atividades medicamentosas através das suas propriedades químicas, físico-químicas e biológicas. (BITTENCOUR et. al, 2012). Já a farmacobotânica, estuda as plantas, com importância farmacológica, em suas características morfológicas e estruturais (OLIVEIRA, Fernando; AKISUE, Gokithi, 1993).

Essas duas disciplinas são muito extensas e complexas, as quais devem ser estudadas de forma minuciosa, porém a carga horária destinada a elas geralmente são insuficientes, prejudicando seu aprendizado em sala de aula, como também, alguns alunos que se dispersam facilmente durante o ensino ao utilizar os celulares em momentos indevidos. Ressaltando assim, a importância do uso de outras metodologias para que as mesmas sejam devidamente abordadas de forma dinâmica, ao mostrar imagens, vídeos, formulações e participações de jogos, como o kahoot! de forma multidisciplinar combinado com outras metodologias pedagógicas (BALDO, Ana; AHLERT, Edson, 2017).

Dessa maneira, podem ser utilizados os aplicativos que podem ser acessados a partir da internet nos próprios celulares dos estudantes, seja ele na própria residência ou nas faculdades que disponibiliza equipamentos tecnológicos, como em laboratórios de informática ou na biblioteca. Assim, foram pesquisados, alguns aplicativos que possam auxiliar nessas atividades, no site google play que é um serviço de vendas e distribuição para o sistema Android.

Portanto, o objetivo desse trabalho deteve-se em encontrar novas ferramentas que possam ser utilizadas como instrumento facilitador nos estudos acadêmicos, a fim de facilitar e desenvolver os conhecimentos de cada aluno a partir de suas dificuldades.

Desenvolvimento

É notório que o mundo tecnológico vem adentrando na sociedade cada vez mais com facilidade, auxiliando em demasiadas atividades, com manuseios pessoais e facilitados. Assim, deixando acessível um mundo de conhecimentos e inserção acadêmica similares entre os acadêmicos, ao obter a possibilidade de pesquisas em notebooks e celulares, seja eles dispostos na faculdade ou não. Bem como, uma diversidade de possibilidade para os professores de ministrarem suas aulas com mais maestria.

Dessa maneira, foi realizado um estudo de caso na plataforma de serviço google play, com pesquisas a partir das palavras-chaves, aplicativos que possam auxiliar nos estudos dos alunos (Tabela 1). Tendo como critérios de inclusão o aparecimento das palavras-chaves: “Guia farmacêutico”, “Bulário”, “Plantas medicinais” e “Medicamentos”, e conteúdo coerente referente a pesquisa. Como critérios de exclusão, foram usados a classificação do aplicativo (abaixo de 4 estrelas) e tipo de acesso (online).

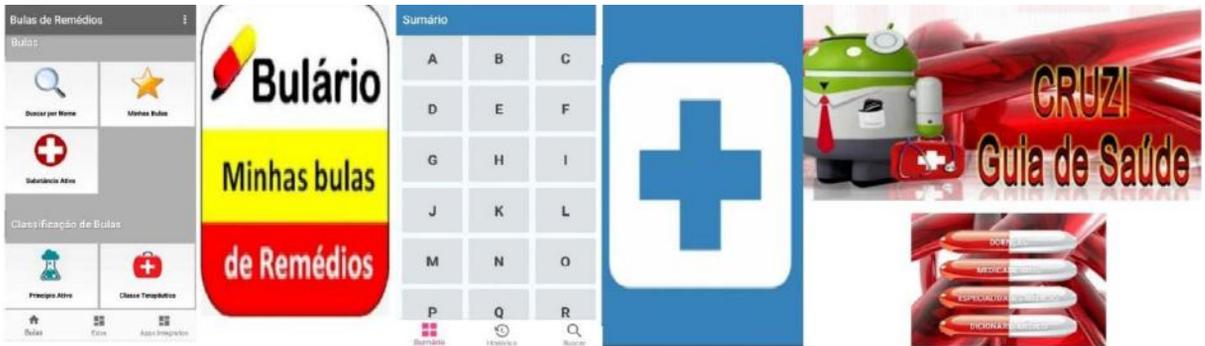
Tabela 1. Resumo dos aplicativos encontrados na pesquisa a partir das palavras-chaves

Palavras-chaves	Aplicativos encontrados	Quantidade de estrelas
Bulário	Bulas de remédios;	4,2
	Bulas médicas off-line;	4,1
	Cruzi.	4,4
Guia farmacêutico	Bulário digital;	4,3
	Bulas med;	4,5
	Guia digital;	4,7
	Calc fácil.	4,6
Plantas medicinais	Plantas que curam;	4,2
	MyRemedy;	4,6
	Plantas medicinais.	4,4

Fonte: Autoral, 2020.

Ao pesquisar pela palavra “Bulário” foi encontrado três aplicativos conhecidos como Bulas de remédios, Bulas médicas off-line e Cruzei (Figura 1). Onde pode ser pesquisado nomes de medicamentos, a partir de seus insumos ativos, nomes genéricos, classes terapêuticas podendo correlacionar com as patologias inseridas no dicionário médico que é a partir da Classificação Internacional de Doenças. Auxiliando dessa maneira, na compreensão dos medicamentos dispostos para cada enfermidade e assimilação frente a sua classe terapêutica.

Figura 1. Aplicativo e o seu menu encontrado a partir da palavra-chave “Bulário”



Fonte: Autoral, 2020.

Com o termo “Guia farmacêutico” foram encontrados quatro aplicativos com os nomes de Bulário digital, Bulas med, Guia digital, onde continham seus nomes referenciais, genéricos e similares, princípio ativo, classe terapêutica, bulas, dicionário e patologia médica. O quarto aplicativo foi o Calc fácil, que é um software centralizado para cálculos farmacêuticos, auxiliando nas conversões e diluições de medicamentos, a partir de métodos específicos de acordo com as características dos usuários e algumas substâncias que utilizam como insulina, permanganato de potássio e a concentração de cada ativo a ser utilizado no medicamento, facilitando assim, uma adesão e diminuição de erros nas prescrições e administrações medicamentosas.(Figura 2).

Figura 2. Aplicativo e o seu menu encontrado a partir da palavra-chave “Guia farmacêutico”



Fonte: Autoral, 2020.

Ao buscar “Plantas medicinais” resultou em três aplicativos que foram Cura pelas Plantas, MyRemedy e Plantas medicinais ofertando conteúdos com nomes científicos e populares, locais em que se encontram, posologia e suas precauções, facilitando a busca das plantas encontradas em cada região, auxiliando no processo e utilização da medicina popular a fim de aumentar a adesão de usuários que contem afeição e créditos perante a esses fármacos, sendo uma área que tende a crescer no ramo farmacêutico, que é a prescrição de fitoterápicos, necessitando de um

conhecimento adequado e profundo nessa disciplina, assim esses aplicativos podem atuar como um instrumento auxiliador durante o processo.(Figura 3).

Figura 3. Aplicativo e o seu menu encontrado a partir da palavra-chave “Plantas medicinais”



Fonte: Autoral, 2020.

De acordo com a carga horária disposta para as disciplinas de botânica e farmacologia de uma faculdade particular do Rio Grande do Norte nos cursos de nutrição, medicina, odontologia (Figura.4), enfermagem, fisioterapia e farmácia (Figura 5), em que sua nomenclatura varia de acordo com o curso exercido como propedêutica e terapêutica, mesmo assim as ementas que as compõem são semelhantes. Verificando assim, que ficam na média de 60h, podendo ser distribuídas durante o semestre, sendo que basicamente são duas aulas de 50min durante a semana, onde os professores contem dificuldade de repassar os conteúdos de maneira que o aluno preste atenção durante todo o tempo e o aluno de fixar os conteúdos por conta da carga horária corrida.

Figura 4. Cargas horárias dos cursos de nutrição, medicina e odontologia que contém as disciplinas de botânica e farmacologia

APRENDENDO A APRENDER / A CONHECER CONSTRUÇÃO DOS CONHECIMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE CUIDAR					
QUARTO SEMESTRE					
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES BÁSICAS	CONTEÚDOS CURRICULARES				
	42712. Tecnologia de Alimentos I	CRED	HAT(1)	HAP(2)	PRQ(3)
	42722. Educação Alimentar e Nutricional	06	80	40	22752
	42732. Farmacologia e Fitoterapia Aplicadas à Nutrição	03	40	20	---
	42742. Atenção Integral em Saúde Coletiva	03	60	---	---
	42752. Técnica Dietética	02	20	20	---
	42762. Seminários Integradores e Ensino/Serviço/Comunidade – SIESC IV	05	50	50	---
TOTAL DO 4º SEMESTRE	21	420 HORAS/AULA			
QUARTO PERÍODO					
Módulos Temáticos					
Propedêutica Médica		Fundamentos em Urgências e Emergências Médicas		Terapêutica I	
CH: 400	CRÉDITOS: 20	CH: 60	CRÉDITOS: 03	CH: 80	
Integração, Serviço, Ensino e Comunidade – ISEC IV (Atenção Integral à Saúde do Trabalhador)					
CH: 60		CRÉDITOS: 03			
TOTAL DE HORAS DO 4º SEMESTRE: 600		TOTAL DE CRÉDITOS: 30			
QUINTO PERÍODO					
Módulos Temáticos					
Semiologia Médica		Terapêutica II	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental		
CH: 360	CRÉDITOS: 18	CH: 40	CRÉDITOS: 02	CH: 140	
Integração, Serviço, Ensino e Comunidade – ISEC V (Atenção Integral à Saúde Mental)					
CH: 60		CRÉDITOS: 03			
TOTAL DE HORAS DO 5º SEMESTRE: 600		TOTAL DE CRÉDITOS: 30			
QUARTO SEMESTRE					
DISCIPLINAS	C. HOR	HAT(1)	HAP(2)	PRQ(3)	
401 - Propedêutica Clínica I	120	60	60	---	
402 - Odontologia Social	120	120	---	---	
403 - Laboratório Pré-Clinica II	140	80	60	302	
404 - Integração Ensino/Serviço/Comunidade na Odontologia IV	40	20	20	---	
TOTAL DE HORAS DO 4º SEMESTRE	420 HORAS/AULA				
QUINTO SEMESTRE					
DISCIPLINAS	C. HOR	HAT(1)	HAP(2)	PRQ(3)	
501 - Ciências Odontológicas e Fundamentos da Prática I	140	60	80	---	
502 - Propedêutica Clínica II	120	60	60	401	
503 - Odontologia da Criança e do Adolescente I	120	60	60	---	
504 - Integração Ensino/Serviço/Comunidade na Odontologia V	40	20	20	---	
TOTAL DE HORAS DO 5º SEMESTRE	420 HORAS/AULA				

Fonte: FACENE-RN, 2016.

Figura 5. Cargas horárias dos cursos de enfermagem, fisioterapia e farmácia que contém as disciplinas de botânica e farmacologia

SEGUNDO SEMESTRE					
DISCIPLINAS	C. HOR	HAT(1)	HAP(2)	PRQ(3)	
201 - Processos Morfofisiológicos	100	60	40	101	
202 - Mecanismos de Agressão e Defesa I	80	40	40	102	
203 - Fundamentos Científicos II	80	60	20	---	
204 - Bases Terapêuticas do Cuidado à Saúde I	80	60	20	---	
205 - Fundamentos de Enfermagem	120	60	60	---	
206 - Seminários Integradores e Integração Ensino/Serviço/Comunidade II	40	20	20	---	
TOTAL DE HORAS DO 2º SEMESTRE		500 HORAS/AULA			
TERCEIRO SEMESTRE					
DISCIPLINAS	C. HOR	HAT(1)	HAP(2)	PRQ(3)	
301 - Fundamentos Sociais	100	60	40	---	
302 - Mecanismos de Agressão e Defesa II	80	40	40	202	
303 - Epidemiologia	80	60	20	---	
304 - Bases Terapêuticas do Cuidado à Saúde II	100	100	---	204	
305 - Bases Semiológicas de Enfermagem I	100	40	60	205	
306 - Seminários Integradores e Integração Ensino/Serviço/Comunidade III	40	20	20	---	
TOTAL DE HORAS DO 3º SEMESTRE		500 HORAS/AULA			
APRENDENDO A APRENDER / A CONHECER / A FAZER					
CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES BÁSICAS PARA O CUIDADO HUMANO					
TERCEIRO SEMESTRE					
DISCIPLINAS	CH	CR	CRT	CRP	PRQ
301 - Processos Terapêuticos	80	04	03	01	203/204
302 - Saúde Ambiental e Coletiva	100	05	04	01	-
303 - Fisiologia do Exercício	120	06	04	02	203
304 - Avaliação Diagnóstica em Fisioterapia 1	120	06	03	03	201
305 - Recursos Fisioterapêuticos 1	120	06	03	03	-
CARGA HORÁRIA SEMESTRAL = 540 HORAS/AULA = 27 CRÉDITOS					
APRENDENDO A APRENDER / A CONHECER / A FAZER					
CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES BÁSICAS PARA O CUIDADO HUMANO					
CONTEÚDOS CURRICULARES					
	CRÉD	HAT(1)	HAP(2)	PRQ(3)	
401 - Química Analítica Instrumental	02	20	20	303	
402 - Química Medicinal	03	60	---	---	
403 - Atenção Farmacêutica	04	60	20	---	
404 - Farmacoterapia e Semiologia Farmacêutica II	02	20	20	---	
405 - Farmacotécnica I	03	40	20	---	
406 - Farmacobotânica	03	40	20	---	
407 - Toxicologia e Análises Toxicológicas	04	60	20	---	
408 - Políticas Públicas de Saúde	03	60	---	---	
409 - Seminários Integradores e Ensino/Serviço/ Comunidade IV - IESCF4	01	---	20	---	
TOTAL DO 4º SEMESTRE	25	500 HORAS/AULA			

Fonte: FACENE/RN, 2016.

Como também, avaliando os conteúdos que devem ser expostos durante o semestre da disciplina botânica (Figura 6) e farmacologia (Figura 7), retirados de duas faculdade de ensinos superior do Brasil, o tempo ministrado se torna pouco, necessitando de complemento extraclasse, que pode ser utilizado os aplicativos que foram analisados, favorecendo todos os cursos da saúde que contem em sua matriz curricular essas disciplinas que não sofrem tanta variação entre as faculdades do país. Além disso, os professores podem utilizar essas ferramentas para que seja repassada a ementa de maneira completa e dinâmica, favorecendo os conhecimentos e relação de ambos os lados acadêmicos, diversificando e entusiasmando os envolvidos.

Figura 6. Ementa da disciplina de farmacobotânica

Farmacobotânica	Teórica	Prática	Total	3º
	34h	18h	52h	

EMENTA:

Organização morfológica e anatômica dos diferentes grupos vegetais de interesse farmacológico. Noções de sistemática vegetal. Identificação taxonômica de espécies de uso farmacêutico. Introdução a etnobotânica. Técnicas de coleta e herborização, preparação de exsiccatas e identificação botânica de drogas de interesse farmacêutico.

Fonte: FMC, 2016.

Figura 7. Ementa da disciplina de farmacologia

Componente Curricular: FARMACOLOGIA BÁSICA**EMENTA**

Introdução à farmacologia. Farmacocinética: administração, distribuição, biotransformação e eliminação de drogas. Fatores que influenciam a ação e efeito de medicamentos. Drogas adrenérgicas e bloqueadores adrenérgicas e anticolinesterásicas, anticolinérgicas e antianticolinesterásicas. Farmacologia de junção neuromuscular. Farmacologia dos anestésicos locais. Farmacologia dos medicamentos utilizados no sistema nervoso central. Farmacologia cardiovascular e renal. Farmacologia de coagulação sanguínea. Antiinflamatórios. Corticosteróides. Farmacologia do aparelho digestivo. Antibióticos. Quimioterápicos. Antissépticos e desinfetantes. Toxicidade medicamentosa.

Fonte: FAINOR, 2016.

Portanto, os aplicativos são novas maneiras de incrementar a educação brasileira, a partir das DCNs, principalmente dos novos farmacêuticos que estão se adequando ao novo perfil. Dessa maneira, as TICs influenciam e ajudam no processo educacional tanto dos alunos quanto dos professores favorecendo um melhor ambiente de repasse intelectual, bem como, em campo profissional principalmente em áreas hospitalares, com o objetivo de melhorar e acelerar a propedêutica dos usuários diminuindo os erros e problemáticas oriundas.

Conclusão

A análise relacionada aos aplicativos que podem auxiliar nos estudos farmacológicos e farmacobotânicos para os diversos discentes que necessitam de um complemento dos conhecimentos que foram repassados dentro de sala de aula, mostrou-se fundamental para a abrangência e acessibilidade da busca intelectual. Visto que, grande parte dos alunos enfrentam obstáculos financeiros em possuir livros científicos, sendo uma nova alternativa a busca em meios tecnológicos pessoais. A partir de que a inserção de smartphones crescem com o passar do tempo, melhorando a acessibilidade, compreensão e utilização na descoberta de novos assuntos e notícias. Além do mais, é necessário desenvolver mais pesquisas acrescentando novos critérios para buscar aplicativos recentes, a fim de atualizar e acompanhar as novidades acadêmicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Sergio Paulino et al. **Tecnologia na educação: contexto histórico, papel e diversidade**. Londrina, 2017. Disponível em <
<http://www.uel.br/eventos/jornadadidatica/pages/arquivos/IV%20Jornada%20de%20Didatica%20Docencia%20na%20Contemporaneidade%20e%20III%20Seminarario%20de%20Pe>

[squisa%20do%20CEMAD/TECNOLOGIA%20NA%20EDUCACAO%20CONTEXTO%20HISTORICO%20PAPEL%20E%20DIVERSIDADE.pdf](#) > Acesso em 25 de janeiro de 2020.

BALDO, Ana Paula Vendruscolo; AHLERT, Edson Moacir. **Uso de tecnologias digitais: relato de experiência do uso de aplicativo móvel como auxílio no processo ensino e aprendizagem de anatomia humana.** Lajeado, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em <
<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/2029/1/2017AnaPaulaVendruscoloBaldo.pdf> > Acesso em 27 de fevereiro de 2020.

BITTENCOUR, S. C.; CAPONI, S.; MALUF, S. **Farmacologia no século XX: a ciência dos medicamentos a partir da análise do livro de Goodman e Gilman.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/2013nahead/0104-5970-hcsm-S0104-59702013005000007.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2020.

CHAVES, A. S. C.C.; OLIVEIRA, G.M.; JESUS, L.M.S.; MARTINS, J.L.; SILVA, V.C. **Uso de aplicativos para dispositivos móveis no processo de educação em saúde: reflexos da contemporaneidade.** Revista Humanidades e Inovações, v.5, n.6, p.34-42, 2018. Disponível em <
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/744> > Acesso em 27 de fevereiro de 2020.
Disponível em < <http://www.facenemossoro.com.br/> > Acesso em 28 de janeiro de 2020.
Disponível em < <http://www.fainor.com.br/v2/wp-content/uploads/2013/02/FARMACOLOGIA.pdf> > Acesso em 28 de janeiro de 2020.
Disponível em < <http://www.fmc.br/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-ensino-Farmacobot%C3%A2nica-3%C2%B0-p-2016.1.pdf> > Acesso em 28 de janeiro de 2020.
Disponível em <<https://play.google.com/store> > Acesso em 25 de janeiro de 2020.
Disponível em < <https://www.tecmundo.com.br/mercado/142257-smartphone-principal-meio-acesso-web-classes-c-d-diz-estudo.htm> > Acesso em 25 de janeiro de 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:
<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63999.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2020.
Disponível em < <http://www.facenemossoro.com.br/> > Acesso em 25 de janeiro de 2020.

JARDIM, Lucas Augusto; CECÍLIO, Waléria A.G. **Tecnologias educacional: aspectos positivos e negativos em sala de aula.** XI Congresso Nacional de Educação EDUCERE. Curitiba, p. 5139-5152, nov.2013. Disponível em <
https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2013/7646_6015.pdf > Acesso em 27 de janeiro de 2020.

LIMA, L.S; CURY, G.; SILVA, G.S. **Percepções dos estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal de Alagoas na disciplina Botânica aplicada à farmácia e seu conhecimento sobre plantas medicinais.** Alagoas, v.11, n. 21, p. 107-114, jun. 2019. Disponível em <
<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/download/1293/2424>> Acesso em 25 de janeiro de 2020.

KOCH, Marlene Zimmermann. **As tecnologias no cotidiano escolar: uma ferramenta facilitadora no processo ensino-aprendizagem.** Sarandi, 2013. Disponível em <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/498/Koch_Marlene_Zimmermann.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 25 de janeiro de 2020.

PEREIRA, Maria da Conceição; SILVA, Tânia Maria da. **O uso da tecnologia na educação na era digital.** Revista Saberes em Rede CEFAPRO. Cuiabá, p.85-94, jun/dez 2013. Disponível em <<http://www.cefaprocuiba.com.br/revista/up/ARTIGO%20IX.pdf>> Acesso em 27 de janeiro de 2020.

SANTOS, Edileuza da Conceição et al. **Estudo na disciplina de farmacologia nos cursos de graduação em farmácia da região sudeste do Brasil.** Três Corações, v. 14, n.1, p. 908-920, jan/jul. 2016. Disponível em <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/download/2752/pdf_488> Acesso em 25 de janeiro de 2020.

Capítulo 15

**POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM CARBAMAZEPINA EM
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

POTENTIAL DRUG INTERACTIONS WITH CARBAMAZEPIN IN USERS OF A
PSYCHOSOCIAL CARE CENTER ALCOHOL AND OTHER DRUGS

Mirley Cristina Ferreira Borges¹
Suanne Ferreira Marinho¹
Maurício Avelar Fernandes²
Márcia de Souza Rodrigues³
Ilka Cassandra Pereira Belfort⁴
Sally Cristina Moutinho Monteiro⁵

1 – Curso de Farmácia. Universidade Federal do Maranhão, Avenida dos Portugueses,
1966 - Bacanga, CEP: 65080-805, São Luís - MA.

2 - Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança. Universidade
Federal do Maranhão, Avenida dos Portugueses, 1966 - Bacanga, CEP: 65080-805,
São Luís - MA.

3 - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região - CREFITO
16. R. das Andirobas, 040 - Jardim Renascença, São Luís - MA, 65075-380;

4 - Programa de Doutorado em Biotecnologia – Rede Nordeste de Biotecnologia
(RENORBIO). Universidade Federal do Maranhão, Avenida dos Portugueses, 1966 -
Bacanga, CEP: 65080-805, São Luís - MA.

5 - Curso de Farmácia, Universidade Federal do Maranhão; Programa de Pós-
Graduação em Saúde do Adulto e da Criança. Universidade Federal do Maranhão,
Avenida dos Portugueses, 1966 - Bacanga, CEP: 65080-805, São Luís - MA.

Endereço postal: Avenida Deputado Eduardo Magalhães, sem número. Jardim de
Provance, Torre Bouganville, apt 504. CEP: 65071-415, São Luís, Maranhão Brasil.

Telefone e fax: (55) 98 981620919

E-mail: sallycris@yahoo.com

RESUMO

Introdução: Mundialmente, o uso abusivo de álcool e outras drogas apresenta-se como um fenômeno preocupante. Estima-se que 5,6% da população mundial, com idade entre 15 e 64 anos, tenha feito uso de algum tipo de droga ilícita no ano de 2018. No Brasil, tem-se o álcool como a droga de entrada para os usuários que desenvolvem dependência e como a primeira a ser utilizada. **Objetivos:** Com base nisso, o presente estudo objetivou verificar as potenciais interações medicamentosas com carbamazepina, entre os pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-ad) do município de São Luís – MA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, realizado através da avaliação de prontuários de pacientes usuários dos serviços do CAPS-ad. **Resultados:** Foram analisados 36 prontuários que apresentaram o medicamento carbamazepina em suas prescrições. Desses, 35 (97,22%) eram do sexo masculino e apenas um (2,78%) do sexo feminino. A média de idade dos usuários do CAPS-ad foi de 38,38 anos ($\pm 10,97$). Foram identificadas possíveis interações da carmazepina através do mecanismo de indução enzimática com os medicamentos citalopram, risperidona, diazepam, clonazepam, sinvastatina, haloperidol, topiramato, bupropiona e nortriptilina. **Conclusão:** Esse estudo pôde verificar a presença de potenciais interações medicamentosas moderadas em usuários do serviço do CAPS-ad do município de São Luís – MA e desta forma auxiliar no acompanhamento desses pacientes, por dar subsídio para a minimização de riscos à saúde e eventos adversos, além de assegurar maior efetividade ao tratamento farmacológico e diminuir a não adesão medicamentosa.

Palavras-chave: Carbamazepina. Anticonvulsivantes. Interações de medicamentos. Drogas ilícitas. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT

Introducion: Worldwide, the abuse of alcohol and other drugs is presented as a worrying phenomenon. It is estimated that 5,6% of the population aged between 15 and 64 years, have made use of some type of illicit drug in 2018. In Brazil, we have alcohol as a gateway drug for users develop dependence and as the first to be used. **Object:** Based on this, the present study aimed to verify potential drug interactions with carbamazepine, among patients in the Centre's Services Psychosocial Care alcohol and other drugs (CAPS-ad) in São Luis - MA. **Methodology:** Cross-sectional, retrospective study conducted by evaluating patients using medical records of the CAPS-ad. **Results:** The study included 36 medical records that showed the drug carbamazepine in their prescriptions. Of these, 35 (97.22%) were male and only one (2.78%) were female. The average age of CAPs ad-users was 38.38 years (± 10.97). Carmazepine possible interactions were identified by enzyme induction mechanism with the drug citalopram, risperidone, diazepam, clonazepam, simvastatin, haloperidol, topiramate, bupropion and nortriptyline. **Conclusion:** This study was able to verify the presence of potential moderate drug interactions of users of CAPS-ad servisse in São Luís - MA and thus aids in monitoring these patients, for giving subsidy to minimize health risks and adverse events as well as ensuring more effectiveness in the pharmacological treatment and reduce the non-medication adherence.

Keywords: Carbamazepine. Anticonvulsants. Drug interactions. Illicit drugs. Mental health services

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, o uso abusivo de álcool e outras drogas apresenta-se como um fenômeno preocupante. Estima-se que 275 milhões de pessoas, mais ou menos 5,6% da população mundial, com idade entre 15 e 64 anos, tenha feito uso de algum tipo de droga ilícita no ano de 2018¹ e que o álcool, sozinho, é responsável por 5,1% das mortes em todo o mundo².

O início do uso de drogas psicotrópicas, geralmente, ocorre na adolescência, e o álcool e o tabaco costumam constituir as primeiras drogas a serem consumidas, com média de idade de começo aos 12 anos³.

No Brasil, tem-se o álcool como a droga de entrada para os usuários que desenvolvem dependência e como a primeira a ser utilizada. Dados inéditos do Ministério da Saúde apontam que 17,9% da população adulta brasileira fazem uso abusivo de bebida alcoólica. O percentual é 14,7% a mais do que o registrado no país em 2006 (15,6%)⁴.

Levantamentos epidemiológicos nacionais realizados antes de 1989 não detectavam a presença do crack no Brasil, porém em 1993 o uso de crack atingiu 36% e, em 1997, 46%. No Brasil, cerca de 2% dos estudantes revelaram já terem utilizado cocaína pelo menos uma vez na vida, e 0,2%, o crack. Em todo o país, o uso de crack vem tendo início em idades cada vez mais precoces, alastrando-se por todas as classes sociais, com facilidade de acesso e quase sempre antecedido do consumo de álcool e/ou tabaco⁵.

Entre os usuários de múltiplas drogas pode ocorrer a associação de diagnósticos para comorbidades, podendo ser decorrente de uma série de fatores, como a maior vulnerabilidade do indivíduo, a automedicação, entre outros. Essa associação de diagnósticos, por ser multifatorial, tem se mostrado complexa e de difícil explicação, sendo indiscutível, porém, a gravidade da situação e a dificuldade de manejo do usuário comórbido³.

Tendo em vista, toda essa problemática mundial, o Ministério da Saúde regulamentou o atendimento do dependente de álcool e drogas nos chamados Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), mudando a forma de atendimento a esses pacientes, uma vez que eles eram levados principalmente para hospitais psiquiátricos⁶.

Tratando-se do tratamento farmacológico para os pacientes frequentadores do CAPS-ad, são utilizados os medicamentos psicotrópicos que podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos;

antipsicóticos; antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição^{6,7}.

Em se tratando de pacientes psiquiátricos, o uso da politerapia torna-se uma ferramenta útil no tratamento dos distúrbios do Sistema Nervoso Central (SNC), com o objetivo de potencializar os efeitos farmacológicos, especialmente em condições refratárias e pouco responsivas à monoterapia^{8,9}. Ela pode ser benéfica, tendo o resultado esperado da associação, porém, existem casos em que podem causar interações medicamentosas (IM) indesejáveis, que vão desde a ineficácia do tratamento até eventos adversos graves¹⁰. A politerapia é um marcador importante para a identificação precoce de interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos¹¹.

Por definição, temos que a interação medicamentosa é um evento clínico em que a coadministração de fármacos resulta em interferência na ação terapêutica de um ou de ambos os medicamentos. A classificação das interações medicamentosas mais frequentemente utilizada, é: contraindicadas ou Maiores, Moderadas e Menores. As interações maiores, ou contraindicações, são aquelas que necessitam de uma intervenção médica imediata, visto que representam risco de vida iminente ao paciente. As interações moderadas e menores necessitam de acompanhamento e requerem ciência e alerta ao médico, no intuito de não comprometerem o tratamento medicamentoso, requerendo o manejo dos efeitos para manutenção da segurança do paciente^{12,13}.

Na maioria das ocasiões, as interações não são identificadas e são confundidas com novos sinais ou sintomas relatados pelos pacientes onde, normalmente, há a prescrição de nova terapia medicamentosa, aumentando as chances de aparecimento de novas interações que podem ser evitados e são passíveis de intervenções e prevenção pelos profissionais, principalmente o farmacêutico^{14,15}.

Um medicamento bastante utilizado em psiquiatria para tratamento da síndrome de abstinência alcóolica é a carbamazepina. Tem estrutura química semelhante aos antidepressivos tricíclicos e é absorvida de forma lenta por via oral. Apesar de ter indicação e comprovação clínica, a carbamazepina pode causar uma série de reações adversas ao paciente, normalmente são toleráveis e reversíveis, como: sedação, turvação visual, tontura, ataxia e diplopia (podendo serem reduzidas em caso de uso com baixas doses e aumento gradual da posologia); ou reações mais raras e severas, como: anemia aplástica, agranulocitose, hepatite e Síndrome de Stevens-Johnson¹⁶.

A carbamazepina é também um indutor de vários caminhos de eliminação de medicamentos, incluindo as isoformas da enzima do complexo Citocromo P450: CYPs

1A2, 2C9 e 3A4. Qualquer medicamento que sofre metabolização por essas enzimas é passível de sofrer interferência da administração conjunta com a carbamazepina. A carbamazepina pode reduzir a concentração de fármacos susceptíveis à indução enzimática em até 50%, reduzindo a efetividade da terapia. Ela é metabolizada pela isoforma CYP3A4, sendo transformada em um metabólito ativo de mesma eficácia, tendo um risco de toxicidade aumentado quando administrada juntamente com um inibidor dessa isoforma^{16,17,18}.

Tendo como referência que pacientes usuários de múltiplas drogas tendem a usar 2 ou mais medicamentos e podem se tornar mais vulneráveis a não adesão a terapia, a verificação e acompanhamento de possíveis interações medicamentosas nesses pacientes se faz de suma importância para uma terapêutica adequada e melhora na qualidade de vida dos mesmos, ainda mais se tratando da carbamazepina, que tem grande influência no metabolismo de outros medicamentos e tem risco de causar reações adversas importantes, influenciando diretamente na adesão ao tratamento, qualidade de vida e, conseqüentemente, na eficácia da terapia para os pacientes que buscam o serviço do CAPS-ad. Diante do exposto, o presente estudo objetivou verificar as potenciais interações medicamentosas com carbamazepina, entre os pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-ad) do município de São Luís – MA.

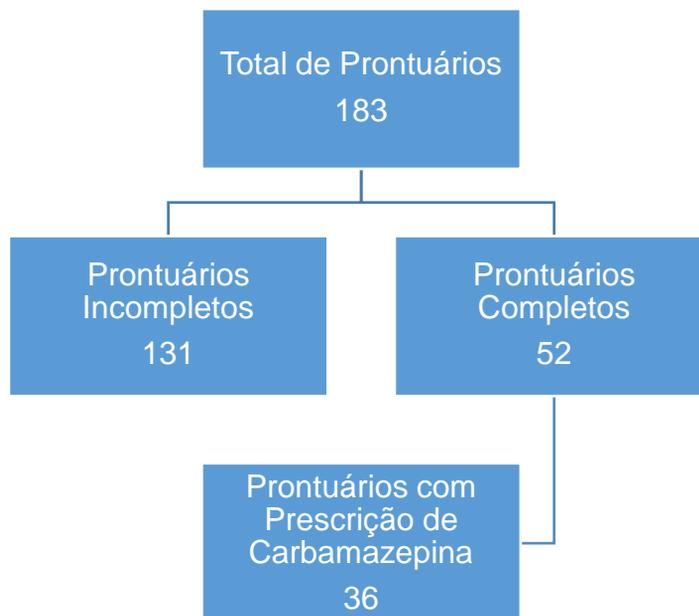
3 METODOLOGIA

Estudo transversal, retrospectivo, realizado através da avaliação de prontuários de pacientes usuários dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-ad), no período de maio de 2015 a março de 2016.

Pesquisa realizada no CAPS-ad, um centro de referência especializado para atendimento de dependentes de álcool e outras drogas, do município de São Luís/MA.

Coleta de dados realizada através dos prontuários (totalizando 183 prontuários) e como critério de exclusão utilizou-se: prontuários incompletos para os dados de medicamentos utilizados (131) e prontuários que não tinham receita de carbamazepina (16). Assim, foram analisados 36 prontuários (Figura1).

Figura 1. Fluxograma com os prontuários dos pacientes do CAPS-ad, identificando as quantidades de prontuários incompletos com dados de farmacoterapia e diagnóstico



Fonte: O autor.

Foram selecionados para caracterização da amostra: perfil sociodemográfico, dados que identificassem a característica do padrão de consumo de álcool e drogas ilícitas ao buscarem o serviço e também informações sobre a farmacoterapia.

A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA) sob protocolo nº 289.937, tendo sido executada de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A tabulação dos dados foi feita no programa Microsoft Office Excel® 2007, utilizando-se estatística descritiva. Para análise das possíveis interações medicamentosas, utilizou-se a base de dados disponível no endereço eletrônico www.drugs.com.

4 RESULTADOS

Dos 183 prontuários analisados, 131 apresentavam dados incompletos, restando 52 prontuários. Desses, 36 apresentavam o medicamento carbamazepina prescrito para os pacientes. Um total 35 (97,22%) eram do sexo masculino e apenas um (2,77%) do sexo feminino. A média de idade dos usuários do CAPs-ad foi de 38,38 anos ($\pm 10,97$). Os prontuários encontrados estavam em sua grande maioria incompletos, impossibilitando a caracterização sócio demográfica da amostra utilizada.

Levando em consideração o diagnóstico clínico, a Tabela 1 apresenta a impressão diagnóstica relatada no prontuário, utilizando a classificação CID-10¹⁹. Sendo que um paciente não apresentava a classificação diagnóstica em seu prontuário e 3 apresentam associação de diagnósticos.

Tabela 1. Diagnóstico dos usuários do CAPS-ad do município de São Luís/MA (março 2015 – maio 2016) baseado na CID-10

CID-10	Descrição	Usuários
F10	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool	3
F10.2	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool com síndrome de abstinência	2
F12.2	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinoides com síndrome de abstinência	4
F17	Transtornos mentais de comportamento decorrentes do uso de tabaco	5
F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas	5
F19.2	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas com síndrome de abstinência	4
F19.5	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas com transtorno psicótico	4
F19.8	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas com outros transtornos mentais e de comportamento	7
F20	Esquizofrenia	2

Fonte: Adaptado de Organização Mundial de Saúde, 2011.

A Tabela 2 mostra os medicamentos utilizados pelos usuários do CAPS-ad, indicando as classes dos medicamentos^{16,8}.

Tabela 2. Lista de medicamentos utilizado pelos usuários do CAPS-ad.

Classes	Medicamentos
Anticonvulsivantes	Carbamazepina
	Divalproato de sódio
	Topiramato
Antidepressivos	Citalopram
	Nortriptilina
	Bupropiona
Antipsicóticos	Haloperidol
	Risperidona
	Levomepromazina
Ansiolíticos	Clonazepam
	Diazepam

Anticolinérgicos	Biperideno
Antihipertensivos	Losartana Captopril
Estatinas	Sinvastatina

Fonte: Adaptado de Silva, 2006.

Dentre os prontuários analisados, verificou-se que 20 (55,55%) pessoas já utilizaram crack ao longo da vida; 22 (61,11%) são ex-dependentes de álcool e 25 (69,44%) já fizeram uso de múltiplas drogas. A média de idade do início do uso de drogas entre os pacientes é de 15,93 (\pm 6,82) anos.

Verificou-se ainda uma média de 2,81 (\pm 1,22) medicamentos por prontuário, sendo que 2 (12,5%) prontuários tinham prescritos 5 medicamentos (polifarmácia) e 14 (87,5%) tinham prescritos 4 ou menos.

Em relação às interações medicamentosas potenciais com a carbamazepina, foram encontradas 11 possíveis interações moderadas e uma menor, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Interações medicamentosas potenciais dos usuários do CAPS-ad com a Carbamazepina.

Interação		Potencial Efeito	Tipo de interação
Carbamazepina	Citalopram	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Menor
Carbamazepina	Risperidona	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Clonazepam	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Diazepam	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Sinvastatina	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Haloperidol	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Topiramato	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Bupropiona	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada
Carbamazepina	Nortriptilina	Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	Moderada

a		do Fármaco / Indução enzimática	
		Diminuição da concentração do Fármaco / Indução enzimática	
Carbamazepin	Divalproato de Sódio		Moderada
Carbamazepin	Levomepromazin	Depressão do SNC e Respiratória	Moderada
Carbamazepin	Biperideno	Depressão do SNC e Respiratória	Moderada

Fonte: Adaptado de DRUGS, 2016.

5 DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sócio demográfico, verificou-se uma prevalência maior de usuários do sexo masculino (97,22%), resultado também encontrado em outros estudos como o de Faria e Schneider (2009), Monteiro et al. (2011) e de Rossetti e Santos (2006), relatando que mulheres têm receio de se admitir dependentes de álcool e drogas por questões culturais baseadas em preconceitos, podendo explicar essa predominância masculina nos CAPS-ad^{20,21,22}.

Relacionando a idade dos pacientes, a literatura demonstrou que a maior frequência e assiduidade nos CAPS-ad engloba a faixa de 19 a 59 anos, que a busca por tratamento para o alcoolismo aumenta com a idade e que o alcoolismo também aumenta de acordo com o avanço da idade, o que não ocorre com outras drogas ilícitas, que fazem o caminho inverso, sendo mais prevalentes entre os mais jovens. Neste estudo a média de idade foi de 38,38 anos, reforçando esses resultados^{20,21}.

Nesse estudo foram identificados 2 pacientes com polifarmácia, uma ferramenta útil no tratamento de distúrbios do SNC, esta pode se justificar pela quantidade de comorbidades associadas (uso de anti-hipertensivos e antilipêmicos), ou até a combinação de terapia para potencializar os efeitos farmacológicos em condições pouco responsivas à monoterapia⁹.

Talvez pela boa resposta clínica ao tratamento já empregado a esses pacientes, em sua maioria, eles não necessitem de outros tratamentos farmacológicos, uma vez que o CAPS-ad realiza acompanhamento multiprofissional com realização de atividades, atendimento individual, atendimentos em grupos e oficinas terapêuticas⁶, sendo esse acompanhamento individual suficiente para o tratamento dos transtornos desses pacientes não considerados com polifarmácia.

Verificando-se as interações medicamentosas potenciais com a carbamazepina, um anticonvulsivante adjuvante no tratamento da síndrome de abstinência alcoólica e potente indutor enzimático de isoformas do complexo enzimático do citocromo P450, observou-se 11 possíveis interações moderadas e uma

menor. Os medicamentos Dissulfiram, Losartana e Captopril não apresentaram interações medicamentosas relatadas na base de dados pesquisada²³.

O citalopram sofre pouca interferência da indução enzimática causada pela carbamazepina, sendo considerada uma interação menor, recomenda-se acompanhar os níveis do fármaco e a clínica do paciente para realização de ajuste de dose nos casos necessários²³.

Essas possíveis interações são relatadas levando em consideração a indução enzimática que a carbamazepina realiza nas isoformas do citocromo P450, e estão relacionadas com os medicamentos: risperidona, diazepam, clonazepam, sinvastatina, haloperidol, topiramato, bupropiona e nortriptilina, onde a carbamazepina aumenta o metabolismo desses fármacos, diminuindo a sua concentração plasmática e reduzindo a efetividade do tratamento. Pode também aumentar a concentração de metabólitos tóxicos, como ocorre com o topiramato. Nesses casos, sugere-se realizar ajuste de dose, quando possível, ou substituição da terapia por uma que não sofre influência de indução enzimática^{16,24,23}.

Em relação aos antidepressivos tricíclicos, como a nortriptilina, há também a possibilidade de ocorrer uma diminuição do limiar de convulsão, diminuindo a eficácia do tratamento com uso concomitante da carbamazepina. Sugere-se acompanhar os pacientes e realizar as intervenções necessárias para as interações, com adição de tratamentos paliativos (novos medicamentos), ou substituição do tratamento²³.

Outras interações moderadas podem ocorrer com a carbamazepina, como, por exemplo, com o valproato de sódio, pois este pode receber uma diminuição de 50 a 75% de sua concentração²⁵. Nesse caso, sugere-se acompanhar sinais e sintomas clínicos para buscar substituição de tratamento, principalmente se houver ajuste de dose²³.

A levopromazina e o biperideno em associação com a carbamazepina podem causar depressão do sistema nervoso central e/ou depressão respiratória, por sinergismo de efeitos nesses sistemas. Sugere-se muita cautela na administração concomitante e acompanhamento do paciente, com avaliação regular do sistema respiratório²³.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo pôde verificar a presença de potenciais interações medicamentosas moderadas em usuários do serviço do CAPS-ad do município de São Luís – MA e desta forma auxiliar no acompanhamento desses pacientes, por dar subsídio para a minimização de riscos à saúde e eventos adversos, além de assegurar

maior efetividade ao tratamento farmacológico e diminuir a não adesão medicamentosa.

De grande importância também, foi a identificação do perfil sócio demográfico comportamental desses usuários, com os resultados sendo confirmados pela literatura e ajudando a caracterizar e confirmar a prevalência do sexo masculino no tratamento de dependência do álcool e outras drogas.

Além disso, o estudo pode servir de base para se verificar que acompanhamento multiprofissional nesses pacientes pode interferir positivamente na diminuição do tratamento farmacológico e nos sintomas de abstinência dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2018: crise de opioides, abuso de medicamentos sob prescrição; cocaína e ópio atingem níveis recordes. Disponível em: Acesso: 29 dez. 2019.
2. WHO. Global Status Report Alcohol and Young. WHO/MSD/MSB/0011. 2019.
3. Nascimento LJ, Cruz JF, Santana BWJ, Campos ACL, Amorim VCSA. Uso de tabaco e outras drogas pelos adolescentes de escolas públicas de Pernambuco: um estudo piloto. *Adolesc Saude*. 2018;15(3):52-59.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília, DF; 2019.
5. Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Projeto diretrizes: abuso e dependência do crack, 31 ago; 2011.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília, DF; 2004.
7. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
8. Forte EB. Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; 2007.
9. Andrade KVF, Barreto ZDN. Perfil farmacoepidemiológico das interações medicamentosas potenciais em prescrições de psicofármacos. *Rev Eletrônica Farmácia*. 2014;11(4):72-85.
10. Leone R et al. Identifying adverse drug reactions associated with drug-drug interactions: data mining of a spontaneous reporting database in Italy. *Drug Saf*. 2010; 33:667-75.

11. Costa GM. Polifarmácia e Educação para o uso Correto de Medicamentos [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; 2015.
12. Lobo LB. Polifarmácia entre os Idosos de Dourados: um estudo de base Populacional [dissertação de mestrado]. Mato Grosso do Sul: Universidade Federal da Grande Dourados – Faculdade de Ciências da Saúde; 2015.
13. Marquito AB, Fernandes NMS, Colugnati FAB, Paula RB. Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica. *J Bras Nefrol.* 2014;36(1): 26-34.
14. Guarido CF. Influência da Atenção Farmacêutica no seguimento do tratamento farmacológico de pacientes portadores de prolactinoma [dissertação de mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2006.
15. Grassby PF. Adverse drug interactions. *Pract Nurse.* 2010;40:32-35.
16. Silva P. Farmacologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
17. Teixeira, PJR, Rocha FL. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. *Rio Grande do Sul. Rev Psiquiatr.* 2006 Maio/Ago;28(2):186-196.
18. Horn JR, Hansten P. Carbamazepine: watch for many potential drug interactions. *Pharmacy Times.* 2008 Fev.
19. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
20. Faria JGE, Schneider DR. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade.* 2009;21(3):324-333.
21. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc Anna Nery.* 2011 Jan/Mar;15(1):90-95.
22. Rossetti ACK, Santos VEP. Dependente químico: adesão ao tratamento. *Rev Tec-cient Enferm.* 2006;4(14): 34-41.
23. Drugs. Carbamazepine drug interactions. [internet]. Disponível em: <<https://www.drugs.com/drug-interactions/carbamazepine.html>>. [acesso em 30 Ago 2016].
24. Hachad H, Ragueneau-Majlessi I, Levy RH. New antiepileptic drugs: review on drug interactions. *Therapeutic Drug Monitoring.* 2002 Feb;24(1):91-103.
25. Perucca E. Clinically relevant drug interactions with antiepileptic drugs. *British Journal of Clinical Pharmacol*

Capítulo 16

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DESENVOLVIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE: RELATO DE EXPERIÊNCIAAdriana Maria da Silva¹Idaene Socorro da Silva²Jéssica de Oliveira Campos³Jackson George Gomes dos Santos Araújo⁴Jaciane Maria Soares dos Santos⁵**RESUMO**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) atua como grande aliado, proporcionando a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo a responsabilização e envolvimento de todos no cuidado do indivíduo e/ou família. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma equipe multiprofissional em saúde na elaboração de um PTS. Trata-se de um relato de experiência elaborado por Nutricionistas e Psicóloga residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização e Atenção a Saúde e Programa de Residência Uniprofissional do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco e Fisioterapeuta da equipe NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). Onde adotou-se etapas do PTS (Diagnóstico e Análise, Definição de Ações e Metas, Divisão de Responsabilidades e Reavaliação). Duas usuárias (mãe e filha) receberam visita domiciliar com a nutricionista após demanda ser repassada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS). Em escuta e avaliação clínica e bioquímica foram identificadas diversas patologias em ambas. Diante disso remeteu a necessidade de articular estratégias para traçar um plano de cuidado adequado. Assim criou-se um plano de metas, no qual possuíam prazos e responsáveis (Nutricionista, Psicóloga, Dentista, Fisioterapeuta e Educador Físico). A reavaliação do PTS é um processo importante que auxiliará na modificação ou inserimento de novas metas, caso seja necessário. Após seis meses desde a primeira intervenção, verificamos que, ambas conseguiram alcançar a maior parte das metas estabelecidas. Contudo, o PTS não está finalizado, é preciso que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a equipe NASF- AB dêem seguimento ao projeto.

Palavras chave: Atenção Primária. Equipe Multiprofissional. Saúde da Família

¹ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV)

² Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV)

³ Mestranda no Programa de Nutrição, Atividade Física e Plasticidade Fenotípica- Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

⁴ Especialista em Reabilitação Traumatológica - Ortopédica (UNICAP).

⁵ Nutricionista Residente pelo Programa de Residência Uniprofissional do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988, tem na Atenção Primária a Saúde (APS) a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao SUS (BRASIL, 2011).

Visando fortalecer a APS e conseqüentemente a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores específicos de forma interdisciplinar, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde - MS promulgou a Portaria 154/GM, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem seu trabalho orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial (ALMEIDA, 2013).

O apoio matricial é o modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, trazendo uma equipe multiprofissional que vai prestar assistência e cuidados em saúde no território, de forma interdisciplinar, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos (BRASIL, 2014).

No contexto do apoio matricial existe algumas possibilidades de operacionalização, e entre elas está o Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual voltam-se consigo toda a potência desse apoio, no qual garantirá ao PTS todas as suas vantagens (BRASIL, 2011).

Neste caminho, o Projeto Terapêutico Singular atua como grande aliado, proporcionando a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo a responsabilização e envolvimento de todos no cuidado do indivíduo e da família (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência de uma equipe multiprofissional em saúde na elaboração de um PTS.

DESENVOLVIMENTO

Fundamentação Teórica

O Projeto Terapêutico Singular é uma estratégia inovadora das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde, no qual se insere no contexto interdisciplinar, integralidade e multiprofissionalidade, onde possibilita a participação, reinserção social e construção da autonomia, além de nortear o cuidado (SILVA et al., 2013; CARVALHO et al., 2012; ROCHA; LUCENA, 2018).

E de acordo com o Ministério da Saúde, o PTS é definido como:

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007, n. 40).

Antes da construção do projeto terapêutico, a equipe deve eleger o sujeito e/ou coletivo que atenda aos critérios de vulnerabilidade e risco, onde são identificados a partir de consultas, visitas domiciliares, vigilância realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (SILVA et al., 2016).

Diante disso, os profissionais da equipe realizam reuniões para construir o PTS, onde esse momento é importante para entender o usuário de forma singular e consequentemente identificar as necessidades de saúde do núcleo familiar e propor ações que visem os cuidados em saúde daquele sujeito e/ou familiar, no qual tem como propósito atribuir saberes e troca de conhecimentos pela verbalização das dificuldades, no qual intermediará o acesso a serviços de atenção secundária e integrá-los as redes de apoio sociais, além de possibilitar autonomia ao indivíduo fazendo com que ele seja um sujeito ativo na construção do processo de saúde (BRASIL, 2007; SANTOS et al., 2016, SILVA et al., 2013).

Para a adesão dos usuários no PTS é necessário o vínculo com os profissionais integrados no projeto, ele é importante, pois facilita a participação deles nas ações. E esse processo é conhecido como humanização da saúde (SILVA et al., 2013, SILVA et al., 2016).

Para a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, o Projeto Terapêutico Singular é composto por quatro momentos: o Diagnóstico; a Definição de Metas; a Divisão de Responsabilidades; e a Reavaliação (BRASIL, 2007).

Dentre as suas vantagens, o PTS tem como estratégia sistematizar o cuidado com o sujeito, além de garantir a sua autonomia, organiza o processo de trabalho e fortalece o trabalho interdisciplinar (SILVA et al., 2016).

Entre as limitações para efetivação do projeto pode-se verificar a falta de comunicação, a visão uniprofissional e atendimento interprofissional, excesso de demandas e atividades, esses são os principais motivos da ausência da aplicabilidade do projeto terapêutico pela equipe. Diante disso deve-se ser dada maior atenção às questões de uma melhor comunicação e interação da equipe, construção de espaço multidisciplinares nas unidades de saúde para aplicar o projeto, formação acadêmica com visão multiprofissional e integralizada, e a sistematização do PTS para registro do trabalho, pois ele auxilia a aplicação das intervenções e nas reavaliações, no qual

possibilita a readequação do PTS (SILVA et al., 2013; CARVALHO et al., 2012; SILVA et al., 2016).

A elaboração do PTS também fortalece o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes. Portanto, a cultura de atendimento interprofissional ainda é comum e isso demonstra a necessidade de integração de toda a equipe de saúde, deste modo todas as áreas profissionais terão trocas de experiências e conhecimentos, e conseqüentemente melhora a qualidade da interação entre a equipe e nos atendimentos aos usuários (SILVA et al., 2013; SANTOS et al., 2016).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir de vivências teórico-práticas sobre clínica ampliada e PTS, do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização e Atenção a Saúde elaborado pelas Nutricionistas e Psicóloga residentes e Fisioterapeuta da equipe NASF-AB.

Etapas do PTS

De acordo com o MS, a primeira etapa do PTS ocorre através do Diagnóstico e Análise, nessa fase, o sujeito é avaliado em seus aspectos gerais como vulnerabilidade e potencialidades, além do interesse e seus desejos e, também as suas condições sociais, físicas e psíquicas. Posteriormente vem a Definição de Ações e Metas, na qual a equipe desenvolve o projeto fazendo propostas de curto, médio e longo prazo. A seguinte etapa é a Divisão de Responsabilidades, ela é importante para definir as atividades de cada membro das equipes e dos usuários. E a última fase é a Reavaliação, nela são discutidos os resultados e realizadas alterações caso necessário (BRASIL, 2014).

RESULTADOS

Apresentação do caso

S. M. A., 71 anos e a sua filha M. F. A., 46 anos receberam visita domiciliar com a profissional de nutrição após a demanda ser repassada pela Agente Comunitária de Saúde na reunião de matriciamento. Segundo a ACS, foi identificada a necessidade da visita, pois todos os componentes da família (04 pessoas) possuíam obesidade, além, de outras comorbidades, entretanto apenas a mãe e a filha desejaram a visita.

Em escuta e avaliação clínica e bioquímica foram identificadas diversas patologias em ambas, onde na mãe foi identificada com Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes, Dislipidemias, Anemia, Artrose, Artrite, Osteoporose, Câncer, Hiperuricemia, Nefrolitíase, Esteatose Hepática e Hipotireoidismo, enquanto a filha também possui várias patologias como Obesidade, HAS, Diabetes, Gastrite (com presença de *H. Pylori*), Hérnia de hiato, Esofagite, Colelitíase, Artrose, Artrite, Osteoporose e osteofitose (bico de papagaio).

Em Reunião de matriciamento posterior, a nutricionista pontua a necessidade junto à equipe de saúde da família de continuidade de cuidado do caso, pelas inúmeras questões apresentadas sendo pactuado uma nova visita domiciliar e a inserção de outros profissionais no cuidado do caso.

Na visita, estavam presentes as duas comunitárias. Entre as principais observações estão:

- Os familiares não compreendem o papel do cuidado com as usuárias, os quais são resistentes a mudanças, não existindo brecha de diálogo entre as comunitárias e seus familiares, o que não favorece discussões/reflexões e apoio emocional.
- Conflito entre mãe e filha por preferências divergentes.
- Analfabetismo das comunitárias, a qual dificulta no seguimento do tratamento nutricional e médico
- Dificuldade de locomoção, o que agrava as patologias presentes e reduz a autonomia da mãe e filha, o que leva ao quadro depressivo.

Problematizando o Caso de S. M. A. e M. F. A. (Diagnóstico)

O caso de S. M. A. e M. F. A. nos remeteu a necessidade de articularmos estratégias a fim de traçar um plano de cuidado adequado às necessidades de saúde do usuário. Nesse sentido, foram avaliadas as questões clínicas, psicológicas e sociais que envolvem o sujeito.

Diante da análise realizada pela equipe que acompanhou o caso foi possível identificar agravos de saúde, os quais estão relacionados aos maus hábitos de vida, como má alimentação e sedentarismo, ausências afetivas, na qual acabaram por desenvolver uma desestimulação com a comida, tanto no preparo quanto no consumo de uma alimentação adequada.

Deste modo existe o risco que vários outros agravos de saúde possam surgir, tanto relacionados à saúde física e psíquica, além de prejuízos nas relações sociais, como as questões que já está sendo compactuada pela equipe.

Quais Caminhos a Seguir?

Na construção de um PTS é importante envolver o comunitário e familiares, além de levar em consideração os desejos e direcionamentos que o próprio indivíduo quer seguir do cuidado proposto. No caso das usuárias, temos ainda de considerar a não contribuição dos familiares, o que pode dificultar nos resultados esperados para o caso. Tendo em vista essas considerações, algumas metas e estratégias podem ser construídas, ainda são necessárias as pactuações de todas as instâncias envolvidas.

Quadro 1- Construção de Projeto terapêutico singular de S. M. A. e M. F. A.

META	PRAZO	ENVOLVIDOS	RESPONSÁVEL TÉCNICO
Tratar em 100% os problemas dentários da usuária	Junho a Setembro de 2018	ESF, CEO, usuária	Dentista
Redução em 5% do peso e 80% no controle das taxas	Junho a Setembro de 2018	NASF, ESF, usuárias	Nutricionista
Envolver 50% dos familiares sobre responsabilização do cuidado	Junho a Setembro de 2018	NASF, ESF, usuárias, familiares	Psicóloga
Recuperar em 50% a locomoção das comunitárias	Junho a Dezembro de 2018	NASF, ESF, CURES, usuárias	Fisioterapeuta
Motivar 50% as usuárias a iniciar um programa de atividade física especializada (hidroginástica)	Junho a Dezembro de 2018	NASF, ESF, CURES, usuárias	Educador Físico
Acompanhar em 75% as mudanças e reflexões do usuário sobre sua relação com o ato de comer. Vislumbrar suas evoluções no processo psicoterapêutico.	Junho de 2018 a Junho de 2019	NASF e ESF	Nutricionista e Psicóloga

Fonte: Autores.

Continuidade do Cuidado (Reavaliação)

Prosseguir com o cuidado é tão importante quanto à implantação e pactuação das metas com os envolvidos, a continuidade do cuidado é um processo de

reavaliação do PTS, onde através deste poderá ser modificada ou inserida novas metas, caso seja necessário. Desse modo, o alcance dos objetivos deve ser sempre discutido com as equipes de saúde envolvidas, usuário e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da continuidade do cuidado, é possível estabelecer novas metas, passados seis meses desde a primeira intervenção, verificamos que, ambas conseguiram alcançar a maior parte das metas estabelecidas. Contudo, o PTS não está finalizado, é preciso que a ESF e a equipe NASF- AB, deem seguimento ao projeto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n.1, p. 01-09, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Editora MS. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 60 p., 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Vol1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho no cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 118 p., 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Caderno de Texto. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 157 p., 2011.

CARVALHO, L. G. P. et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado Interdisciplinar. **Rev Gaúcha Enferm**, 39:e2017-0057, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>.

SANTOS, K. H. O Trabalho de Profissionais na Residência Multiprofissional em Saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, p. 495-499, 2016.

SILVA, E. P. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde Singular. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013. DOI:10.4034/RBCS.2013.17.02.14

SILVA, A. I. S. et al. **Projeto Terapêutico Singular para Profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. **CogitareEnferm**, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016.

Capítulo 17

PSICOMOTRICIDADE NA SAÚDE COLETIVA: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTONO DO ESPECTRO AUTISTA.Shirley de Cássia Palmeira de Souza¹**RESUMO**

Considerando que um dos aspectos fundamentais à promoção da saúde é o estímulo a autonomia, este estudo tem como objetivo analisar e descrever como a psicomotricidade através dos novos caminhos na sua abordagem pode dialogar com a saúde e a doença nas suas intervenções profiláticas, educacionais e clínica, pesquisando e favorecendo essa relação psíquica corporal no tratamento do transtorno do Espectro Autista. Apresentando desafios e contribuições, a partir da análise dos prontuários dos pacientes na Clínica Pedagógica Heitor Carrilho, esclarecer como a psicomotricidade contribui no desenvolvimento infantil e sua importância no tratamento dessa patologia, bem como investigar qual o perfil epidemiológico desse setor. A pesquisa foi do tipo bibliográfico e pesquisa ação, através de sua abordagem pode-se concluir que a psicomotricidade através do brincar convida a criança ao desenvolvimento, auxiliando o paciente a manter sua autonomia, respeitando suas escolhas, além de auxiliar no tratamento dos aspectos emocionais e sociais. Analisamos os dados e traçamos o perfil epidemiológico do setor de psicomotricidade onde foi possível conhecer a população e suas patologias conseguindo perceber que há um maior número de criança com espectro autismo do desenvolvimento, 26 crianças das 68 analisadas. Encontramos algumas crianças apresentando traços e sintomas dessa patologia dentre as crianças sem diagnóstico. Fator muito relevante para a pequena população estudada.

Palavras-chave: Psicomotricidade. Transtorno do Espectro Autista. Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

Considering that one of the fundamental aspects of health promotion is the encouragement of autonomy, this study purpose to analyze and describe how psychomotricity through new ways in its approach can dialogue with health and disease in its prophylactic, educational and clinical interventions, researching and favoring this bodily psychic relationship. Through the analysis of the medical records of patients at the Pedagogical Clinic Heitor Carrillo, clarify how psychomotricity contributes to child development and its importance in the treatment of pathologies, as well as investigating the epidemiological profile of this sector. The research was bibliographic and action research, through its approach it can be concluded that psychomotricity through playing invites the child to development, helping the patient to maintain his autonomy, respecting his choices, in addition to helping in the treatment of emotional aspects and social. Analyze the data and trace the epidemiological profile of the psychomotricity sector where it was possible to know the population and its pathologies, managing to realize that there is a greater number of children with autism spectrum of development, 26 children out of 68 analyzed. We found some children showing traits and symptoms of this pathology among children without a diagnosis. Very relevant factor for the small population studied.

Keywords: Psychomotricity. Autism Spectrum Disorder. Child development.

¹ Graduada em Educação Física (UFRN); Especialista em Educação Motora (UFRN); Especialista em Psicomotricidade (UnP); Especialista em Saúde Coletiva, Educação e Gestão em Saúde

INTRODUÇÃO

A noção do bem-estar encontra-se, em grande parte condicionado a saúde física, mental e social, refletindo na qualidade de vida do ser humano. Diante deste fato, é essencial a expansão do conceito de saúde, incorporando recursos necessários a sua aquisição. Ser saudável não significa ausência de doença, está relacionado ao modo de viver e sua prevenção.

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população. A base da prevenção é o conhecimento epidemiológico, que pode ser traduzido em aprofundar o conhecimento sobre as doenças, avaliar as medidas e programas, intervenções de prevenção, controle e erradicação.

O seu objetivo maior é controlar a transmissão de doenças infecciosas e a redução de riscos de doenças degenerativas e outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação à saúde estruturam-se mediante a divulgação das informações científicas e de recomendações normativas de mudança de hábito.

Promover saúde significa fortalecer a capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde. Através da construção da capacidade de escolha, bem como utilizar o conhecimento com discernimento de atentar para as diferenças e singularidade das doenças. Além disso, reconhecer valores como subjetividade, autonomia e diferença, faz parte do discurso científico que a cerca de uma década manifestar-se mais explicitamente na saúde coletiva (COSTA & COSTA, 1990).

A Psicomotricidade tem como objetivo e trabalhar o homem de uma maneira integrada, através do seu corpo em movimento, numa interação com seu mundo interno e externo. Relaciona-se ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas.

Psicomotricidade é um conceito empregado para concepção de movimento organizado, em função das expectativas vividas pelos sujeitos, onde a ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização (SOCIEDADE.1982).

Buscar saúde não é uma questão de sobrevivência, mas de qualificação de existência (SANTOS, 1987). É algo que transcende a dimensão física, abrangendo a dimensão social, existencial e ética, através de uma trajetória singular, referida a situações concretas, ao engajamento e comprometimento dos sujeitos, em colocar o conhecido a serviço do que não é conhecido, na busca da verdade que emerge na experiência vivida (BADIOUS, 1995).

Considerando que um dos aspectos fundamentais à promoção da saúde é o estímulo a autonomia, este estudo vem analisar e descrever como a psicomotricidade através dos novos caminhos na sua abordagem pode dialogar com a saúde e a doença nas suas intervenções profiláticas, educacionais e clínica, investigando, pesquisando e favorecendo essa relação psíquica corporal. Através de sua prática esclarecer como a psicomotricidade contribui no desenvolvimento infantil e sua importância no tratamento das patologias, bem como sua abordagem nos avanços obtidos nessas relações entre o campo afetivo, neuromotor e cognitivo, onde cada vez mais percebe-se que a interdependência destes favorece a prevenção e promoção da saúde.

A relevância social dessa pesquisa está na reflexão que se pretende apresentar acerca da psicomotricidade enquanto ferramenta para tratamento das crianças nas suas patologias. Pretende-se participar ativamente desse contexto informando e orientando mães, buscando favorecer o desenvolvimento integral do seu filho através de uma linguagem acessível como também contribuir no sentido de observar, interpretar e ampliar o universo dos psicomotricista sobre as crianças e o tratamento do Transtorno do Espectro Autista.

Objetiva-se investigar e analisar os prontuários dos pacientes que fazem atendimento na Clínica Pedagógica Heitor Carrilho, visando entender as patologias e dar contribuição da psicomotricidade nesse tratamento com enfoque na saúde.

Neste contexto a pesquisa foi norteada pelas seguintes questões de estudo:

Como a psicomotricidade contribui para o desenvolvimento infantil?

Como a psicomotricidade auxilia no tratamento dessa patologia?

Qual o perfil epidemiológico do setor de psicomotricidade da Clínica Pedagógica Heitor Carrilho?

DESENVOLVIMENTO

A principal contribuição que podemos ver no sistema de saúde foi a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, e os serviços relacionados mais diretamente a área da saúde pública. Dentro dessa prática podemos relacionar e sublinhar os princípios que regem esse modelo, a afirmação da competência municipal, a integração de ramos de saúde pública frequentemente apartada dentro da organização institucional e, entre eles, a área assistencial.

Essa preocupação com a saúde da sociedade remonta desde a antiguidade, a necessidade de se criar conceitos sanitário que abrangesse essas necessidades que foram se desenhando ao longo dos anos.

Dentre eles podemos citar a saúde pública e a saúde coletiva, onde o primeiro a saúde pública consiste em um conjunto de ações e serviços de caráter sanitário que tenham como objetivo prevenir ou combater patologias ou quaisquer outros cenários que coloquem em risco a saúde da população (SAÚDE..., 2014).

Já a saúde coletiva consiste em um movimento sanitário de caráter social que surgiu no SUS, onde este é composto da integração das ciências sociais com as políticas de saúde pública. Neste contexto ela identifica variáveis de cunho social, econômico e ambiental que possam acarretar no desenvolvimento vários cenários de epidemias em determinada região, por meio de projeções feitas através da associação de dados sócias econômicos, com dados epidemiológicos é possível elaborar uma eficiente política de prevenção de acordo com as características da região. (SAÚDE...,2014)

A saúde coletiva ao discutir o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), como “situação de perfeito bem estar físico, mental e social”. Descreve que a saúde pode ser determinada pelo ambiente físico, social e econômico a que está exposto o seu estilo de vida. Passando da evolução do conceito de saúde para o saúde-doença podemos observar que refere-se a uma descrição da progressão ininterrupta em um indivíduo desde o momento de exposição aos agentes casuais até a recuperação ou morte (BHOPAL, 2008).

O conhecimento da história da doença auxilia favoravelmente no controle da doença, e esses é um dos principais elementos da epidemiologia descritiva. Almeida Filho e Rouquayrol (1992) discorre que os estudos epidemiológicos concentram-se na coleta de dados de três classes de fatores gerais: o agente, o hospedeiro e o ambiente, em seus aspectos quantitativos. Leavell & Clark (1985) retrata que é possível identificar momentos distintos na história da doença, orientando-se pela vertente epidemiológica desse conceito. Do ponto de vista epidemiológico podemos identificar 4 fases de evolução, associadas aos níveis de prevenções por ações de saúde.

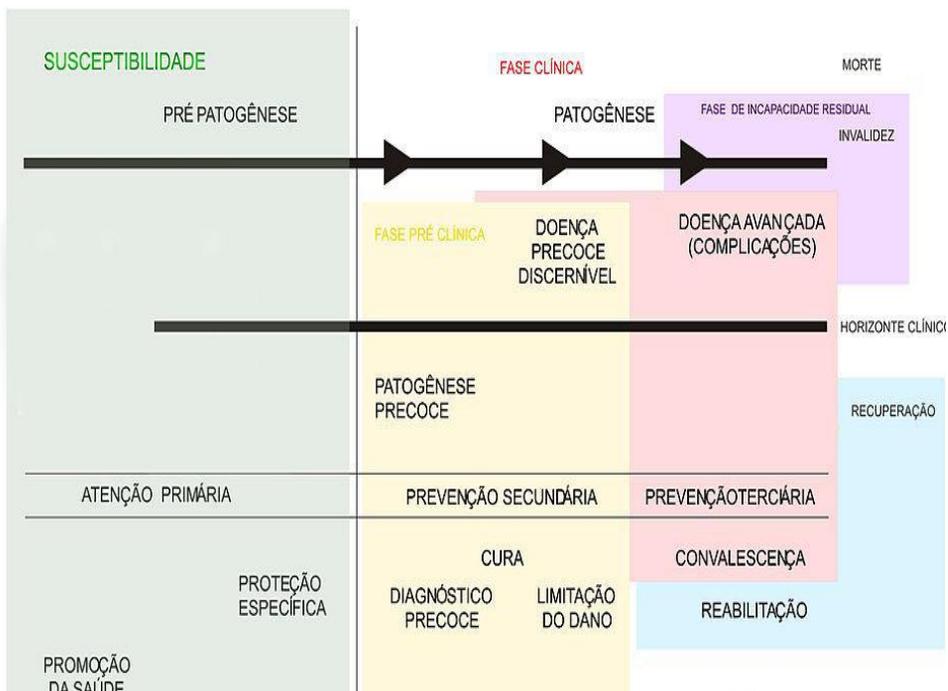
Fase inicial ou de susceptibilidade – período que antecede a doença, nesta fase não há a doença propriamente dita, mas há o risco de adoecer. É um período conhecido por associação de possíveis fatores causais às posteriores manifestações clínicas ou epidemiológicas das distintas patologias.

Fase pré-clínica – nesta fase do ponto de vista clínico a doença ainda está nos estágios de ausência de sintomatologia, embora o organismo já apresenta alterações patológicas.

Fase clínica – essa fase corresponde à expressão patológica em diferentes estágios de dano. Neste período as medidas já são tomadas, chamadas de ações secundárias e correspondem ao tratamento adequado para interromper o processo.

Fase de Incapacidade Residual – essa fase corresponde à adaptação ao meio ambiente como as sequelas produzidas pela doença e/ou ao controle das manifestações clínicas causadas pela doença.

História Natural da Doença em quatro fases da evolução e cinco níveis de prevenção



Fonte: Adaptada de Leavell & Clark (1985); Pereira (2005)

Neste enfoque o papel do profissional da saúde é atingir as potencialidades dos pacientes e de criar contextos que oportunizem o processo de crescimento pessoal. O profissional deve trabalhar como agente de mudança de uma realidade na qual a grande população é excluída do processo de produção e/ou consumo, sendo só excedentes ou simplesmente, como define Bauman,(2001) resíduos humanos de uma sociedade que lhes nega direitos e os priva de dignidade.

Levando em consideração os parâmetros já abordados faz necessário definir a construção da bioética da psicomotricidade. Normas estabelecidas pelo Psicomotricista que regem a conduta profissional. A privacidade e a confiabilidade são um direito do paciente formam parte do secreto profissional, os dados confiados e registrados na história clínica devem reger-se por essas normas (DEMARCHI, apud FERRERA, 2010).

Refletir um pouco a questão ética para a ação entre terapeuta e paciente no intuito de melhorar a qualidade de tal relação em benefício do paciente, isso se pode realizar à luz dos princípios e das regras morais da Medicina Clínica.

É importante ver esses parâmetros e fazer essa reflexão, no intuito de estudar e validar a conduta do psicomotricista pensando posteriormente em um código de ética, que só vem auxiliar no trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar principalmente no processo de identificar e analisar casos paradigmáticos onde intervenham atores profissionais da saúde (Psicomotricista, Psicólogos, Pedagogos, Psiquiátricos, Neuropediatras, dentre outros).

Na psicomotricidade toda a ação desenvolvida pela pessoa representa suas necessidades, vontades e permite suas relações com as demais. A motricidade dar-se pela ação do sistema nervoso sobre a musculatura, devido a sua resposta de estimulação sensorial. O psiquismo nesse processo é considerado como um conjunto de sensação, percepção, imagem, pensamento, afetos, etc. É a função psicomotora e a unidade que integra a incitação, a preparação, a organização do tempo, memória, motivação a atenção, etc.

A neurociência vem constatando que as terapias psicomotoras também atuam no cérebro, alterando seus circuitos neuroquímicos. Guedes (2010), ressalta que a psicanálise negada como ciência e comprovada por neurologistas cognitivas. Através de exames de laboratórios confirma-se que estruturas cerebrais essenciais para a formação da memória consciente não funcionam durante os primeiros anos de vida. “As vivências desse período não é como as registradas no cérebro, mas sim no corpo: o eu é antes de tudo um eu corporal” (FREUD, 1976, p. 40).

A concepção de corpo é a ideia, compreensão ou noção que o ser humano tem a respeito do seu próprio corpo, conseqüentemente sobre os corpos dos outros. Cabe ressaltar, evidentemente, que esta concepção está ligada a condicionantes históricos, culturais, econômicos, sociais e biológicos que estão embutidos na ideia de corpo.

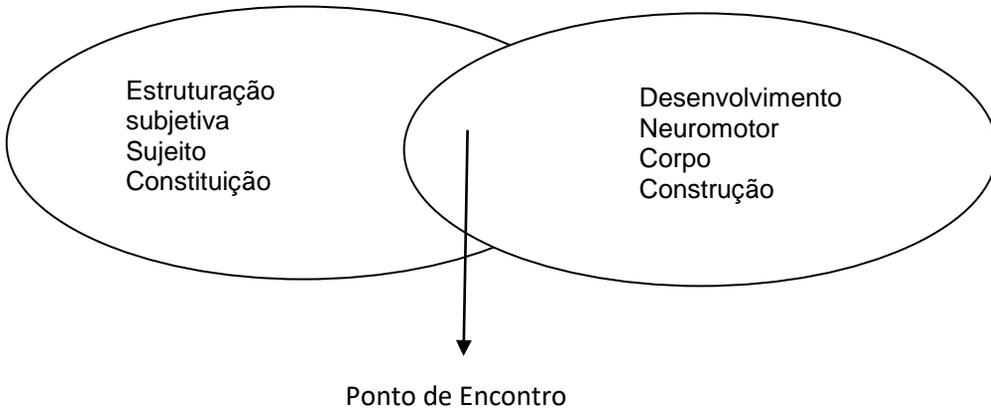
Cada indivíduo possui uma história de vida, seu modo próprio de estar no mundo. Na inter-relação dessas perspectivas é que se forma a sua concepção de corpo e mundo e através deste movimento o indivíduo se organiza no tempo e espaço.

Quando falamos em mundo, falamos também nas relações com o outro. As relações tônico-emocionais são as primeiras formas de comunicação do adulto com a criança, e nesta está presente toda atividade representante da totalidade psicomotora da criança, o seu “eu” no mundo. Através do progressivo contato com o adulto, a criança desenvolve esse conhecimento corporal, que lhe concede o acesso a uma grande fonte de sensações; imitações; reciprocidade e valores culturais.

O desejo do psicomotricista passará por esses pontos de encontro entre a estrutura subjetiva e o desenvolvimento psicomotor do sujeito.

O olhar psicomotor da estrutura e desenvolvimento comportam, por um lado, o que concerne a construção de um sujeito e da superfície do corpo e por outro, o que concerne a construção desta superfície e seu funcionamento (ESCRITOS..., 2001, p. 182).

Figura 1: Ponto de Encontro



Fonte: Escritos da Criança (2001, p. 43).

O desenvolvimento depende desse ponto de encontro apresentado na figura 1 acima, bem como depende do outro como ilustra o quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Estruturação cognitiva a partir da constituição subjetiva

D E S E N V O L V I M E N T O H U M A N O	A S P E C T O S	E S T R U T U R A I S	A P A R E L H O B I O L Ó G I C O	P A R T I C U L A R M E N T E M A T U R A Ç Ã O D O S N C	
		I N S T R U M E N T A I S			
	A S P E C T O S	A P A R E L H O C O N S T I T U I Ç Ã O D O S U J E I T O	F U N Ç Ã O I N T E L E C T U A L	A P A R E L H O P S I Q U I C O	D E S E N V O L V I M E N T O P S I C O M O T O C O M U N I C A Ç Ã O E L I N G U A G E M H Á B I T O S E S O C I A L I Z A Ç Ã O R E L A Ç Ã O C O M O B J E T O S B R I N Q U E D O - A P R E N D I Z A G E M

Fonte: Escritos da Criança (2001, p. 159)

Jerusalinsk (2001) define e explica de forma bem clara que a psicomotricidade e as conceituações que nela estão não resistem a qualquer interpretação do sentido. A teoria tem consistência pelos efeitos de sua lógica. Não se pode fazer qualquer justaposição teórica, prática ou clínica. Fala-se da estrutura, do sujeito, de desejo, do prazer, de imagem inconsciente do corpo, da transferência, do percurso pulsional, do fantasma, do outro, das funções imaginárias do eu, conceitos estes que provem todos do campo da psicanálise, não se pode renegá-los, mas sim, pelo contrário, articulá-los a cada especialidade, a cada ponto de encontro com rigor clínico e teórico de sua própria lógica.

Diante deste processo de mudança que vem passando a saúde, com ampliação do conceito, ganha um aspecto positivo e mais abrangente além de médicos entram outros profissionais, formando uma rede de intersectorialidade que combina e compartilha saberes para o planejamento de ações cujo os objetivos são a qualidade de vida, além do tratamento, a promoção e a proteção da saúde da população.

A metodologia utilizada neste artigo foi a pesquisa ação, a primeira desenvolvida com base no referencial elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (Gil,2008).

Características da pesquisa:

O processo de pesquisa torna-se um processo de aprendizagem, para todos os participantes, onde fica claro a separação de sujeito e objeto e estudo.

É auto avaliativa, isto é, as modificações introduzidas na prática e avaliadas no decorrer do processo de intervenção;

É cíclica, e os resultados finais são usados para aprimorar os resultados das fases anteriores.

A pesquisa foi realizada no Centro de Reabilitação Heitor Carrilho, fundada em 05 de abril de 1995, tem como missão a promoção e articulação de ações para efetiva inclusão de crianças e adolescentes na sociedade, através de educação básica de qualidade de vida da pessoa com deficiência e necessidades educacionais especiais, através da inclusão e do exercício da cidadania.

Nesta proposta a intervenção psicomotora vem contribuindo no tratamento de crianças nas suas diversas patologias e sintomatologia, tais como transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, paralisia cerebral, síndrome de down, dentre outras. Neste momento se faz necessário aprofundar os estudos e intervenções no transtorno do espectro autista por se tratar de um transtorno do desenvolvimento, que teve maior incidência no levantamento do perfil epidemiológico do setor, onde dos 68 pacientes, 26, estão no Espectro Autista

Por se tratar de um setor de estimulação, encontramos crianças numa faixa etária de 2 a 8 anos, a maioria na faixa de 3 a 5 anos de idade, que corresponde ao pré-operatório, ou seja já passou do sensório motor, onde naturalmente tem a curiosidade de explorar o ambiente. Passando para uma fase que já tem controle das ações corporais, no espaço e tempo, onde a criança já sobe, desce, fecha, encontra.

Segundo o Ministério da Saúde o autismo é considerado uma síndrome Neuropsiquiátrica. Embora a etiologia específica não tenha sido identificada, estudos apresentam a presença de certos fatores genéticos e neurobiológicos que devem estar associados ao Transtorno do Espectro Autista (anomalia ou fisiológica do SNC, problemas constitucionais inatos, com preposição biologicamente).

Fatores de riscos psicossociais também foram associados, problemas de interações sociais e de comportamento limitado e repetitivo. Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sistemas podem estar ou não presentes, porém, as características de isolamento e imutabilidade de condutas estão sempre presentes.

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico dessas patologias e iniciado o tratamento menor será o impacto na rotina da criança e daqueles com quem elas convivem. Faz-se necessário um envolvimento da criança, da família, da escola e de todos os profissionais envolvidos no tratamento.

Propondo que sejam feitas parcerias com diversos profissionais, compondo uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicomotricista e pedagogos. É importante que o trabalho seja voltado para um atendimento de qualidade, oferecendo suporte para o paciente dentro de suas patologias.

A intervenção do psicomotricista aparece justamente na contribuição da criança recuperar o domínio e o controle do corpo. Auxiliando o paciente/aluno a manter alguma independência e autonomia, respeitando suas escolhas e procurando entender seus sinais, que possam contribuir para a manutenção do desejo de viver.

Traçando o perfil do desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças, o Profissional tem a oportunidade de intervir neste processo na organização neurológica, que perpassa pelo próprio desenvolvimento ontogênico, que consiste no desenvolvimento natural do ser humano rolar, rastejar, engatinhar, etc. Bem otimizar a estimulação no sistema sensorial, tátil e cenestésico. Essa primeira fase da organização neurológica perpassa pelo esquema corporal e desenvolvimento da lateralidade tornando o indivíduo apto a dominar seu corpo, espaço e fazer todos os movimentos oferecidos pela vida (FONSÊCA, 1995).

É importante analisar se o desenvolvimento da criança se encontra no estágio relativo a idade cronológica, com o fim de uma avaliação mais criteriosa acerca da organização neurológica do indivíduo. Vários instrumentos podem ser utilizados neste intuito de detectar possíveis problemas no desenvolvimento, dentre eles: o Manual de observação psicomotora (VICTOR DA FONSECA, 1995), o DENVER II (SABATÉS,) e a própria caderneta da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE), pode dar aos profissionais indicativos de problemas, onde requer um olhar cuidadoso.

O tratamento das patologias se dá dessa forma, neste processo de construção. Onde a criança aprende a emitir respostas ao executar tarefas específicas. As conexões que não são interligadas neste período acabam sendo descartadas. Sendo o cérebro um ecossistema dinâmico, em um meio capaz de oferecer-lhe uma série de estímulos e informações, tem-se a possibilidade de germinar novas sinapses neurais, constituindo-se novas ramificações. Esse novo caminho vem sendo fortalecido à medida que os estímulos enviados seguem com frequência e duração o que chamamos de Neuroplasticidade (FONSÊCA, 1995).

Os jogos e as brincadeiras neste contexto, envolvendo o corpo possibilitando tanto desenvolver o sentido quanto a orientação, espacialidade e temporalidade. Vários desses aspectos influenciam no campo matemático, bem como auxilia na ampliação da plasticidade cerebral, sendo um eficaz instrumento na organização corporal e sensorial nas crianças com transtorno do espectro autista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na observação, levantamento epidemiológico e a fundamentação teórica realizada pode-se concluir que a psicomotricidades através do brincar convida a criança ao desenvolvimento. Traçando objetivos e metas através de atividades que a auxiliam a alcançar sempre estágio superior ao que se encontra. Ocorrendo uma organização neurológica e sensorial, que perpassa pelo próprio desenvolvimento ontogênico, desde os movimentos mais simples ao mais complexo adquirindo noção como esquema corporal, lateralidade, tornando o indivíduo apto a dominar seu corpo, no tempo e no espaço (FONSECA, 1995).

Todo o trabalho da psicomotricidade se dá numa construção continua, no tratamento das patologias é importante analisar se o desenvolvimento da criança encontra-se relativo à idade cronológica, que normalmente encontra-se um atraso neuropsicomotor. E este é estimulado através de atividades onde a criança tenha que realizar tarefas específicas, possibilitando novos caminhos e conexões neurais (Neuro plasticidade), que vai se fortalecendo à medida que os estímulos são

enviados. Auxiliando o paciente a manter a sua autonomia, respeitando suas escolhas, além de auxiliar no tratamento dos aspectos emocionais e sociais.

Ao analisarmos os dados e traçarmos o perfil epidemiológico do setor de psicomotricidade foi possível conhecer a população e suas patologias, perceber que há um maior número de criança com espectro autismo do desenvolvimento totalizando 26 crianças das 68 analisadas. Encontramos algumas crianças apresentando traços e sintomas dessa patologia dentre as crianças sem diagnóstico. Fator muito relevante para a pequena população estudada.

O número exato de crianças com autismo no mundo é desconhecido pelos centros de controle e prevenção de doenças dos EUA sugere que o autismo e seus distúrbios relacionados são muito mais comuns do que se imagina. As primeiras pesquisas epidemiológicas, foram realizadas a partir de 1960, situaram a taxa de 2 a 5 crianças em 10 mil, estudos mais recentes provenientes de diversos países, indicam uma taxa de 12 a 13 pessoas em 10 mil. (DUMAS,2011).

Não está claro se isso se deve a um aumento da taxa da doença ou à maior capacidade de diagnosticar o problema (RODHE et. al., 2000).

O autismo afeta quatro a cinco vezes mais meninos do que meninas. Renda familiar, educação e estilo de vida parecem não no risco do autismo.

Diante dos resultados obtidos a partir desse pequeno perfil epidemiológico, pode-se perceber o profissional da psicomotricidade possuir um papel importante nas ações de promoção da saúde bem como na reabilitação através de ações educativas que visem a qualidade de vida dessas crianças.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Atheneu, 1972.

_____. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1983.

ALBUQUERQUE. **Neurociências e Psicologia**. Atlântica editora,1983.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BHOPAL, R. S. **Concepts of Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Autismo. 2013. Disponível em: <http://estatico.redeglobo.com/2013/08/02/cartilha_autismo.pdf >. Acesso em: 23 jul. 2018.

_____. **Psicomotricidade: perspectiva multidisciplinares**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DUMAS, E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. Porto Alegre: Artmed,2011.

FERREIRA, C., (org.) **Psicomotricidade na saúde**. Rio de Janeiro: Wark editora, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora**. Petrópolis: Vozes, 1995.

LE BOULCH, Jean. **O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos seis anos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Criança**. 8º ed. Brasil: 2013.

SAÚDE pública ou saúde coletiva - Qual a diferença entre os termos? 2014. In: PORTAL EDUCAÇÃO Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/55414/saude-publica-ou-saude-coletiva-qual-a-diferenca-entre-os-terminos?zanpid=2033404811068036096#ixzz3Zz57tFmk>. Acesso em: 2018

Capítulo 18

**RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES NO PÉ
DIABÉTICO: REVISÃO INTEGRATIVA**Líndia Kalliana da Costa Araújo Alves Carvalho¹Bianca Costa Lima²Maria Nauside Pessoa da Silva³Amanda de Andrade Gomes Silva⁴Jairo Edielson Rodrigues Barbosa de Sousa⁵**RESUMO**

Objetivou-se com esse estudo identificar as principais recomendações acerca da prevenção e tratamento de lesões do pé diabético relacionando com as evidências tecnológicas do cuidar que poderão evitar o agravamento das ulcerações e posteriormente possíveis amputações, verificando as principais condutas do enfermeiro frente ao paciente com lesão do pé diabético. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, os critérios de inclusão foram apenas artigos que abordaram a temática sobre as complicações, prevenções e tratamento do pé diabético, nos idiomas português, espanhol e inglês publicado em periódicos nacionais e internacionais no período de 2014 a 2019, disponíveis em textos completos originais e resumos. Para realização desse estudo os artigos foram selecionados e identificados por meio de análise do título, leitura dos resumos, objetivos, conclusões, e ano de publicação para serem avaliados na íntegra. A análise da produção científica proporcionou evidenciar que o tempo de convivência com a doença e a idade avançada são fatores potenciais para o desenvolvimento das complicações agudas e crônicas. Tornando-se o pé diabético a complicação mais comum sendo responsável por maiores números de internações e amputação de membros inferiores. Em virtude do que foi mencionado a prevenção de úlceras e amputações em pacientes diabéticos é essencial, possuindo o enfermeiro papel importante no que tange a prevenção e tratamento, avaliando o tecido presente no leito da ferida, seu aspecto, e dimensão, fazendo avaliação das principais comorbidades e fatores que interferem no processo de cicatrização, para definir a escolha da cobertura e do curativo adequado.

Palavras-chave: Pé Diabético. Prevenção. Complicações. Diabetes Mellitus. Prevenção Primária.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the main recommendations about the prevention of diabetic foot injuries relating to the technological evidences of care

¹Enfermeira; Mestre em Saúde da Família – UNINOVAFAPI; Doutoranda em biotecnologia – RENORBIO/UFPI.

² Enfermeira; Pós-graduanda em Urgência e Emergência – Faculdade SEVEN. Teresina/Pi – Brasil

³ Enfermeira; Teóloga; Mestre em Saúde da Família – UNINOVAFAPI; Doutoranda em biotecnologia – RENORBIO//UFPI; Docente da Faculdade UNINASSAU e Centro de Educação Tecnológica de Teresina – CET.

⁴ Enfermeira; Mestre em Ciências e Saúde – UFPI.

⁵ Enfermeiro; Mestre em Enfermagem – UFPI; Doutorando em Educação – UNR; Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

that may prevent the aggravation of ulcerations and later possible amputations, verifying the nurse's main conduct regarding the patient with diabetic foot injury. This is an integrative bibliographic review, the inclusion criteria were only articles that addressed the issues of complications and preventions of diabetic foot. In Portuguese, Spanish and English language published in national and international journals from 2014 to 2019, available in full texts and abstracts. For this study, the articles were selected and identified through title analysis, reading of abstracts, objectives, conclusions, and year of publication to be fully evaluated. The analysis of the scientific production provided evidence that the time of living with the disease and advanced age are potential factors for the development of acute and chronic complications. Becoming the diabetic foot the most common complication being responsible for higher numbers of hospitalizations and lower limb amputation. Due to what has been mentioned, the prevention of ulcers and amputations in diabetic patients is essential, and the nurse has an important role in prevention and treatment. Evaluating the tissue present in the wound bed, its aspect and size, assessing the main comorbidities and factors that interfere with the healing process, to define the choice of coverage and the appropriate dressing.

Keywords: Diabetic Foot. Prevention. Complications. Diabetes mellitus. Primary prevention.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) apresenta uma prevalência relacionada ao processo de envelhecimento que, por consequência, está relacionado à urbanização, ao crescimento demográfico populacional, e vem acarretando modificações nos padrões dietéticos, ocasionando um crescente aumento de pessoas obesas e no sedentarismo (BERNINI et al., 2017). A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) apresenta um número de pessoas com diabetes superior a 642 milhões em 2040, se as tendências atuais persistirem (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018).

A população brasileira está envelhecendo, sendo mais de 25,8% desta composta por idosos, e esse crescimento da população idosa, eleva os riscos de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o que vem causando preocupação por parte da equipe de saúde, no que tange à qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que essas enfermidades são altamente limitantes e reduzem as expectativas de vida da população (SANTOS et al., 2015).

Considerado um problema para a saúde pública no Brasil, compreendendo 23 milhões de pessoas, é a segunda doença crônica mais comum na população brasileira, ocasionando prejuízos aos cofres públicos, ocasionando 2,4 vezes mais despesas médicas que os pacientes que não são diabéticos (SOUZA et al., 2016).

Atualmente, essa é a doença metabólica de maior impacto na sociedade e é considerada epidemiologicamente grave uma vez que altera o funcionamento metabólico do organismo como um todo, refletindo nos sistemas endócrino, urinário,

cardiovascular e no cérebro, mas principalmente no sistema digestório por causa das anomalias na secreção da insulina por meio das células do pâncreas (DE OLIVEIRA et al., 2016).

A principal característica do DM é a concentração de níveis elevados de açúcar no sangue, também conhecida por hiperglicemia, decorrente da deficiência na produção e/ou ação da insulina. Este quadro clínico favorece para o aparecimento, em longo prazo, de complicações macro vasculares, como doença vascular cerebral, doenças nas artérias coronárias e vasculares periféricas, além de causar complicações nos rins e na visão (OLIVEIRA et al., 2016).

Embora seja considerada uma doença silenciosa, o DM, pode apresentar desde sinais e sintomas clássicos como dormência nos membros inferiores (MMII) e superiores (MMSS), boca seca, sensação constante de fadiga, polidipsia, polifagia, poliúria e visão turva, até algumas complicações mais severas como a neuropatia diabética, o coma hipoglicêmico, a cetoacidose, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, neuropatia, nefropatia e retinopatia (MENEZES; LOPES; NOGUEIRA, 2016).

Uma das principais complicações advindas da neuropatia diabética é o conhecido pé diabético, que por sua vez é caracterizado por lesões ocasionadas por traumas que passam despercebidos, nos MMII afetados pela neuropatia e podem evoluir para lesões com instalação de infecções, que por sua vez podem resultar em gangrena, uma vez que o processo natural de cicatrização do organismo encontra-se comprometido por causa da doença, resultando em alguns casos em amputação, implicando em grande impacto na qualidade de vida desses pacientes, por meio da redução da autoestima e alterações na vida diária. (SENTEIO et al., 2018).

Por serem lesões que necessitem de um tratamento prolongado e direcionado e a não cicatrização estar associada a um declínio progressivo da qualidade de vida, resultando em alto custo para os serviços de saúde, ressalta-se que o acompanhamento com a equipe de enfermagem por meio de consultas, palestras e diálogos são medidas preventivas que devem ser oferecidas para que motivados e com os conhecimentos necessários, as pessoas vivendo com DM possam identificar os problemas e ações a serem adotadas. A diminuição das complicações depende do conhecimento ofertado, pelas mudanças no estilo vida (alimentação, atividades físicas) e desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. Assim é importante também que, os enfermeiros recebam formação continuada para melhor atender e cuidar dos pacientes portadores dessa comorbidade (FERREIRA et al., 2014; REZENDE NETA; SILVA; SILVA, 2015).

Diante disso, este estudo tem por objetivo identificar as principais recomendações acerca da prevenção e tratamento de lesões do pé diabético relacionando com as evidências tecnológicas do cuidar que poderão evitar o agravamento das ulcerações e posteriormente possíveis amputações, verificando as principais condutas do enfermeiro frente ao paciente com lesão do pé diabético.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa que permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase experimental, sintetizando resultados de pesquisas já realizadas, e verifica sobre tudo as conclusões do corpus da literatura sobre os estudos relacionados à questão norteadora que orienta a busca desta literatura (SOARES et al., 2014).

A busca foi realizada nas bases de dados: Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, utilizando descritores “Pé Diabético”, “Prevenção”, “Complicações”, “Diabetes Mellitus”, “Prevenção Primária” e o operador booleano (AND), nos quais foram encontrados 60 referências: 08 no Lilacs, 30 no Scielo e 22 no Google Acadêmico.

Após a aplicação dos critérios de inclusão - artigos que abordaram a temática sobre as complicações, prevenções e tratamento do pé diabético, nos idiomas português, espanhol e inglês publicado em periódicos nacionais e internacionais no período de 2014 a 2019, disponíveis em textos completos originais e resumos e leitura minuciosa dos resumos e posteriormente dos textos completos foram utilizados 17 artigos para este estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão e extração dos dados dos artigos utilizados nesta pesquisa as informações serão apresentadas em categorias temáticas conforme a similaridade, a saber: Complicações Decorrentes Do Diabetes; Medidas Preventivas para Lesões do Pé Diabético; Condutas para o Tratamento de Lesões do Pé Diabético.

COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO DIABETES

A doença do pé diabético é uma das mais recorrentes do DM II, sendo responsável por 90% dos casos de internações e amputações de membros inferiores. Dez anos com a doença o paciente pode vir a desenvolver complicações associadas

às infecções, que evoluem culminando com as amputações não traumáticas dos membros inferiores (SANTOS et al., 2015).

Em sua pesquisa, Cortez et al (2015) apresenta uma associação das complicações entre o tempo com a doença e pessoas idosas, visto que o percentual de idosos entre os que tem a doença há mais de 10 anos é maior do que o percentual de quem tem a doença há menos de 05 anos, afirmando que quanto maior o tempo de doença e mais avançada é a idade, maior é a possibilidade de aparecimento das complicações.

Cecilio et al (2015) observou que os pacientes que convivem com a doença após 15 a 20 anos, apesar do tratamento, podem apresentar diversas complicações agudas e crônicas, como disfunção e falência dos rins, nervos, olhos, coração e vasos sanguíneos, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Conforme Scain; Franzen; Hirakata (2018) o controle inadequado do diabetes carrega uma carga de doenças pelas complicações crônicas e agudas e pelo aumento da mortalidade, o pé diabético vem sendo considerado a complicação final do DM, e os principais motivos das úlceras e infecções nos membros inferiores compreendem a neuropatia diabética, a pressão plantar e o trauma, bem como distúrbios no processo de cicatrização e no sistema imune.

Roque; Cauduro; Moraes (2017) em seu estudo demonstram que a Neuropatia periférica é a forma mais comum em pacientes com diabetes mellitus, afeta as extremidades, geralmente diagnosticada 20 a 25 anos após o seu início em 50% a 60% dos pacientes diabéticos. Os seus sintomas são dormência, redução da capacidade de sentir dor ou alterações de temperatura, especialmente nos pés e dedos, sensação de formigamento ou queimação e fraqueza muscular, em consequência disto podendo trazer problemas mais graves nos pés, como o pé diabético que evoluem para úlceras, infecções, deformidades, dores ósseas e articulares. As lesões podem levar a amputações, porque devido à perda da sensibilidade dos pés, esses pacientes não percebem pequenos traumas, que podem acontecer de formas repetitivas, incluindo calosidades e rachaduras nos pés.

Nota-se que o Pé Diabético é uma das complicações mais comuns e devastadoras, devido ao grande numero de casos que evoluem para amputação, ele compreende uma gama de processos fisiopatológicos que variam desde infecção, aparecimento de úlceras com destruição de tecidos, desequilíbrios neurológicos e implicações vasculares, causando uma aflição na qualidade de vida dos indivíduos (ANDRADE et al., 2019).

Corroborando com a ideia dos autores, a Federação Internacional de Diabetes, demonstra que o diabetes pode causar danos quando a glicemia e a pressão sanguínea estão muito altas. A doença do Pé Diabético é uma das complicações mais caras do diabetes e pode resultar em um importante ônus econômico, social e de saúde pública; especialmente em comunidades de baixa renda, se não houver um programa educacional adequado, essas pessoas correm um risco de amputação 10 a 20 vezes maior.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LESÕES DO PÉ DIABÉTICO

Segundo Policarpo et al., (2014) o reconhecimento precoce das condições associadas ao desenvolvimento de lesões diabéticas possibilita medidas antecipadas e planejadas dos profissionais de saúde, essencialmente na implementação de ações para retardar a instalação dessas lesões, o monitoramento e controle metabólico, educação dos pacientes, avaliação frequente e eficaz dos pés, são exemplos dessas ações. É imprescindível que os enfermeiros estejam cientes da importância de uma assistência de qualidade, verificando os agravantes de saúde de seus clientes e fazendo acompanhamento da patologia. Os cuidados preventivos iniciam-se na identificação dos pacientes em risco, por meio de exame clínico detalhado: investigação de neuropatia, deformidades, doença arterial periférica e aferição de pulsos distais. Quando identificado alguma alteração de risco, o paciente deve ser orientado quanto aos cuidados necessários.

Para se prevenir o quadro clínico do pé diabético, somente cuidados específicos não bastam, é essencial atender a todas as necessidades consequentes do DM, objetivando manter o controle glicêmico. Os cuidados preventivos orientados ao paciente e aos seus familiares se tomam a melhor forma de evitar o desenvolvimento de complicações, tendo o enfermeiro um papel essencial enquanto educador em saúde no ensino das medidas preventivas, estimulando o autocuidado desses pacientes (PEREIRA, et al., 2017).

De acordo com Sousa et al., (2017) o profissional enfermeiro por estar continuamente em contato com a comunidade, por meio de visitas domiciliares e consultas, cabe-lhe a responsabilidade de promoção, proteção e recuperação da saúde, em atribuição a continuidade do cuidado. Portanto pode-se compreender que o cuidado deve ser realizado através da participação do usuário diabético no processo saúde-doença. Diante dessas oportunidades o enfermeiro pode repassar informações sobre a higienização correta dos pés, corte das unhas, remoção de calos, hidratação dos pés, orientação quanto à utilização de calçados adequados,

esclarecendo a importância da avaliação rotineira dos pés, como fator vital para a prevenção primária.

A prevenção está associada ao controle com acompanhamento da vida clínica do paciente, buscando a ocorrência de lesões ou amputações anteriores, observando existe a incapacidade do paciente para realizar o autocuidado com os pés, avaliando também através da realização de testes com monofilamento de 10g ou diapasão de 128Hz, pesquisando a sensação tátil e dolorosa (RAMIREZ-PERDOMO; PERDOMO-ROMERO; RODRIGUES-VÉLEZ; 2019).

A retirada de cutícula, o uso de calçados e o tipo e cor das meias interferem na qualidade de vida destes pacientes, estudos realizados evidenciaram um alto percentual de pessoas que realizam o corte das unhas de forma inadequada, demonstrando que a prevenção e os cuidados da equipe de enfermagem fazem a diferença (SILVA et al., 2017).

CONDUTAS PARA O TRATAMENTO DE LESÕES DO PÉ DIABÉTICO

Atualmente existem diversas opções de condutas para as lesões do pé diabético tais como: terapias tópicas para promover desbridamento de tecidos desvitalizados; melhorar a angiogênese; oxigenoterapia e derme humana. Medidas tópicas eficazes como espuma e filmes de poliuretano, a fim de manter o meio úmido e auxiliar no desbridamento. Uma lesão limpa, com pequena quantidade de exsudato e com presença de tecido de granulação, provavelmente cicatrizará (COLODETTI, 2018).

Silva et al (2019) em seu estudo destacaram alguns curativos usados para o tratamento de úlceras do pé diabético: a terapia com oxigênio tópico (sistema Natrox) que representa um importante substrato para os mecanismos de reparação tecidual e nos processos de respostas antibacterianas; alginato de prata nanocristalina (nAg) utilizado em feridas infectadas e profundas, com moderada a alta exsudação, potencialmente efetivo; ácido hialurônico (AH) sendo utilizado com curativos adicionais no tratamento de úlceras diabéticas, observando que o tempo de cicatrização das úlceras tratadas com AH foi mais rápido e a taxa de cicatrização completa foi maior.

Os curativos são utilizados para melhorar as condições do leito da ferida, a papaína vem sendo muito utilizada, por atuar principalmente no desbridamento enzimático, autolítico e no controle bacteriano. Utilizada em tecidos desvitalizados e com presença de necrose, sem afetar o tecido sadio, isso ocorre porque a papaína causa a proteólise, degradação de proteínas e aminoácidos. Possui também função

anti-inflamatória, bactericida e bacteriostática, que detêm o crescimento de determinadas bactérias, dificultando sua proliferação, também demonstrou que o tratamento de feridas crônicas com uso da papaína pode diminuir o tempo de cicatrização, mas que a associação da papaína com AGE é um valioso recurso no tratamento dessas lesões (AGUIAR, JR et al., 2015).

O uso do laser como procedimento terapêutico tem contribuído para uma melhor qualidade de vida aos pacientes com pé diabético. Os resultados são rápidos em ações regeneradoras, anti-inflamatórias e cicatrizantes. Os pacientes se sentem mais satisfeitos com o tratamento de laser terapia, por causa das respostas em curto prazo. A terapia de baixa potência tem se tornado popular por causa dos seus efeitos, mostrando-se dependente do comprimento de onda, potência, dose e tempo aplicado (MEIRELES et al., 2014).

Entretanto, a literatura tem evidenciado que em algumas situações a laserterapia causa riscos, como nos casos de hipersensibilidade à radiação por meio de reações cutâneas, possibilidade de hemorragia por vasodilatação, aceleração de proliferação de células carcinogênicas, estímulo à atividade bacteriana, sendo contra indicada em gestantes. Desse modo, é imprescindível que sejam realizados procedimentos antes da aplicação do laser nas lesões de pele, como uma limpeza efetiva a fim de remover materiais que possam interferir na radiação, visto que a pele é uma estrutura complexa em que é difícil quantificar a absorção e penetração da laserterapia (PETZ, 2015).

A laserterapia é uma terapia adjuvante, para cicatrização das úlceras do pé diabético utilizando coberturas especiais, que são tecnologias do cuidar que favorecem a cicatrização; A escolha da cobertura dependerá da característica específica presente em cada lesão, sendo feita uma avaliação do leito da ferida, identificando localização, grau, tamanho, tipo(s) de tecido, condição da pele perilesional, bordas da ferida, trato sinusal, cavitações, tunelização, exsudato e odor (DF, 2018).

CONCLUSÃO

A análise da produção científica proporcionou evidenciar que o tempo de convivência com a doença e a idade avançada são fatores potenciais para o desenvolvimento das complicações agudas e crônicas. Tornando-se o pé diabético a complicação mais comum sendo responsável por maiores números de internações e amputação de membros inferiores.

Em virtude do que foi mencionado a prevenção de úlceras e amputações em pacientes diabéticos é essencial, possuindo o enfermeiro papel importante no que tange a prevenção e tratamento, por ser um dos profissionais de saúde que mais convive entre os seus pacientes, em consultas, visitas domiciliares e ações educativas, desenvolvendo nos pacientes o autocuidado, mencionando fatores de riscos, para uma percepção precoce do pé diabético.

Por todos os aspectos o profissional enfermeiro exerce atuação eficaz no tratamento das feridas, avaliando o tecido presente no leito da ferida, seu aspecto, e dimensão, fazendo avaliação das principais comorbidades e fatores que interferem no processo de cicatrização, para definir a escolha da cobertura e do curativo adequado, e executa-los nas lesões dos pacientes sob seus cuidados. Fazendo-se necessário que o enfermeiro esteja em constante busca de conhecimento, e atualização sobre novos curativos, coberturas e tecnologias, para que se possa ter resultado rápido e eficiente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. L. et al., Caracterização e tratamento de úlceras do pé diabético em um ambulatório. **Rev Fun Care Online**. v.11, n.1, p:124-128. jan/mar. 2019.

AGUIAR, JR. A. C. et al., Análise do atendimento clínico de portadores de úlceras crônicas em membros inferiores. **Rev.Bras.Cir.Plást**. v.30, n.2, p:258-263. 2015.

BERNINI, L. S. et al., O impacto do Diabetes Mellitus na qualidade de vida de pacientes da unidade básica de saúde. **Cad Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n.3, p:533-541, 2017.

CECILIO, H. P. M et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta Paul Enferm**. v.28, n.2, p:113-9. 2015.

COLODETTI, R. Cuidado tópico da úlcera do pé diabético: aplicativo móvel para subsídio à tomada de decisão. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal do Espírito Santo. 2018.

CORTEZ, D. N. et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm**. V.28, n.3, p:250-5., 2015.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

DF, DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado De Saúde. Protocolo de Manejo do Pé Diabético na Atenção Primária e Especializada de Saúde, p:9-14, 2018.

FERREIRA, V. et al. Consulta multidisciplinar do pé diabético – avaliação dos fatores de mau prognóstico. **Angiol Cir Vasc**. V. 10, n. 3, p: 146-150. 2014.

MEIRELES, G. C. S. et al. A Efetividade da Fototerapia Laser no reparo tecidual em portadores de desordem funcional sistêmica. **C&D – Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p:71-84, jul/dez. 2014.

MENEZES, M. M.; LOPES, C. T; NOGUEIRA, L. S. Impacto de intervenções educativas na redução das complicações diabéticas: revisão sistemática. **RevBrasEnferm.** v.69, n.4, p:773-84, jul/ago. 2016.

OLIVEIRA, D. et al. Desafios no cuidado às complicações agudas do diabetes mellitus em serviço de emergência adulto. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.18, 30 jun. 2016.

PEREIRA, L. F. et al. Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Rev Fun Care Online.** v.9, n.4, p:1008-1014. 2017.

PETZ, F. F. C. Terapia a laser na cicatrização da úlcera por pressão em adultos e idosos: Revisão Sistemática. 140f. **Tese (Mestrado em Enfermagem)** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

POLICARPO, N. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Rev Gaúcha Enferm.** v.35, n.3, p:36-42. Set. 2014.

REZENDE NETA, D. A.; SILVA, A. N. R. V.; SILVA, G. R. F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **RevBrasEnferm.** v. 68, n. 1, p:111-6., 2015.

RAMIREZ-PERDOMO C, PERDOMO-ROMERO A, RODRIGUES-VÉLEZ M. Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019.

ROQUE A. R; CAUDURO F. L. F; DE MORAES D. C. N. O autocuidado de membros inferiores entre usuários diabéticos insulinizados. **Fisioter Mov.** v. 30, n.4, p:813-9., Oct/Dec, 2017.

SANTOS, A. L. et al. Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: Inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 20, n. 3, p: 761-770 2015.

SCAIN S. F, FRANZEN E, HIRAKATA V. N. Riscos associados à mortalidade em pacientes atendidos em um programa de prevenção do pé diabético. **Rev Gaúcha Enferm.** 2018.

SENTEIO J. S, TESTON E. F, COSTA M. A. R, SOARES V. S, SPIGOLON D. N. Prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de pé diabético. **Rev Fun Care Online.** 2018 out/dez.

SILVA J. M. T. S et al. Fatores associados à ulceração nos pés de pessoas com diabetes mellitus residentes em área rural. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017.

SILVA, J. P. S., et al. Eficácia dos curativos na cicatrização de úlceras do pé diabético: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme.** 2019.

SOUSA L. S. N. et al., Conhecimento do enfermeiro sobre a prevenção do pé diabético: Revisão integrativa da literatura. 2017.

SOUZA, A. C et al. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência à atenção primária à saúde. **Ciência, Cuid e Saúde**; v. 12, n. 5, p: 45-54, 2016.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. 2014.

Capítulo 19

REDE CEGONHA, IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA SOBRE ESTUDANTES DE MEDICINA - RELATO DE EXPERIÊNCIAAlencar Pereira dos Santos¹Fernanda Cunha Domingos Cruvinel²Jairo Fernandes Marques³Karina Salustiano Sousa⁴Micaela Lemos Reis⁵**RESUMO**

No contexto de atenção à saúde temos a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseada em redes, uma delas a rede cegonha instituída a fim de aumentar a qualidade de atendimento às gestantes e crianças. Para tanto é preciso observar o quanto os profissionais são preparados para atuar nessa visão administrativa. Por tal motivo, é fundamental refletir sobre experiências teórico-práticas nos níveis de atenção. Traz-se, portanto, neste relato de experiência a vivência de estudantes de medicina numa disciplina de saúde coletiva onde realizaram-se visitas nos três níveis de atenção da rede cegonha, primário (Unidade Básica de Saúde -UBS), secundário (Hospital Municipal) e terciário (Hospital de Clínicas). Percebeu-se a disparidade do que é preconizado pelo Ministério da Saúde com o que realmente se encontra no campo. Assim, entende-se o quão importante é o estudante estar em contato com a realidade do SUS, pois dessa forma formamos profissionais familiarizados com a prática em rede e cientes dos desafios a serem transpostos.

Palavras-chave: Educação Médica; Sistema Único de Saúde; Serviços de Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

In the healthcare context we have the structuring of the Unified Health System (SUS) based on webs, one of these being the Rede Cegonha instituted with the purpose of raising the quality of the maternal-child health services. For this it is necessary to observe to what point the professionals are ready to act in this administrative vision. For this reason, it is fundamental to reflect on theoretical-practical experiences on the attention levels. Therefore, it's brought in this experience report the living of medical students in the collective health subject in which visits were made to the three levels of attention of the Rede Cegonha, primary (UBS), secondary (Hospital Municipal) and tertiary (Hospital de Clínicas). It was noted the disparity between what is recommended and what actually happens in the field. As such, the importance of the student being in contact with the reality of the SUS is recognized, because this way professionals acquainted with the practice in webs and aware of the challenges to be transposed are formed.

¹ Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alencarpereirajp@outlook.com

² Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: fernandacruvinel03@gmail.com

³ Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: jairofmarq@gmail.com

⁴ Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: karina_sousaesousa@hotmail.com

⁵ Discente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: micaela.l.reis@gmail.com

Key-words: Education, Medical; Unified Health System; Maternal-Child Health Services.

1 INTRODUÇÃO

A saúde está estabelecida como direito social pela Constituição Federal do Brasil (GOMES; FRINHANI, 2017). A operacionalização disso é empreendida mediante o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal sistema apresenta-se por ações e serviços de saúde prestados pelo Estado à população (TOCCI, 2018) e fundamenta-se em princípios ideológicos (universalidade, integralidade, equidade), organizacionais (hierarquização, regionalização, descentralização) e o de participação social (GONZAGA, 2017).

É evidente que a execução de qualquer proposta é um desafio que, em busca dos resultados almejados, precisa transpassar diversos obstáculos. Isso abrange ambos os níveis macro e microscópico, sendo que os diferentes contextos influenciam nos resultados de qualquer intervenção (BODSTEIN, 2002). Dentre os muitos elementos contextuais dos quais depende a qualidade do serviço de saúde, está a equipe que nele atua. Tal equipe deve ser considerada em uma perspectiva multidisciplinar, de modo a efetuar o princípio da integralidade. Ou seja, atender às demandas dos indivíduos e ainda ofertar as medidas preventivas adequadas, percebendo as pessoas holisticamente (MACEDO; MARTIN, 2014).

Assim, o processo de formação dessa equipe é importante. Alguns pontos podem ser elencados, dentre os quais a integração entre teoria e prática no aprendizado. Isso pode abranger a valorização da reflexão do estudante oriunda de vivências, vendo-a como parte do processo de solidificação do conhecimento (COSTA; TONHOM; FLEUR, 2016). Pode-se ainda promover a inserção dos discentes em cenários de prática, com uma integração ensino-serviço-comunidade (FARIA et al., 2018).

Outro aspecto a ser discutido é a correlação da formação profissional com o SUS. Isso pode ser contemplado nos diferentes níveis de atenção em saúde – primário, secundário e terciário - e ainda abarcar a preparação dos profissionais para lidar com as redes específicas do SUS. Ou seja, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos destinados a demandas peculiares. Dentre elas estão a Rede Cegonha, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver Sem Limite) e a Rede de Urgência e Emergência (DUARTE, 2018).

Destaca-se aqui a Rede Cegonha. Essa Rede de Atenção à Saúde (RAS) consiste em uma rede de cuidados designada a garantir uma atenção de qualidade à gestação, ao parto, ao puerpério e à puericultura, bem como o apoio ao

planejamento reprodutivo. Assim, focaliza a saúde da mulher e da criança (até vinte e quatro meses de vida), articulando-se sob uma perspectiva humanizada (OLIVEIRA et al., 2016).

Conforme o contexto exposto, é plausível que se analisem as experiências já existentes na formação profissional. Isso permite identificar pontos positivos e negativos a partir dos quais se possa estruturar propostas. Sob tal justificativa, o presente artigo objetiva relatar a experiência de um grupo de discentes do quarto período do curso de Medicina de uma universidade federal. As atividades foram propostas pelo eixo de Saúde Coletiva, no ensino sobre assistência à saúde materno-infantil, associando-o à abordagem da Rede Cegonha. De modo geral, a operacionalização do direito constitucional à saúde perpassa a formação da equipe profissional que servirá ao cidadão em suas necessidades. E é dentro dessa conjuntura que se analisa a experiência dos graduandos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Saúde Coletiva IV, ministrada em um curso de Graduação em uma escola médica mineira, que tem como objetivo principal compreender as dinâmicas de um território sanitário, relações entre as formas de organização da população e as redes de serviços de saúde, na determinação do processo saúde-adoecimento-cuidado com foco nas Políticas Públicas relacionadas à Saúde da Mulher e à Saúde da Criança. A base metodológica utilizada foi a Problematização tendo como prerrogativa a execução das etapas propostas pelo Arco de Magueres (Observação da Realidade (Problema), Pontos Chave, Teorização, Hipóteses de Solução, Aplicação à Realidade) a partir das vivências na atenção primária, secundária e terciária. As atividades foram realizadas no período de março e junho de 2019 e englobou os seguintes cenários: unidade básica de saúde, hospital de média complexidade e hospital de alta complexidade. As vivências foram conduzidas como parte das atividades acadêmicas em Saúde Coletivo, com orientações de roteiros de entrevista para as visitas nas redes primária e terciária (ANEXO A e ANEXO B).

Previamente, haveriam atividades de preparação, com o foco de explorar teoricamente as Políticas Públicas relacionadas à Saúde da Mulher e à Saúde da Criança. A primeira atividade seria a construção individual de um mapa conceitual baseado na leitura da Portaria da Rede Cegonha. O segundo passo, uma discussão em sala de aula em grupos de 5 pessoas, sobre a Rede Cegonha, utilizando casos hipotéticos com o objetivo dos alunos identificarem os pontos da Rede que foram

contemplados. E por fim, um estudo sobre a Rede e o Cuidado Pré-natal, utilizando a metodologia de ABE, tendo como base a Portaria da Rede Cegonha e os Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde.

2.2 Relato de experiência

2.2.1 Atenção primária

A primeira vivência foi realizada em uma unidade básica de saúde na atenção primária. Nessa etapa, o grupo de 5 estudantes realizou uma visita domiciliar a uma mãe de um lactente de 7 meses de idade, para a compreensão do seu trajeto dentro da rede de saúde durante o pré-natal, parto, puerpério e atendimento a criança.

A Atenção Básica de Saúde (APS) foi a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso da usuária ao sistema de serviços de saúde. No relato, a gestante afirmou ter realizado um número maior de consultas de pré-natal do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza 8 consultas.

Os estudantes nessa oportunidade tiveram acesso ao cartão da gestante e da criança que evidenciou acesso a todos os exames básicos do pré natal e a imunização em dia do lactente.

Durante o processo de gravidez, a puérpera relatou ter realizado acompanhamento na Unidade Básica de Saúde e na UAI de referência, devido ao diagnóstico de placenta prévia e anemia ao final da gestação. Afirmou não ter realizado uma visita a maternidade durante o pré-natal, e também não possuir plano de parto, como preconizado na Rede Cegonha. Por falta de informação o pai da criança participou de último instante do parto, pois imaginava-se que apenas mulheres poderiam acompanhar o procedimento.

Recebeu orientações acerca do aleitamento materno durante a internação em alojamento conjunto. Na primeira consulta de puerpério escolheu um anticoncepcional injetável e foi assistida pela UBS do seu território. Relatou que o acompanhamento da criança é realizado também na UBS e que no 2º mês pós-parto, recebeu uma visita em sua casa do agente de saúde da unidade para a captação dessa família.

2.2.2 Atenção secundária

Em uma segunda vivência, a visita realizada foi a um Hospital e Maternidade secundário, para a oportunidade dos alunos de observação próxima dos procedimentos que ali ocorriam relacionados à saúde da mulher e das crianças. Nesta vivência, não foi utilizado roteiro de entrevista.

O hospital, por ser de nível secundário de atenção, recebe apenas gestantes de baixo e médio risco e com idade gestacional acima de 28 semanas, sendo o restante encaminhado ao serviço terciário. A unidade possui alta taxa de cesáreas,

cerca de 38% dos partos realizados no local. Há também aumento dos casos de sífilis nas gestantes atendidas, fato que preocupa a profissional de saúde.

A estrutura do local para facilitar o transporte é muito ampla e horizontal. Além disso, o hospital é suspenso 1 metro do chão, o que simplifica a manutenção e a realização de obras. Observa-se também que as alas de Pediatria e Obstetrícia são próximas fisicamente, o que contribui para uma melhor integração informacional e prática. O hospital não dispõe de um Banco de Leite, porém possui um alojamento conjunto com 32 leitos, onde está disponível uma equipe multiprofissional.

A respeito de boas práticas na atenção ao parto, no puerpério e na saúde da criança foi salientado o serviço voluntário de doulas que existe no hospital, duas vezes por semanas, e também sobre a possibilidade de a gestante ter presente em seu parto uma doula de sua escolha. Outrossim, foi informado sobre a presença de uma equipe multiprofissional responsável por orientações gerais às puérperas em relação às técnicas de amamentação e importância do aleitamento materno, além dos cuidados com o recém-nascido.

2.2.3 Atenção terciária

A última visita foi a uma unidade de saúde de nível terciário. Foi realizada a atividade seguindo orientações do ANEXO B. Foram entrevistadas duas puérperas que se encontravam no alojamento conjunto do hospital de alta complexidade.

Em relação ao histórico e trajeto, observa-se que as gestantes realizaram um número adequado de consultas de pré-natal, além de terem acesso a todos os exames e imunizações, entretanto, não foi realizada a visita à maternidade de referência ou a orientação à participação em grupos educativos. Um ponto de divergência entre os relatos foi o fato de que apenas uma das gestantes teve o acompanhante presente nas consultas, porém ambas tiveram esse direito assegurado durante o parto e pós-parto imediato.

Em relação ao transporte seguro preconizado pela portaria da rede cegonha nota-se que apenas uma das gestantes teve esse direito assegurado entre a UBS e o HC. Uma delas fez o trajeto até a unidade por conta própria e revelou não saber a qual unidade ela deveria ir quando o trabalho de parto se iniciou. Embora a gravidez fosse de baixo risco o parto foi realizado na unidade de alta complexidade.

No que se refere às boas práticas na atenção ao parto e puerpério, observou-se que as duas puérperas tiveram acesso a um ambiente e estrutura adequados, assistência de qualidade e a orientações gerais e acerca do aleitamento materno e sua importância para o desenvolvimento do recém-nascido.

Nesse grupo, uma gestante realizou parto normal enquanto a outra realizou cesárea de emergência devido ao sofrimento fetal.

2.3 Discussão

O objetivo do relato da presente experiência foi permitir algumas reflexões diante de uma situação real de aplicação de uma das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, presente no artigo 29 inciso VII (BRASIL, 2014, p.12), que diz que um curso de medicina deve:

Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

Mesmo com as ressalvas, chama a atenção o relato dos efeitos positivos sobre a satisfação global dos estudantes de medicina com a inserção precoce utilizando de vivências nos três níveis de complexidade como metodologia de formação integral dentro do contexto do cuidado materno infantil.

Segundo Gomes et al. (2012), a oportunidade de atuar em diferentes cenários situa-se hoje como um aspecto fundamental para a formação de um médico com atuação mais próxima do sujeito e da sociedade, assim como tornar significativa a aprendizagem. Isso justifica a satisfação dos alunos e ao mesmo tempo retrata a significância da atividade relatada para que os alunos adquiram competências essenciais para um bom profissional médico.

Quanto à aplicação da metodologia da problematização na prática, a prerrogativa usada foi a execução das etapas propostas pelo Arco de Magueres. Na Observação da Realidade (Problema), por exemplo, os alunos visitaram o território pelo qual a UBSF era responsável, um hospital secundário e um hospital terciário da rede municipal e verificaram as dificuldades do município em implantar todos os princípios e diretrizes da portaria da rede cegonha, ficando evidente o desconhecimento das gestantes no que tange a compreensão prévia do hospital de referência para o parto e a indisponibilidade de transporte na hora do parto. Isso mostra que ainda falta integralidade na rede de serviços, o que fere os princípios do SUS.

Já em relação ao levantamento dos Pontos Chave é importante ressaltar que os alunos conseguiram entender a importância da integração entre teoria e prática no aprendizado para a solidificação do conhecimento. Além disso, essa experiência permitiu que os alunos entendessem, na prática, como funciona a rede de saúde do município e como são aplicadas as políticas de saúde da gestante e da criança nos diferentes níveis de saúde.

Quanto à teorização, pode ser percebida a dificuldade de integração da rede, sendo árduo o processo de inserção ativa dos discentes nos ambientes de saúde não inseridos no hospital escola, dificultando assim o processo de solidificação do conhecimento.

Como efeito, pode-se propor um desenho curricular que prioriza a inscrição social, tendo o propósito de instaurar uma prática na qual a construção de conhecimento, a formação acadêmica e o cuidado à saúde sejam indissociáveis. Agir em termos de trilhar um caminho do meio, no qual os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário — sejam articulados, como rede, para o adequado funcionamento do SUS e da formação médica (GOMES et al., 2012).

A partir disto promove-se, no discente, o engajamento para compreender a dinâmica social e para utilizar esse mesmo conhecimento como instrumento de transformação da realidade.

Por fim, na etapa de aplicação à realidade, ressalta-se a satisfação e motivação dos estudantes de medicina, os estudos mostraram os bons resultados na satisfação pessoal dos alunos e, conseqüentemente, no seu desempenho acadêmico por meio do contato com a prática profissional de qualidade desde os primeiros anos do curso de medicina e, de forma mais intensa, na inserção precoce em todos os níveis de saúde.

Foram esses os pontos que mais chamaram a atenção, havendo uma aparente correlação direta entre a maior satisfação dos estudantes de medicina com o desenvolvimento de atividades práticas e aplicação de políticas públicas em saúde no cuidado materno infantil. Essa relação positiva ocorreu não somente pela atividade prática, mas também repercutiu na forma de consolidar as políticas de saúde e estar mais consciente dos modos operacionais da rede, suas dificuldades e a atuação dos profissionais como aplicadores dessas políticas.

3 CONCLUSÃO

Entender, portanto, que no ensino a respeito da rede cegonha e outros aspectos organizacionais do SUS se faz necessária não só uma abordagem teórica sobre o assunto. Há de se dar valor na vivência prática dos estudantes para que eles tenham não só o conhecimento do funcionamento de tal estratégia de saúde vide o papel, mas também uma visão sobre todas as pontas de atendimento e assim que possam ver os problemas reais a serem enfrentados no dia a dia durante o exercício de sua profissão.

Dessa forma, é importante frisar que mais experiências como essa sejam proporcionadas em outros ambientes de formação médica, a fim de cumprirmos as finalidades formacionais do profissional de saúde da atualidade.

REFERÊNCIAS

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL et al. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2014.

COSTA, Maria Cristina Guimarães da; TONHOM, Silvia Franco da Rocha; FLEUR, Lucas Noda. Ensino e aprendizagem da prática profissional: perspectiva de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. méd**, [s.l.], v. 40, n. 2, p. 245-253, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0245.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

DUARTE, Ligia Schiavon; MENDES, Áquilas Nogueira. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p.1-12, out./dez. 2018. Disponível em: <[file:///C:/Users/cliente/Downloads/8771-32665-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/8771-32665-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FARIA, Lina et al. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 67, p.1257-1266, 4 jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2018.nahead/10.1590/1807-57622017.0226/>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

GOMES, Andréia P. et al. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. **Revista brasileira de educação médica**, [s.l.], v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

GOMES, Carolina Ventura; FRINHANI, Fernanda de Magalhães Dias. Alimentação saudável como direito humano à saúde: uma análise das normas regulamentadoras da produção de alimentos orgânicos. **Leopoldianum**, Santos, v. 43, n. 121, p.73-94, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/viewFile/757/638>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

GONZAGA, Carla Bornhausen; FERREIRA, Gisele Nepomuceno. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & Pública - RIDAP**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 12-26, 1 out. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270/607>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-660, Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, Miranda de et al. Reflections on the nurse's role in the rede cegonha (stork network). **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 2, p.867-874, fev. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11030/12421>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde–SUS. **Revista Uningá**, [S.l.], v. 40, n. 1, jan. 2018. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1158>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA DA VISITA DOMICILIAR AO NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Atividade Proposta:

Visita domiciliar à criança, gestante ou ao binômio nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Escola Jaraguá)
Tema: Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança

Objetivos:

Construir a linha de cuidado da mulher entrevistada, incluindo a gestação, parto, puerpério e os cuidados com o recém-nascido.

Realizar uma entrevista com a gestante, puérpera e recém-nascido e com a responsável pela criança com foco em alguns pontos:

Como foi a experiência da gestação e parto para a mulher entrevistada (sentimentos, desejos, medos, frustrações, etc).

Quais os principais recursos (locais, profissionais da REDE, exames, equipamentos sociais etc) utilizados pela gestante/puérpera? Local onde ela realizou o pré-natal.

Quais foram os profissionais que realizaram o pré-natal. Quantas consultas de pré-natal ela realizou. Durante a gestação, ela participou de algum grupo de gestantes?

Quais foram os temas abordados neste grupo? Como foi a experiência de participar do grupo?

Se houve alguma intercorrência no pré-natal, onde foi o local que a gestante procurou ajuda. Quando iniciou o trabalho de parto, que serviço procurou? O atendimento foi realizado por qual profissional? Visitou antes a maternidade onde seria o parto? Como foi a discussão sobre o tipo de parto da mulher? Quais sentimentos envolvidos nesse processo?

Como se sente após o parto? O bebê está bem? Como foi a chegada de um novo membro na família: reorganização da família, dificuldades enfrentadas, relação com demais filhos (se houver), mudanças na relação do casal (como casal - se houver um casal).

Como foi/é a participação do pai em todo o processo? (Se pai estiver presente, fazer perguntas diretamente a ele para explorar seus sentimentos e mudanças com a paternagem).

A mulher está segura na alimentação do bebê? Em quais momentos e cenários foi discutido com a mulher sobre o aleitamento materno?

Como foi o planejamento familiar antes dessa gravidez? Se a mulher estiver no puerpério, como foi abordado o planejamento familiar atual?

Qual a rede de apoio da mulher: na gestação, no parto e no puerpério no território onde ela vive?

Finalizar fazendo uma escuta da paciente sobre o que mais ela gostaria de falar.

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA EM ALOJAMENTO CONJUNTO NUM SERVIÇO TERCIÁRIO

Atividade Proposta:

Visita ao Alojamento Conjunto e Pré-Parto (HC-UFU)

Tema: Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança

Objetivos:

Visita a uma gestante no pré-parto e/ou alojamento conjunto ou puérpera no alojamento conjunto.

Construir uma linha de cuidado para a gestante- puérpera entrevistada

Realizar uma entrevista com a gestante ou puérpera com foco em alguns pontos:

Como foi a experiência da gestação e parto para a mulher entrevistada? Qual foi o primeiro sintoma que ela apresentou que a fez procurar o serviço médico? Qual o local que ela procurou? Qual foi a conduta do profissional que a atendeu? Primeiro filho? Gestação programada e desejada? Intercorrências na gestação? O marido a acompanhou nas consultas de pré-natal? Quais foram os sintomas mais frequentes que ela apresentou no início e final da gestação? Fez uso de algum medicamento na gestação?

Local onde ela realizou o pré-natal.

Quais foram os profissionais que realizaram o pré-natal?

Quantas consultas de pré-natal ela realizou?

Solicitar para a mesma o cartão de gestante e anotar exames, número de consultas, intercorrências e o que chamar a atenção e dados relevantes.

Durante a gestação, ela participou de algum grupo de gestantes? Quais foram os temas abordados neste grupo? Como foi a experiência de participar do grupo?

Se houve alguma intercorrência no pré-natal, onde foi o local que a gestante procurou ajuda?

Quando iniciou o trabalho de parto, que serviço procurou? O atendimento foi realizado por qual profissional?

Visitou antes a maternidade onde seria o parto?

Como foi o parto? Ela estava tranquila e segura? Desejava algum tipo de parto específico (cesárea, normal ou humanizado)? Teve acompanhante durante o parto? Se sim, qual foi a experiência? Se não, porque não teve? Informar que é um direito dela.

Como se sente após o parto? O bebê está bem?

Finalizar fazendo uma escuta da paciente sobre o que mais ela gostaria de falar.

Capítulo 20

**RISCO DE CONTAMINAÇÃO POR HIV EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO
DA LITERATURA**

Sirléa Rodrigues da Silva¹
Shaiana Vilella Hartwig²
Bianca Teshima de Alencar³
Solange Toledo Barbosa⁴

RESUMO

Introdução: os profissionais da saúde podem sofrer acidentes ocupacionais, e por trabalharem em um ambiente de insalubridade este risco se torna mais agravante, pois estão expostos constantemente com diversos fluidos corporais contaminantes, fontes de transmissão de patógenos e correm riscos de contrair doenças infectocontagiosas e morbidades, no ambiente de trabalho, tais como HIV, hepatites B e C. **Objetivo:** revisar na literatura científica os riscos de contaminação por HIV em profissionais da saúde. **Metodologia:** revisão narrativa de literatura em bases de dados eletrônicos com descritores referentes à exposição de trabalhadores da área da saúde e risco de acidentes de trabalho. **Resultados:** A maioria dos estudos aponta a via percutânea como a mais comum entre os acidentes, o sangue como o principal material biológico envolvido e as agulhas como o principal material causador dos acidentes entre os profissionais de saúde. Os profissionais de enfermagem são os mais envolvidos em acidentes, sendo o percentual maior entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo mais atingido o sexo feminino com pouco tempo de experiência. **Considerações finais:** considera-se necessária a elaboração de estratégias acerca da saúde e segurança ocupacional, pois a exposição da equipe de enfermagem é a mais citadas nas pesquisas, porém o percentual de contaminação por HIV é baixo.

Descritores: Profissionais da saúde. Exposição a riscos biológicos. HIV.

ABSTRAT

Introduction: Health professionals may suffer occupational accidents, and because they work in an unhealthy environment this risk becomes more aggravating because they are constantly exposed with various contaminating body fluids, sources of pathogen transmission and are at risk of contracting infectious diseases and morbidities. , in the workplace, such as HIV, hepatitis B and C. **Objective:** To review in the scientific literature the risks of HIV contamination in health professionals. **Method:** Perform a narrative review of literature in electronic databases with descriptors regarding exposure of health workers and risk of occupational accidents. **Results:** Most studies point to the percutaneous route as the most common among accidents, mentioning blood as the main biological material involved and needles as the main accident-causing material among health professionals. Nursing professionals are the most involved in accidents, being the highest percentage among nursing technicians and assistants, being the most affected females. **Final considerations:** It is considered necessary to elaborate strategies about occupational health and safety, but the exposure of the nursing staff is the most cited in the research, since it is noted the low percentage of HIV contamination in professionals.

Descriptors: Health professionals. Exposure to biological risks. HIV.

¹ Enfermeira pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

² Enfermeira e Doutora em Ciências Ambientais pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

³ Enfermeira e Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

⁴ Enfermeira pela Universidade do Estado de Mato Grosso e Coordenadora da CCIH do Hospital São Luiz em Cáceres-MT.

INTRODUÇÃO

O risco de exposição a material biológico é uma realidade que os profissionais da saúde estão expostos levando a prejuízos à saúde. O ambiente hospitalar ao qual estão inseridos é considerado insalubre, conseqüentemente, por isso ficam expostos a riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos, pois estão em contato direto e frequente com os pacientes em sua prática diária (SILVA, 2017).

As exposições ocupacionais podem ocorrer por contaminações com material biológico como sangue, fluídos orgânicos potencialmente infectantes ou não infectantes. O sangue e as vias aéreas representam as principais formas de contágio (BRASIL, 2006).

Os riscos para infecção nos profissionais de saúde que sofrem acidente de trabalho são diversos. No entanto, a infecção depende de alguns fatores como prevalência de doenças infectocontagiosas, clínica do paciente-fonte, presença e quantidade de sangue envolvido, tamanho da lesão e se existente adequada profilaxia após a exposição (DONATELLI et al., 2015).

No Brasil, os acidentes de trabalho com profissionais de saúde e que sejam de notificação compulsória deve ser registrado no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), no prazo de até 24 horas após a ocorrência do acidente. São acidentes considerados de caráter emergencial e visa ao tratamento profilático (GIANCOTTI et al., 2014).

O Ministério da Saúde, através de manuais e diretrizes define requisitos para um trabalho seguro com agentes biológicos, buscando a prevenção de acidentes (BRASIL, 2010). A principal recomendação refere-se aos acidentes por material perfurocortantes, que devem ser registrados de imediato para que as condutas profiláticas sejam realizadas após o ocorrido de acordo com o tipo de exposição, para verificação das exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o vírus da hepatite B (HBV) e o vírus da hepatite C (HCV) (BRASIL, 2006).

Diante do risco frequente de acidentes ocupacionais por material biológico (AOMB) em profissionais da saúde. O presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o risco de contaminação pelo vírus do HIV nos profissionais de saúde no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão da literatura do tipo narrativa, proporcionando a síntese dos dados sob um ponto de vista teórico ou contextual utilizando-se da compilação

das informações nas bases de dados disponibilizados buscando evidências na área da saúde a partir de um delimitado tema ou questão, não utilizando critérios explícitos e sistemáticos.

Segundo (ATALLAH, 2005) constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

A questão norteadora da presente revisão foi: “*riscos de contaminação por HIV em profissionais da saúde*”.

Os estudos selecionados foram aqueles que analisaram a produção científica nacional acerca do risco de contaminação dos profissionais de saúde pelo vírus HIV entre o período de 2008 a 2018.

As buscas foram conduzidas de julho de 2018 a agosto 2019 através da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que compõem as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) utilizando os descritores catalogados nos Descritores em Ciências da Saúde (DecS), em português, por índice permutado, contidos no título ou nos resumos dos estudos utilizou-se de operador booleano “AND”.

Essa pesquisa resultou em 7.830 artigos na primeira etapa, foram excluídos 7.010 artigos na segunda etapa por não apresentarem os critérios descritos na metodologia e atender a pergunta norteadora. Desconsiderando os artigos duplicado nas bases de dados pesquisadas, um total de 50 artigos foi analisado integralmente (Quadro 1).

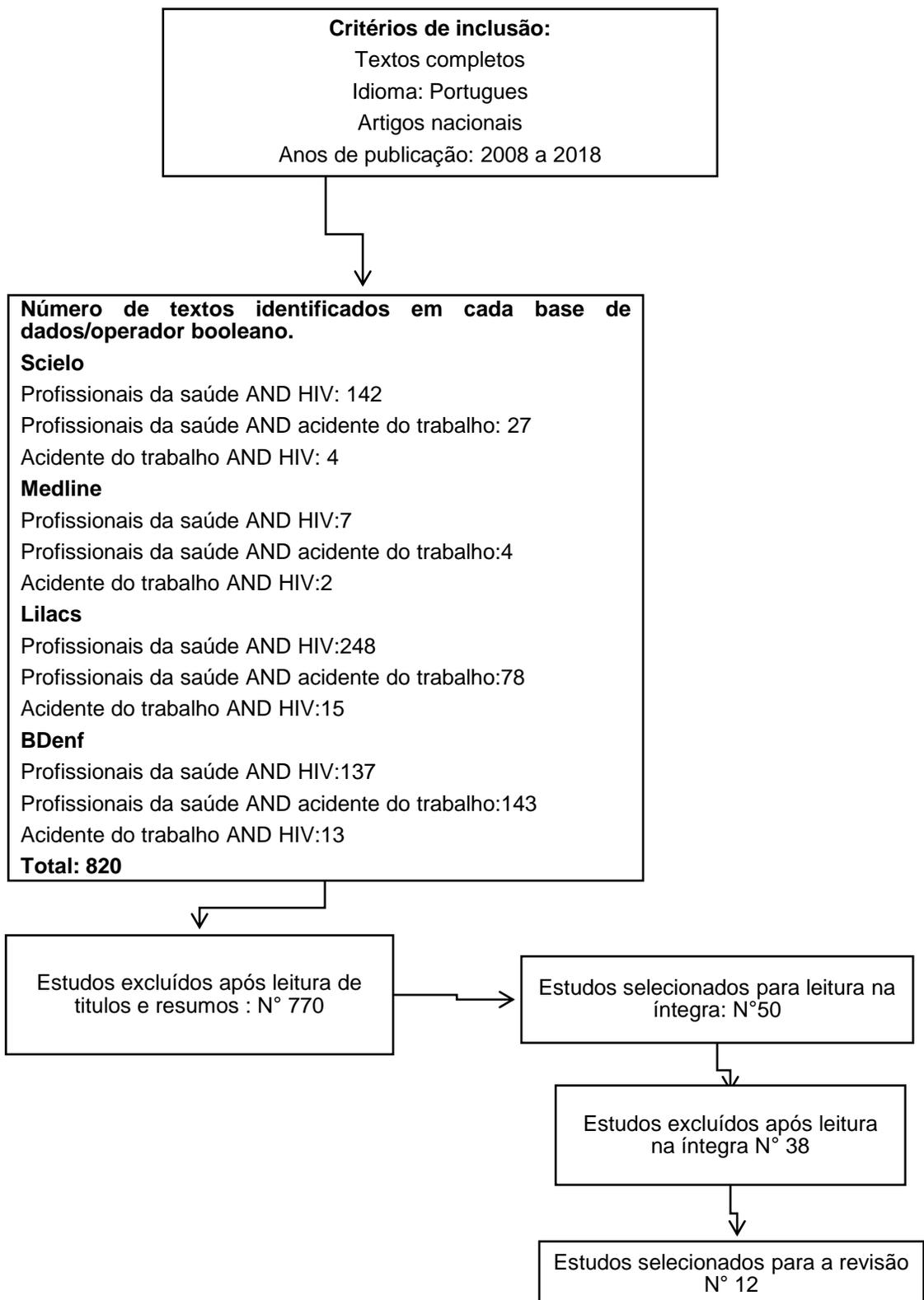
Quadro 1. Artigos de busca simultânea selecionados no Brasil de 2008 a 2018.

Busca Simultâneas	Base de dados				
	Scielo	Medline	Lilacs	BDENF	Total
Descritor + operador booleano					
Profissionais da saúde AND HIV	374	3.925	757	212	5.268
Profissionais da saúde AND acidente do trabalho	70	1.634	401	129	2.234
Acidente do trabalho AND HIV.	15	218	72	23	328

Utilizou-se como critério de inclusão: textos completos, artigos nacionais, no idioma português, com período de publicação de 2008 a 2018. Artigos que continham os riscos ocupacionais em profissionais da saúde foram cruzados palavras chave: “HIV AND Profissionais da saúde”; “Profissionais da saúde AND acidente do trabalho” e Acidente do trabalho AND HIV.

Após as buscas e levantamento bibliográfico, realizou-se a seleção dos estudos por meio de uma leitura exploratória de títulos e resumos que tinha concordância com a questão norteadora. Todos os estudos selecionados nesta etapa, já com os filtros que pareceram favoráveis ao objetivo, passaram então à leitura da íntegra da publicação (Quadro 2).

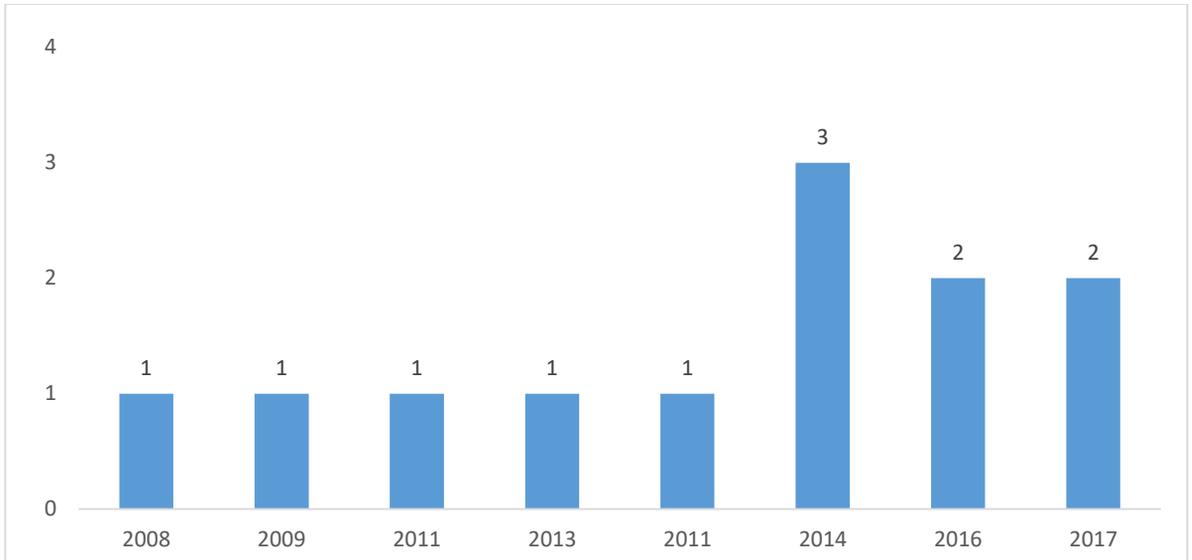
Quadro 2. Fluxograma dos artigos selecionados no Brasil de 2008 a 2018.



RESULTADOS

Dos artigos selecionados um foi publicado por ano conforme a questão norteadora entre 2008 a 2011, após esse período houve um crescimento no número de publicação, sendo o mais alto no ano de 2014 com 3 (três) publicações e nos anos de 2016 e 2017 houveram 2 (duas) publicações (Figura 1).

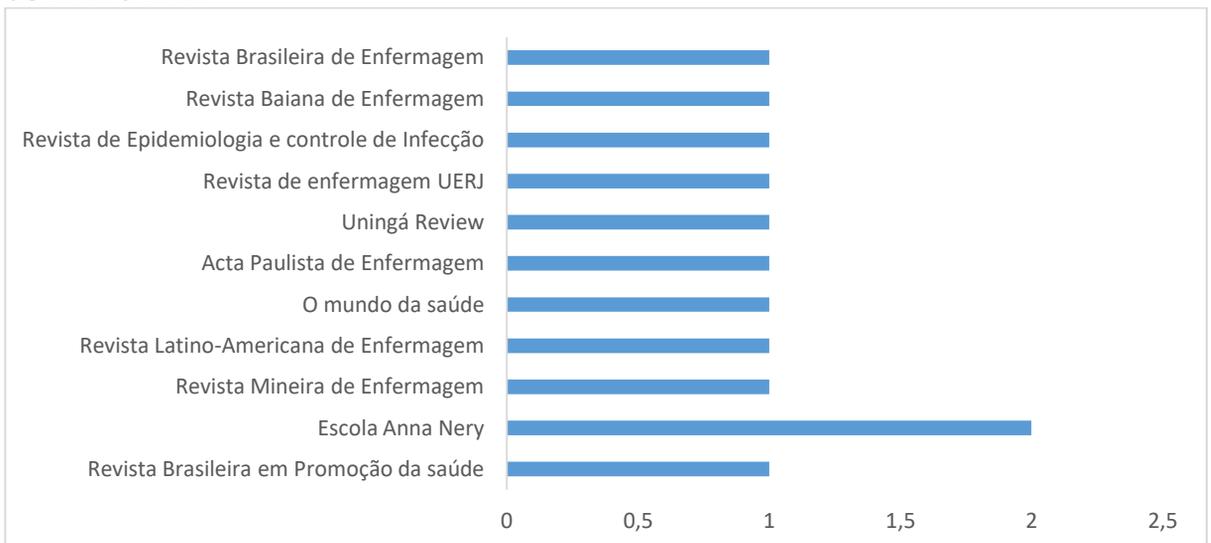
Figura 01. Número de publicações por ano dos artigos selecionados para o estudo, no Brasil de 2008 a 2018.



Fonte: Autoria própria.

A revista “Escola Anna Nery” foi o periódico que mais apresentou publicação referente ao tema da presente pesquisa, com dois artigos dos selecionados. Outros dez periódicos tiveram uma publicação (Figura 2).

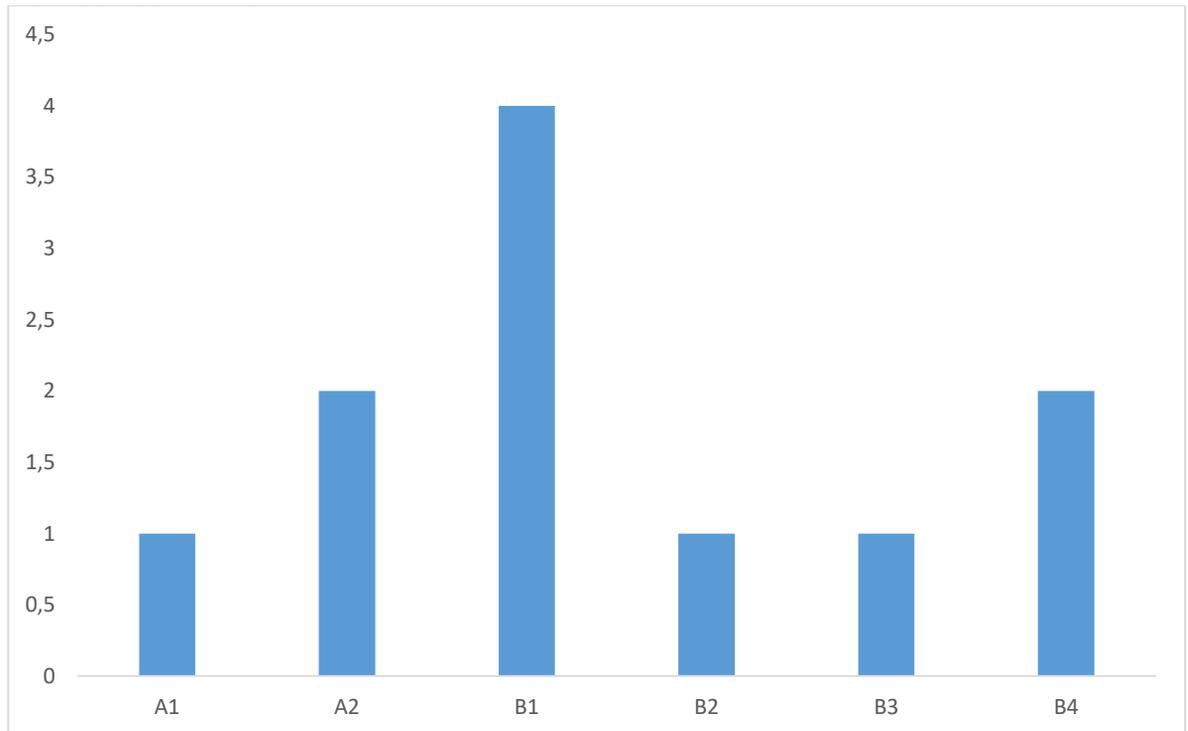
Figura 02. Revistas de publicações dos artigos selecionados para o estudo, no Brasil de 2008 a 2018.



Fonte: Autoria própria.

Segunda a classificação Qualis-Capes, quadriênio 2012 a 2016, para área da enfermagem, quatro periódicos foram classificados no Qualis B1. Apenas 01 (um) periódico foi classificado no Qualis A1, 2 (dois) foram no Qualis A2 e 01(um) no Qualis B2. Ainda um periódico foi classificado como B3 e dois como B4 (Figura 3).

Figura 03. Qualis das revistas de publicações dos artigos selecionados para o estudo, no Brasil de 2008 a 2018.



Fonte: Autoria própria.

Em relação aos artigos selecionados para revisão (Quadro 3), quanto aos objetivos sete tiveram os objetivos relacionado a descrever os tipos de acidentes e o perfil dos acidentados, em dois os objetivos foram verificar a prevalência dos acidentes com material perfurocortante, em três os objetivos estavam relacionados aos fatores de risco envolvendo os acidentes de trabalho.

Entre os métodos, nove estudos foram classificados como descritivo/exploratório e apenas um analítico, quanto ao tempo de coleta para pesquisa cinco foram retrospectivos e quatro transversais, três não classificaram o estudo pelo tempo de coleta. Em relação ao tipo de pesquisa todos foram quantitativos.

Seis artigos utilizaram as fichas de notificação dos acidentes de trabalho como fonte da pesquisa, três utilizaram os dados secundários do SINAN, em três pesquisas aplicaram questionários, uma realizou entrevista e uma fez o levantamento dos dados pela CAT e realizou entrevista.

Entre os locais de investigação cinco pesquisas foram localizadas no Sudeste, quatro na região Sul, apenas uma pesquisa foi realizada no Centro-Oeste e no Nordeste e uma não identificou a posição geográfica.

Entre os profissionais participantes das pesquisas sete artigos investigaram todos os profissionais da saúde, duas investigaram apenas enfermeiros, outras duas investigaram auxiliares ou técnicos de enfermagem e uma pesquisa analisou os acadêmicos de enfermagem em campo de estágio hospitalar.

No total, 3.665 fichas de notificação/participantes foram analisadas nas pesquisas, 2.657 foram fichas de notificações investigadas e 1.008 participantes investigados. Os artigos com maior números de análises foram aqueles que a fonte de dados era as fichas do SINAN.

A maioria dos estudos aponta a via percutânea como a mais frequente entre os acidentes, o sangue é apontado como o principal material biológico envolvido e as agulhas como o principal material causador dos acidentes entre os profissionais de saúde.

Os profissionais de enfermagem são os mais envolvidos em acidentes, sendo o percentual maior entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. O sexo mais atingido foi o feminino.

Alguns artigos analisaram os fatores de risco para o acidente, os itens descritos como fatores de risco foram manuseio de agulhas, faixa etária, tempo de serviço na enfermagem e na instituição de saúde. As maiorias das pesquisas que analisaram fichas de notificações citam a falta de informações completas nas fichas como um limitante para análises.

Seis artigos apresentaram nos resultados a análise sobre a contaminação ou risco de contaminação de HIV, os demais citam o HIV em todo o texto, mas não apresentam os resultados das análises referentes à contaminação por HIV.

O percentual de pacientes-fonte com HIV, ou seja, um paciente infectado pela doença é baixo na maioria dos casos, sendo alto apenas em hospital de referência para tratamento de doença infectocontagiosa. Não houve artigo com relato de soroconversão positiva de HIV entre os profissionais de enfermagem. Porém são altos entre os profissionais de enfermagem os percentuais de recusa de acompanhamento, desistência do acompanhamento e recusa da quimioprofilaxia pós-acidente.

Quadro 3. Relação de artigos selecionados incluídos para revisão de literatura no Brasil entre 2008 a 2018.

Autores /ano	Título do artigo	Objetivo da pesquisa	Tipo de pesquisa e modo de coleta dos dados	Local da pesquisa e nº de participantes	Síntese dos resultados	Conclusão	Riscos de contaminação por HIV em profissionais da saúde?
Amadei e Ivatiuk (2008)	Vigilância de HIV em acidentes perfurocortantes com trabalhadores da saúde	Caracterizar a ocorrência de acidentes com perfurocortantes em profissionais da saúde submetidos ao teste rápido de HIV.	Epidemiológico descritivo, documental. Fichas de notificação.	Secretaria de Saúde Municipal de Maringá – PR. n=143 acidentes notificados.	Foram avaliados 143 acidentes com material biológico envolvendo profissionais de saúde, apresentando média de 11,96 registros A exposição percutânea foi o tipo de acidente mais notificado representando 90% dos casos, em outra pesquisa, sendo que o sangue foi o material orgânico de maior exposição.	Possibilitou caracterizar a ocorrência de acidentes notificados em profissionais da saúde e avaliar o protocolo do atendimento realizado. Também evidenciou a não contaminação pelo vírus HIV.	Um paciente fonte era HIV positivo, não houve soroconversão entre os profissionais acidentados.
Da Silva et al. (2009)	Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde.	Identificar a principal categoria profissional exposta a risco biológico e os principais tipos de acidentes ocorridos entre trabalhadores da área de saúde.	Descritivo de abordagem quantitativa. Ficha de acidente de trabalho.	Campos dos Goytacazes, RJ. n=183 profissionais acidentados.	A categoria profissional mais exposta foi a dos auxiliares/técnicos de enfermagem 54,1%.	A ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes foi relacionada à manipulação frequente desses objetos e ao comportamento dos profissionais que utilizam práticas que oferecem riscos de acidentes com agulhas, tais como o descarte inadequado de objetos perfurocortantes.	Não responde
Magagnoli e Ayres (2009)	Acidentes com material biológico: a realidade de uma instituição hospitalar do interior paulista.	Caracterizar os profissionais da equipe de enfermagem que sofreram acidentes com material biológico no período de 2001 a 2006	Exploratório e descritivo de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa. Ficha de Notificação	Hospital do interior Paulista - SP. n=87 acidentes com material biológico.	Das 87 exposições, ocorreram oito acidentes com pacientes, comprovados para hepatite B, C e HIV. Taxa de infecção por meio de perfurocortantes foi de 0,3%.	Essa realidade permitiu sugerir que intervenções sistemáticas devem ser incorporadas às políticas institucionais, o que poderá levar à maior adesão de medidas preventivas	Seis acidentes foram com pacientes HIV positivo. Desses 4 foram encaminhados ao infectologista e 2 recusaram quimioprofilaxia. Após o seguimento por meio de exames laboratoriais, não houve

		e verificar a ocorrência de soroconversão pelos vírus da hepatite B e C e HIV por meio de exames comprobatórios.	ção de Acidentes Biológicos com Profissionais de Saúde.			existentes, assim como as inovações tecnológicas relacionadas a esse tipo de agravo, priorizando a promoção da saúde no ambiente de trabalho, uma vez que se verificou que esse tipo de acidente causa prejuízos à vida do acidentado e da instituição.	soroconversão dos acometidos.
Vieira, Padilha e Pinheiro (2011)	Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde	Conhecer os acidentes de trabalho com exposição a material biológico e o perfil dos trabalhadores, a partir das fichas de notificação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião de Florianópolis.	Retrospectivo descritivo, com abordagem quantitativa. Fichas de notificação.	Macrorregião de Florianópolis-SC n=118 fichas.	Os acidentes ocorreram, predominantemente, entre os técnicos de enfermagem do sexo feminino e a idade média era de 34,5 anos. Dos acidentes, 73% envolveram exposição percutânea, 78% tiveram contato com sangue e/ou fluidos com sangue e 44,9% decorreram de procedimentos invasivos.	Conclui-se que as estratégias de prevenção à ocorrência dos acidentes de trabalho, com material biológico, devem incluir ações conjuntas, entre trabalhadores e gerência dos serviços, devendo estar voltadas às melhorias das condições e organização do trabalho.	Não responde
Nowak et al. (2013)	Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes	Identificar os fatores de risco para acidentes com material perfurocortante antes e analisar as principais causas referidas.	Exploratório de caráter retrospectivo. Questionário.	Três instituições de ensino superior em Curitiba-PR. n=100 acadêmicos de enfermagem.	Constatou-se que 41% dos acidentes ocorreram em hospitais de grande porte, no turno matutino, sendo a UTI o ambiente com maior prevalência de acidentes, e os objetos que mais causaram acidentes foram às agulhas de seringas.	As causas apontadas como possíveis fatores de risco para os acidentes indicam a importância da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a utilização de EPIs e as precauções-padrão.	Não responde
Valim et al. (2014)	Ocorrência de acidentes de trabalho com	Investigar ocorrência e características dos acidentes	Transversal. Questionário autoaplic	Hospital universitário de grande porte e três	Em relação à ocorrência de acidente do trabalho com exposição a material	Os acidentes são frequentes entre os enfermeiros e o treinamento	Não responde

	material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros	com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros	ável.	hospitais de pequeno porte. n=120 enfermeiros.	biológico potencialmente contaminado entre enfermeiros, 53,8% foram vítimas. Destes, 52,1% por perfurocortantes e 18,2% por exposição à mucosa e/ou pele não íntegra. Com relação ao treinamento foi verificada diferença estatisticamente significativa (p=0,014) uma vez que enfermeiros nos estabelecimentos menores relataram maior desejo de participação.	relaciona-se positivamente à adesão às precauções-padrão.	
Da Silva e Fernandes (2014).	Perfil epidemiológico dos acidentes com material biológico no município de Maringá / Paraná – 2014	Avaliar o perfil epidemiológico e conduta dos acidentes notificados.	Retrospectivo descritivo, com abordagem quantitativa. Dados do SINAN.	Maringá - PR. n=396 acidentes.	Os tipos de exposição aos acidentes envolvendo material biológico, há de se destacar a exposição percutânea, onde ocorreram 278 casos, representando do total de 396 (70,2%) exposição ocupacional.	Conclui-se que reconhecendo os acidentes prevalentes, pode-se determinar riscos inerentes e intervenções na sua redução, por meio de ações preventivas que beneficiem profissionais e instituições. Ressalta-se também a necessidade de orientar o profissional para adesão ao protocolo de acompanhamento pós-acidente.	Analisando os exames dos acidentados no momento do acidente, 4,8% resultado positivo para anti-HIV. O paciente fonte no momento do acidente, 1,8% resultado positivo para anti-HIV. 0,5% recusaram receber quimioprofilaxia, nenhum dos acidentados obtiveram alta com conversão sorológica, 51% receberam alta sem conversão sorológica, em 43,4% foi abandono e 5,5% alta paciente-fonte negativo.
Oliveira e Paiva (2014).	Condutas pós-acidente ocupacional por exposição a material biológico entre profissionais de serviços de urgência	Estimar a prevalência dos acidentes por exposição a material biológico, condutas e acompanhamento sorológico pós-acidente dos	Descritivo e transversal. Questionário estruturado.	Estado de Minas Gerais. n=487 profissionais de atendimento pré-hospitalar.	A prevalência de profissionais acidentados por exposição a material biológico foi de 17,0%, a avaliação médica pós-acidente ocorreu em 35,5% dos casos e a notificação obrigatória do acidente para	Estratégias direcionadas para aumentar a adesão dos profissionais às condutas preconizadas após exposição pode contribuir para melhoria na segurança profissional.	O exame anti-HIV foi realizado em 10,7% tanto da fonte como do profissional. O acompanhamento sorológico para AIDS foi realizado para 5,8% dos casos.

		profissionais.			apenas 29,7%.		
Cordeiro et al. (2016).	Acidentes de trabalho com exposição a material biológico : Descrição dos casos na Bahia	Descrever os fatores de risco relacionados a acidentes de trabalho com exposição a material biológico e as condutas adotadas pós-exposição dos casos notificados no SINAN.	Epidemiológico de caráter descritivo . Ficha de notificação do do SINAN.	Estado da Bahia n=1.613 os casos notificados.	Ocorreram em média 327 acidentes com profissionais da saúde com exposição a material biológico no Estado da Bahia, a população feminina (78,1%) na faixa etária entre 30-49 anos (51,5%) foi a mais atingida; o sangue foi o fluido de maior contato nos acidentes com 75,2%, por meio da via percutânea (71,5%); as condutas adotadas pós-exposição foram de acordo com o recomendado pelo MS; várias informações não foram preenchidas nas notificações e apenas 23,8% de CAT foram emitidas.	Considera-se necessária a elaboração de estratégias acerca da saúde e segurança ocupacional, sensibilização dos trabalhadores sobre a relevância das condutas adotadas após os acidentes ocupacionais com exposição a material biológico e o treinamento dos profissionais para notificação dos casos e investigação com preenchimento de todos os campos da ficha de notificação e também da emissão da CAT.	Quanto ao status sorológico da fonte 100% do Anti-HIV foram ignorados/campo em branco; e quanto ao status sorológico do acidentado: 0,2% apresentou Anti-HIV positivo e 24,1% negativo. As condutas contra o vírus HIV foram: 17,2% dos casos foram encaminhados para quimioprofilaxia, sendo que 0,7% recusaram; 6,0% dos casos realizaram o esquema básico; 0,6% realizaram o esquema expandido.
De Carvalho et al. (2016).	Exposição a material biológico envolvendo trabalhadores em hospital especializado em doenças infecciosas	Caracterizar as exposições ocupacionais envolvendo material biológico segundo as fichas de comunicado de acidente de trabalho.	Retrospectivo descritivo , com abordagem quantitativa. Fichas de notificação de acidente de trabalho.	Hospital público de referência em doenças infecciosas de Minas Gerais. n=117 fichas.	65,8% das exposições ocorreram entre técnicos de enfermagem, pela via percutânea (59,8%); envolvendo sangue (58,1%); o material utilizado foi agulha oca (42,7%).	Identificou-se também necessidade de melhorias na ficha de notificação e nas medidas de prevenção de acidentes.	Em 53,8% dos pacientes-fonte identificados, o resultado foi positivo para o HIV.
Negrinho et al. (2017)	Fatores associados à exposição ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem	Identificar os fatores associados à exposição ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem.	Transversal, analítico. Entrevista.	Hospital de alta complexidade, do interior do Estado de São Paulo. n=226 profissionais de enfermagem	39 dos profissionais de enfermagem afirmam ter sofrido exposição ocupacional a material biológico, 17,3% sofreram exposição ocupacional com material biológico potencialmente contaminado, sendo 61,5% por	A maior parte dos acidentes com material biológico entre os profissionais de enfermagem ocorreu por via percutânea sendo que a idade, experiência profissional e na instituição compreender	Não responde

					via percutânea. Fatores, como a faixa etária (p=0,003), a experiência na enfermagem (p=0,015) e na instituição (p=0,032), estiveram associados ao acidente	am fatores associados à exposição ocupacional.	
Rodrigues et al. (2017)	Acidente ocupacional entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um pronto-socorro	Identificar a prevalência de acidentes ocupacionais entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um pronto-socorro.	Descritivo, transversal. Fichas da CAT e entrevistas.	Pronto-socorro de Ceilândia – DF. n=75 profissionais de enfermagem.	A prevalência geral de acidentes foi de 26,7%. Destes, 72,2% envolviam material perfurocortantes e, em 84,2% deles, o sangue foi o principal agente biológico envolvido.	Registrou-se alta taxa de profissionais acidentados, com maior prevalência entre aqueles de nível técnico. A vivência do acidente parece encontrar-se imagicamente ligada a momentos (antes, após e durante), causas, consequências e sentimentos.	Não responde

Fonte: Artigos das bases de dados Scielo e BVS, selecionados para pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo vão de encontro com demais estudos referente ao tema, mostram que a maioria dos profissionais de saúde que sofrem acidentes de trabalho fazem parte da equipe de enfermagem, são mulheres, com pouca idade e pouco tempo de experiência, sendo as agulhas o principal material de contaminação e o sangue o principal fluído (AMADEI e IVATIUK, 2008; MAGAGININI e AYRES, 2009; DA SILVA FERNANDES, 2014; CORDEIRO et al., 2016; DE CARVALHO et al., 2016; NEGRINHO et al., 2017; RODRIGUES et al., 2017).

O contato direto com pacientes que estão com enfermidades é de responsabilidade da equipe de enfermagem já que a mesma planeja e executa os cuidados realizando vários tipos de procedimentos assistenciais, ficando mais exposta a agentes biológicos. Desta forma, as condições de trabalho para a equipe enfermagem agrupam inúmeras situações de risco (GARBACCIO et al., 2015).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, a equipe de enfermagem é composta 87% de mulheres (COFEN, 2010). Em relação aos acidentes ocupacionais a sobrecarga de serviço e os diversos equipamentos que são manipulados pela equipe

de enfermagem, maioria perfurocortantes, contribui para incidência de acidentes com profissionais de enfermagem (GARBACCIO et al., 2015).

Entre os riscos que os profissionais de saúde estão expostos, o risco mais frequente é o biológico, que está relacionado com o contato direto com o paciente e manipulação de perfurocortantes contaminados e pelo alto risco de patógenos que podem transmitir doenças infecciosas tais como Hepatites B e C e HIV (PORTO e MARZIALE, 2016).

A ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes foi relacionada à manipulação frequente desses objetos e ao comportamento dos profissionais que utilizam práticas que oferecem riscos de acidentes com agulhas, tais como o descarte inadequado de objetos perfurocortantes (DA SILVA e FERNANDES, 2009).

O fluido que o profissional mais entra em contato nos acidentes é o sangue, um material biológico altamente contaminante que pode transmitir diversas doenças entre elas o HIV, que na maioria dos casos tem soro conversão negativa (SANTOS et al., 2016).

Neste estudo observa-se que os profissionais de enfermagem sofrem muito acidente com material contaminado e com paciente fonte portador de HIV, mas não houve soro conversão para HIV em nenhum profissional de saúde que realizou todos os exames de controle (AMADEI e IVATIUK, 2008; MAGAGNINI e AYRES, 2009; DA SILVA e FERNANDES, 2014; CORDEIRO et al., 2016).

O risco de transmissão do HIV após acidentes percutâneos com pacientes sabidamente positivos é de 0,3 a 0,5% e exposição de membrana mucosa é de 0,09% (GIANCOTTI et al., 2014).

Mesmo com baixo risco de contaminação pode se observar que é de suma importância a conduta e abordagem frente aos acidentes de trabalho e conscientização dos profissionais para a prevenção (AMADEI e IVATIUK, 2008).

A notificação deve ser realizada imediatamente após o acidente para que as medidas profiláticas sejam realizadas e para que se obtenha vigilância aquele profissional que se acidentou no trabalho (BRASIL, 2006).

Cordeiro et al. (2016) analisando as fichas do SINAN, no estado da Bahia, relatam que as condutas adotadas pós-exposição foram de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, mas várias informações não foram preenchidas nas notificações e apenas 23,8% das Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foram emitidas.

Para os casos de acidente relacionados ao trabalho, os eventos devem ser notificados no SINAN por meio da ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico. Nesses casos devem-se estabelecer procedimentos

de análise dos acidentes similares acontecidos na unidade, segundo diretrizes da Política de Promoção da saúde dos trabalhadores do SUS (BRASIL,2012).

Em relação à conduta pós-acidente, é um fato preocupante pois nem sempre é realizado a notificação no SINAN e precaução propiciando o desconhecimento real da magnitude dos acidentes e acidentados, prejudicando a saúde desses profissionais que não são acompanhados não são protegidos legalmente pós-acidente do trabalho (OLIVEIRA e PAIVA, 2014).

Foi observado que grande parte dos profissionais se recusa a tomar quimioprofilaxia e desistem do acompanhamento pós-acidente (DA SILVA e FERNANDES, 2014; DE CARVALHO et al., 2016).

Mais de 50% das pessoas submetidas à profilaxia antirretroviral apresenta efeitos adversos, no entanto é necessário que eles compreendam e se atualizem quanto às diretrizes nacionais de profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP), de modo a seguir rigorosamente as doses, os intervalos de administração e a duração da profilaxia, de maneira a garantir a eficácia pretendida (ALVERCA, 2018).

Os profissionais mesmo conhecendo e compreendendo a importância da profilaxia se recusam a realiza-la, isso pode estar relacionado com vários aspectos do comportamento individual da pessoa, incluindo a falsa percepção de um risco, medo dos efeitos colaterais da medicação, ficar exposto em meio a equipe, à falta de incorporação deste conhecimento à prática (GARBACCIO et al., 2015).

A não adesão ao fluxograma e à quimioprofilaxia antirretroviral para o HIV pode ser justificado pela mudança de rotina do profissional, e a necessidade de locomoção para atendimento (MAGAGNINI E AYRES, 2009).

O esquema antirretroviral (ARV) da PEP para HIV foi simplificado Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas traz recomendações de profilaxia pela avaliação do risco da situação de exposição e não mais por categoria de exposição (acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida) (BRASIL, 2018).

Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (exemplo agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfurocortantes) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (exemplo pessoa-fonte que faleceu ou que não se apresenta o serviço para testagem), a decisão sobre instituir a PEP deve ser individualizada (BRASIL, 2018)

Outro problema evidenciado pela revisão foi os preenchimentos das fichas de notificação dos acidentes CAT e SINAN que estavam incompletas ou com informações em branco (DA SILVA e FERNANDES, 2014; CORDEIRO et al., 2016).

Outro dado importante revelado nos estudos referem a emissão da CAT após o acidente com material biológico, mas que infelizmente é ignorada e/ou não

preenchida e acaba não caracterizando o episódio como acidente, podendo trazer grandes prejuízos ao profissional a longo prazo (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

A insatisfatória notificação no SINAN dos casos de acidente no ambiente de trabalho é prevalente. A empresa é obrigada a informar à Previdência Social todos os acidentes de trabalho ocorridos com seus empregados, mesmo que não aconteça o afastamento das atividades (BRASIL, 2018).

Quanto à notificação, as justificativas são de que são desnecessárias, atribuem baixo perigo de contaminação, não preenchem corretamente os dados (VALIM et al., 2014). No que se refere a gestão dos sistemas de saúde aponta-se a necessidade de estratégias que melhorem e facilitem os sistemas de informação e criar uma cultura de comunicação entre as redes para que se consiga referir da melhor forma o profissional acidentado (NOWAK et al., 2013).

O uso das fichas de notificação CAT é um dever do empregador e de suma importância para identificação do motivo de adoecimentos ou morte dos trabalhadores, além de fazer intervenções sobre as causas e determinantes e elaborar estratégias de atuação na área de promoção e prevenção, controlando e enfrentando, de forma integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva relacionados com o trabalho (DA SILVA e FERNANDES, 2014).

O estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo mostrou que o trabalho com equipes reduzidas e o aumento da carga horária fragiliza a segurança envolvendo o manuseio de perfurocortantes nas proximidades de partes do corpo, facilitando a ocorrência de acidentes (DONATELLI et al., 2015).

Muitos profissionais se dispõem a trabalhar com carga horária, elevadas em mais de um emprego, causando desgaste físico e mental se propondo ao erro relativo ao cansaço ficando mais evidente a riscos ocupacionais (MAZZO et al., 2014).

A prevenção da ocorrência de contaminações entre os profissionais de saúde é medida importante e devem ser utilizadas para proteger a integridade do profissional e paciente e para isso são recomendados uso de EPI (BRASIL, 1997). A negligência quanto ao uso dos EPIs implica responsabilidades institucionais e individuais, sendo obrigatório que os serviços disponibilizem destes equipamentos conforme a função e exposição a riscos, orientando a utilização adequada são indicadas para todos os procedimentos efetuados, pois minimiza de forma considerável, o risco de contaminação (MEDONÇA et al., 2014).

A NR 32 prevê o uso de EPI, capacitação profissional, vacinação, entre outras disposições para se evitar ou minimizar o erro, que são recorrentes, porém tem demonstrado ser ineficaz, pois a baixas taxas de adesão e diversas dificuldades de fiscalização (BRASIL, 2005).

Sugere-se o investimento em educação e em treinamento contínuo da equipe de enfermagem, para que sejam adotadas medidas de prevenção e proteção do profissional no exercício de suas atividades (RODRIGUES et al., 2017).

As maiorias das publicações dos artigos analisados foram no ano de 2014. Nesse ano o Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação de casos de HIV no país. O que significa que todos os serviços de saúde devem informar o órgão de todo o novo caso; antes, esse dado era feito a partir de amostragem em estudos isolados (BRASIL, 2016). Nesse ano aconteceu um aumento abrupto de casos, esse provavelmente esse aumento no número de casos tenha influência do número elevado de publicação nesse ano.

Os artigos selecionados para este estudo na área de enfermagem foram analisados pelo Qualis periódicos que é um instrumento utilizado para avaliação dos programas de pós-graduação no Brasil e fundamental para avaliação do quesito produção intelectual, agregando o aspecto quantitativo ao qualitativo (BARRADAS, 2016).

A maioria dos estudos foi publicada em revistas com Qualis entre A1 e B2, e nenhum dos estudos foi classificado com Qualis C. Demonstrando a preocupação dos autores com a qualidade do periódico e a grande relevância das pesquisas.

Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Na verdade, trata-se de uma classificação indireta, visto que não avalia a qualidade das pesquisas ou dos artigos produzidos e sim dos periódicos científicos em que eles são publicados (BASTOS, 2019). O conceito mais elevado é o A1, seguido dos conceitos A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C. Títulos que obtenham a classificação C terão peso zero, ou seja, relevância nula.

Os artigos revisados tiveram as pesquisas realizadas principalmente nas regiões sul e sudeste são prováveis que os estudos se concentrem nessas localidades, pois possuem maior grau de cobertura de sistema de informações de notificações, principalmente para HIV, desde começo da epidemia de AIDS são duas regiões com maior incidência e prevalência de casos de HIV (FERREIRA, 2017).

Dentre as limitações desse estudo podemos citar que alguns artigos não responderam à pergunta norteadora do estudo, sendo um viés presente na busca dos artigos, essa limitação é própria das pesquisas narrativas conforme Mendes da Silva (2019).

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou uma análise dos agravos acometidos a saúde dos profissionais envolvidos nos estudos, demonstrando a vulnerabilidade da categoria que se submete a trabalhar em um ambiente insalubre. Nota-se o baixo percentual de contaminação por HIV, nos profissionais, e a equipe de enfermagem está à frente das exposições, sendo a equipe mais citadas nas pesquisas. Nas análises das condutas e acompanhamento sorológico após cada acidente ocupacional por exposição a material biológico referido revelou um déficit na notificação e na conduta pós-acidente.

Dada à importância do assunto torna-se necessário o desenvolvimento de educação continuada de forma permanente para capacitar, atualizar, orientar cada vez mais esses profissionais, a importância do uso de EPI'S.

Deve se considerar a gravidade da exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV naquela exposição (área de alta prevalência para HIV, pacientes internados pelo HIV naquele ambiente)

É importante ressaltar que o conhecimento técnico sobre os procedimentos não é suficiente para sua execução segura, pois o cansaço a escassez de equipe, acúmulo de empregos, desatualização profissional pode induzir ao erro e acaba não considerando esse tipo de exposição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: apresentação de citações em documentos: procedimentos. Rio de Janeiro:ABNT,1990. Disponível em: www.usjt.br/arq.urb/arquivos/nbr10520-original.pdf. Acesso em 22 de novembro de 2019.

AMADEI, Janete L., IVATIUK, Karina. Vigilância de HIV em acidentes perfurocortantes com trabalhadores da saúde. *Acidentes perfurocortantes e HIV Centro Superior de Ensino de Maringá - CESUMAR - Curitiba (PR) – Brasil*, v 23, nº4, p 325-334, 2008. Disponível em: periodicos.unifor.br/RBPS/article/download/2033/2328. Acesso em 15 agosto de 2018.

ATALLAH, Castro. Revisão Sistemática da literatura e metanálise: A melhor Forma De Evidencia Para Tomada De Decisão Em Saúde E A Maneira Mais rápida de atualização terapêutica. cap.2. Disponível em: www.geocities.com/atheuns/9733. Acesso em 10 nov de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília; 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/.../protocolo_expos_mat_biologicos.pdf. Acessado em 15 agosto de 2018.

BRASIL. Portaria MTE n.º 485, de 11 de novembro de 2005. NR32 Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. DOU de 16/11/05 – Seção 1, v.2005, n 32 p. Disponível em: www.trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2018.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. Disponível em: docplayer.com.br/390830-Ambientes-de-trabalho. Acesso em 15 de agosto de 2018.

BRASIL. Comunicação de acidente de trabalho. Previdência Social. Publicado 8 de Janeiro de 2018 08:20, última modificação 5 de fevereiro de 2018 13:38. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>. Acesso em 13 julho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais. Departamento de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Atualização 2018. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em; 12/12/2019.

BARRADAS Barata, R. de C. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. Revista Brasileira de Pós-Graduação, v.13, n.30, dez.2016. Disponível Em: ojs.rbpg.capes.gov.br. Acesso em 22/11/2019.

BASTOS, Vilma Costa. Classificação de periódicos no Qualis/Capes. Disponível em: www.biblioteca.ics.ufpa.br. Acesso em: 15/11/2019.

CORDEIRO, Técia M.S.C., NETO, José N.C., CARDOSO, Mariana C.B. et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico: Descrição dos casos na Bahia. Rev. De Epidemiologia e Controle de infecção.v.6, n.2, 2016. Disponível em: online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/. Acesso em 26 de setembro 2019.

CARVALHO, Priscila C.F., JANUÁRIO, Gabriela C., LOPES, Letícia P. et al. Exposição a material biológico envolvendo trabalhadores em hospital especializado em doenças infecciosas. Rev. Baiana de Enferm., v. 30, n.3, 2016. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br>. Acesso em 18 maio 2019.

DA SILVA, Juliana A., PAULA, Vanessa S., ALMEIDA, Adilson J., et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, 13(3):508-16, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414. Acesso em 18 de maio de 2019.

DONATELLI, Sandra, VILELA, Rodolfo A.G., ALMEIDA, Ildeberto M. et al. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1257-1272, 2015. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401257&. Acesso em 10 dezembro de 2018.

FERREIRA, Fernanda C.S.L; DRUMOND, Eliane F.; SIVIERO, Pamila C.L. et al. Causas múltiplas de óbitos relacionados ao HIV/AIDS nas capitais das regiões Sul e Sudeste do Brasil, 2011. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba;19(1):19-25, 2019. Disponível em: revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/. Acessado em 10 de dezembro de 2018.

GIANCOTTI, Geanna M.; HAEFFNER, Rafael; SOLHEID, Neri L. C.; et al. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v 23(2):p 337-346, abr/jun 2014. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237. Acesso em 29 de outubro de 2018.

GARBACCIO, Juliana L.; REGIS, Wilian C.B., SILVA, Rogério M.C. et al. Acidentes ocupacionais com a equipe de enfermagem da atenção hospitalar. *Cogitare Enferm*. v.20(1):p.146-52, Jan/Mar; 2015. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37661. Acessado em 5 de agosto de 2019.

HUNTER, James C. O monge e o executivo. James C. Hunter. Tradução de Maria da Conceição Fornos de Magalhaes, Rio de Janeiro. ISBN 85-7542-102-6 setembro de 2004.

MAGAGNINI, Maristela A.M, AYRES, Jairo A. Acidentes com Material Biológico: A realidade de uma instituição hospitalar do interior Paulista. *REV. Mineira de Enferm.*, v 13.1, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/171> . Acesso em 20 de dezembro de 2018.

MENDES-DA-SILVA, Wesley. Contribuições e Limitações de Revisões Narrativas e Revisões Sistemáticas na Área de Negócios. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 1-11, Mar. 2019. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415. Acesso em 16 de novembro de 2019.

NOWAK, Nicole L.; CAMPOS, Gilberto A.; BORBA, Érica O. et al. Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes. *O mundo da saúde*, São Paulo-2013;37/(4):419-426. Disponível em http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fatores_risco_acidentes_materiais_perfurocortantes.pdf. Acesso em 18 maio de 2019.

NEGRINHOS, N.B.; TOFFANO, Silmara E.M.; REIS, Renata K. et.al. Fatores associados à exposição ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v 70, nº1, p.539-549, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267049841018ISSN>. Acesso em 18 de junho de 2019.

OLIVEIRA, Adriana C.; PAIVA, Maria H. R.C. Conduas pós-acidente ocupacional por exposição a material biológico entre profissionais de serviço de urgência. *Rev. Enferm. UERJ*. v. 22, n.1, 2014. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a18.pdf. Acesso em 18 de junho de 2019.

PORTO, Janete S.; Marziale, Maria H.P. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. v.37(2)e57395; ISSN 1983-1447, 2016. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200501&. Acesso em 16 de outubro de 2019.

RODRRIGUES, Pollyanna S.; SOUSA, Alvaro F. L.; MAGRO, Marcia C.S. et al. Acidente ocupacional entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um pronto-socorro. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*; v.21(2), 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414. Acesso em 16 de outubro de 2019.

SILVA, Fabiana B.M., FERNANDES, Maria I. M. Perfil epidemiológico dos acidentes com material biológico no município de Maringá/Parana-2014. Rev. Uningá Review. Vol.29, n.3, pp.52-59, jan-mar, 2017. Disponível em: www.mastereditora.com.br/periodico/20170228. Acesso em 16 de outubro de 2019.

SILVA, Patrick L.N; CARVALHO, Larissa M.; MENDONÇA, José M.G. et al. Análise dos acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. Rio de Janeiro, v 8(4).5163-5176, out/dez 2016. Disponível em: pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio. Acesso em 09 de setembro de 2018.

VIEIRA, Mariana;PADILHA, Itayara M.; PINHEIRO, Regina D. C. et al. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde.Rev. Latino Americana de enfermagem, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_15.pdf. Acesso em 09 de setembro de 2018.

VALIM, Marília D.; MARZIALE, Maria H. P.; HAYASHIDA,Miyeko et al. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2014;27(3):280-6. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0280.pdf. Acesso em 09 de setembro de 2018.

Capítulo 21

**SABERES E PRÁTICAS DECOLONIAIS PARA
A SAÚDE COLETIVA**

KNOWLEDGE AND DECOLONIAL PRACTICES FOR COLLECTIVE HEALTH

Larayne Gallo Farias Oliveira¹**RESUMO**

A saúde coletiva tem buscado ao longo do tempo o avanço no campo da promoção e reabilitação da saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), afim de que possa instituir mudanças para melhorar os indicadores de saúde. Acontece que estas mudanças, muitas destas eurocêntricas, não procuram ponderar o contexto sócio, histórico, e cultural de muitas populações, a saber, a população negra, que possui algumas práticas e saberes e por consequência acabam não se apropriando destas trajetórias. Este é um debate interessante, haja vista que os profissionais de saúde, ainda nas academias precisam possuir um olhar decolonizado para suas práticas afim de que possam inserir nas suas práticas, estas ações para que possam assim instituir a Saúde Integral da População Negra. Portanto, este texto traz algumas reflexões sobre a necessidade de se reprogramar o ensino destas práticas dentro das faculdades para que hajam profissionais mais humanizados e decolonizados promovendo o acesso ao SUS e ao cuidado de saúde equânime e culturalmente pertinentes às necessidades da população negra.

PALAVRAS-CHAVE: Decolonização. Saúde Coletiva. Saberes.

ABSTRACT

Public health has sought over time to advance in the field of health promotion and rehabilitation of users of the Unified Health System (SUS), so that it can institute changes to improve health indicators. It turns out that these changes, many of these Eurocentric, do not seek to weigh the socio, historical, and cultural context of many populations, namely, the black population, which has some practices and knowledge and consequently end up not appropriating these trajectories.

This is an interesting debate, given that health professionals, even in gyms, need to have a decolonized look at their practices so that they can insert these actions in their practices so that they can thus establish the Comprehensive Health of the Black Population. Therefore, this text brings some reflections on the need to reprogram the teaching of these practices within the colleges so that there are more humanized and decolonized professionals promoting access to SUS and health care that is equitable and culturally relevant to the needs of the black population.

KEYWORDS: Decolonization. Public health. Knowledge.

¹ Enfermeira, Especialista em Emergência, Auditoria em Sistemas de Saúde, Gestão em Saúde e Saúde Coletiva. Mestranda em Ensino e Relações Étnico Raciais pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB - Campus Jorge Amado (CJA) - Itabuna – BA. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenf da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. E-mail: enfa.laraynefarias@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva ao longo dos anos tem provocado diversas práticas e saberes universais, na tentativa de se institucionalizar as que possam atender as necessidades deste campo, apontando para um novo modelo, com a finalidade de se instituir mudanças, a vigilância de agravos e doenças, assim como a instituição de medidas de reorganização da vida social, visando a cidadania para todas as pessoas, e que o processo de trabalho em saúde possa ser fortalecido pela formação dos profissionais de saúde ainda nas academias brasileiras. Interroga-se a partir das reflexões de Guimarães (2017): quantas vezes são inseridos efetivamente debates que se distanciam dos lugares clássicos do pensamento “universal” para construir trajetórias outras? Esta sem dúvida é uma direção a ser alcançada no tocante ao processo de decolonização daqueles que são responsáveis pela docência a partir da desconstrução e alienação colonial em que estes foram formados.

Esta temática é de extrema importância uma vez que pelo processo colonizador, eurocêntrico, e geopolítico dos discursos hegemônicos influenciam o mundo contemporâneo. Já questionava Spivak (2010) com o título de sua obra: *Pode o subalterno falar?*, pois a partir deste constructo pode-se afirmar que é preciso dar voz a quem pode e deve falar através da sua voz, consciência, seus saberes, práticas, crenças e ações afirmativas. Sendo assim, vale dar importância a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) porque dentro do processo de saúde-doença, o subalterno muitas vezes não tem voz, mesmo que seja um sujeito de conhecimento, e por vezes até a representação pelo sujeito de poder, que pode ser oculto ou não, influencia a sua condição de silenciamento pelo agenciamento de classe.

Este ensaio portanto pretende trazer uma breve reflexão sobre os desafios dos saberes e práticas decoloniais para a saúde coletiva, e a partir destes pensamentos propor a geração de fluxos de resistência para que pretos, brancos, pardos, índios, amarelos, e coloridos possam inferir na quebra de situações constrangedoras, detestáveis e inadmissíveis de racismo institucional, e promover saúde integral a todos.

REFERENCIAL TEÓRICO

O psiquiatra antilhano Fanon em sua obra *Pele Negra, Máscaras Brancas* (2008) aponta que o negro não deve ser colocado diante do dilema: branquear ou desaparecer, ele deve poder tomar consciência de uma nova possibilidade de existir

mesmo se a sociedade lhe cria dificuldades por causa de sua cor. Para ele o negro quer ser como o branco, e não há senão um destino. E ele é branco. Já faz muito tempo que o negro admitiu a superioridade indiscutível do branco e todos os seus esforços tendem a realizar uma existência branca. Esta reflexão é um importante pensando decolonial na medida em que o processo de colonialidade foi o responsável pelas práticas e saberes racializados onde as diversidades são colocadas em degraus de privilégios e desvantagens, em todas as esferas da vida, incluindo no setor saúde.

Nas palavras de Ballestrin (2013) como tantas escolas orientadas pelo “pós”, o pós-colonialismo se tornou uma espécie de “moda” acadêmica, tendo penetrado tardiamente nas ciências sociais brasileiras. O que complementa Grosfoguel (2006), com discurso que as universidades ocidentalizadas assumiram três pontos programáticos, a saber, o reconhecimento do provincialismo e do racismo/sexismo epistêmico que constituem a estrutura fundamental resultante de um genocídio/epistemicídio implementado pelo projeto colonial e patriarcal do século XVI, o rompimento com o universalismo onde um (“uni”) decide pelos outros, a saber, a epistemologia ocidental, e o encaminhamento da diversidade epistêmica para o cânone do pensamento, criando o pluralismo de sentidos e conceitos, onde a conversação interepistêmica, entre muitas tradições epistemológicas, produz novas redefinições para velhos conceitos e cria novos conceitos plurais com “muitos decidindo por muitos” (pluri-verso), em lugar de “um definir pelos outros” (uni-verso), deixarão de ser ocidentalizadas e universais. Essas se transformarão, de universidades ocidentais em pluri-versidades decoloniais.

A partir destas considerações vale-se ressaltar sobre a importância do discurso decolonial nas escolas acadêmicas de saúde, afim de que os profissionais por estas formados, possam exercer suas profissões com um olhar voltado para práticas e saberes afastados do sistema de ensino tradicional, com ações pedagógicas que desvelem processos neocolonizadores educacionais, e que possam pensar novas práticas de saúde que contribuam para um movimento de resistência e ruptura a favor da decolonização.

Candau (2011) discute sobre o papel da escola na perspectiva de reconhecer, valorizar e empoderar sujeitos socioculturais subalternizados e negados, e que esta tarefa passa por processos de diálogo entre diferentes conhecimentos e saberes, a utilização de pluralidade de linguagens, estratégias pedagógicas e recursos didáticos, a promoção de dispositivos de diferenciação pedagógica e o combate a toda forma de preconceito e discriminação no contexto escolar. O que representa uma valiosa discussão sobre a formação de sujeitos dotados de crenças e valores capazes de

perceber e negar todas as práticas de racismo e que assim possam potencializar o acesso a saúde.

Memmi (1977) aponta que o racismo faz parte de todos os colonialismos, sob todas as latitudes, que não é uma coincidência: o racismo resume e simboliza a relação fundamental que une colonialista e colonizado. Portanto, o acesso a saúde integral pela população negra no Brasil é um campo de estudos, pesquisas e assistência reconhecida do ponto de vista da legitimidade política em combate ao racismo. Suas bases científicas são inegáveis, porém, ainda com pouca divulgação entre a população e os profissionais de saúde, para produzir sentido e um maior acesso junto à sociedade afrodescendente (OLIVEIRA, 2003). Corroboram, Santos e Santos (2013) ao esclarecerem como esse acesso é compreendido enquanto um componente do contexto social, construído e reproduzido de forma desarticulada, ao influenciar as ações pontuais, ou inexistentes dos profissionais da saúde, notadamente nos que trabalham na atenção primária, diante das inúmeras barreiras conhecidas e nas que possam existir, nesse atravancado acesso e entendimento dessa política, para atendimento dos afrodescendentes, historicamente tratados de maneira iníqua.

Lopes (2012) profere que para a desconstrução do racismo institucional, que atua de forma difusa no funcionamento dia-a-dia de instituições e organizações, provocando uma heterogeneidade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do enfoque racial, precisasse de políticas públicas que provoquem uma desracialização, mas, também, de reflexões acadêmicas sobre como atuam esses constructos. Daí a estima destas questões serem trabalhadas na formação dos profissionais de saúde, pois esses mecanismos podem ser analisados como dispositivos de biopoder, na medida em que gerenciam a vida da população conforme um olhar racial. Demanda-se, então, a necessidade de realização de pesquisas qualitativas de abordagem etnográfica que reflitam sobre como opera o racismo no cotidiano das instituições. Investigações que irão fortalecer e orientar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Werneck (2016) assinala que os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde. Notadamente na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência, assim como na insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o gap e contribuir para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra. Sendo

assim, é preciso reconhecer as dimensões do racismo no Brasil e sua proporção, enquanto racismo institucional em Unidades de Saúde (US) que excede as dimensões pessoais na invisibilidade de doenças características das populações afrodescendentes. Principalmente visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis (obstétricos ou não), ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna (BATISTA, et al., 2013).

Já há algum tempo, as práticas e saberes de benzedeiros e parteiras, foram usadas no âmbito da saúde como campo da cura e da promoção da saúde, que em contrapartida ao processo inicial da saúde coletiva, onde após os movimentos reformistas que provocaram profundas mudanças no sistema de saúde, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e reorganizou estes processos além da relação médico-preventivista. O que é visto, é que após este desuso habitual e oculto, como por exemplo, dos partos domiciliares com as parteiras, situações de violência obstétrica entraram em destaque, mesmo que silenciadas pelos seus próprios opressores que induzem as parturientes a aceitarem tal situação como natural do parto acontecem todos os dias nas maternidades do Brasil, em especial em mulheres negras.

Outra questão que pode ser citada para reflexão do leitor, é o uso da fitoterapia com plantas medicinais aliadas ao SUS, pois o uso de chás, e preparos com ervas, são usados há muitos anos por diversas populações em todo o mundo, em especial para a população negra, onde podem ocorrer também para as cerimônias religiosas praticadas com finalidades paliativas e curativas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2013, definiu os processos de preparo, dispensação e armazenamento dos medicamentos fitoterápicos e regulamentados ao SUS, o que associado a PNSIPN pode ser um canal de acesso ao projeto terapêutico singular e coletivo das populações atendidas nas unidades de saúde.

Vale destacar que as mulheres, em especial as mais antigas nas comunidades, são as que transmitem estes conhecimentos de práticas e saberes para complementar o cuidado à saúde. Muitas destas práticas tem alta eficácia farmacológica e indicação terapêutica, o que remete a reflexão sobre a necessidade de se estudar, ensinar (em especial nas universidades que formam profissionais de saúde) e valorizar estas, para que sejam utilizadas de maneira eficaz e segura, para serem usadas como porta de acesso para a comunicação culturalmente efetiva e terapêutica.

CONCLUSÃO

No sentido de se alcançar maior capilaridade social, e a possibilidade de se alcançar a todos os grupos populacionais, em especial a população negra, a qual este ensaio remete-se com o uso da palavra decolonial, os profissionais de saúde devem ampliar seus conhecimentos sobre saberes e práticas decoloniais no sentido de valorizá-las e integrá-las ao cuidado dos seus pacientes. Ao explorar a literatura específica, constatou-se uma lacuna na publicação científica relativa às práticas de cuidado e cura desenvolvidas mediante ao uso destas práticas, dentre outras.

É necessária a criação de fluxos de resistência afim de que o então citado subalterno (Spivak, 2010) tenha voz, e possa contribuir, opinar, inferir, não silenciar, articular, proferir, expressar, respeitar e ser respeitado quanto ao seu direito de participação no seu plano terapêutico dentro da saúde coletiva a partir da valorização de suas práticas e saberes que permeiam suas vidas, e assim levar o profissional de saúde a atuar, pela perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família, promovendo o acesso ao SUS e ao cuidado de saúde equânime e culturalmente pertinentes às necessidades da população negra.

REFERÊNCIAS

BALLESTRIN, Luciana. **América Latina e o giro decolonial**. Rev. Bras. Ciênc. Polít. [online]. n.11, pp.89-117, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013

BATISTA, Luís Eduardo, et al. **Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção**. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016.

CANDAU, Vera Maria Ferrão. **Diferenças culturais, cotidiano escolar e práticas pedagógicas**. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade do Rio de Janeiro, 2011.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. - Salvador: EDUFBA, 2008.

GROSGOUEL, Ramón. **A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI**. Revista Sociedade e Estado – Volume 31 Número 1 Janeiro/Abril, 2016.

- GUIMARÃES, Rafael. **Por uma psicologia decolonial: (des) localizando conceitos.** Democracia participativa, estado e laicidade[recurso eletrônico]: psicologia social e enfrentamentos em tempos de exceção/ Emerson Fernando Rasesa, Maristela de Souza Pereira e Dolores Galindo(Organizadores)–Porto Alegre: ABRAPSO, pg. 257-269, 2017.
- LÓPEZ, Laura Cecília. **The concept of institutional racism: applications within the healthcare field.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.
- MEMMI, Albert. **Retrato do colonizador. In: Retrato do colonizado precedido pelo retrato do colonizador.** Trad. R. Corbisier e M. Pinto Coelho. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra.** Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. **Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra.** Revista Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez 2013.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** 1. ed. Trad. Sandra Regina Goulart Almeida; Marcos Pereira Feitosa; André Pereira. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.
- WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra.** Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2017.

SOBRE O ORGANIZADOR

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira - Doutor em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia - UFPI, com estágio de Doutorado Sanduíche no Departamento de Farmacologia da Universidade de Sevilla - Espanha. Especialista em Docência do Ensino Superior e em Análises Clínicas e Microbiologia pela Universidade Cândido Mendes. Bacharel em Biomedicina pela Faculdade Maurício de Nassau/Aliança. Tem experiência em bioprospecção de produtos naturais com ênfase em antioxidantes e anti-inflamatórios. Professor da Cristo Faculdade do Piauí - CHRISFAPI.



ISBN 978-65-86212-36-5



9 786586 212365 >