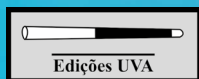


Organizadores
Antonio Germane Alves Pinto
José Adelmo da Silva Filho
Geanne Maria Costa Torres

Entrelaces do SUS

saberes, fazeres e cuidado em saúde



Organizadores

Antonio Germane Alves Pinto
José Adelmo da Silva Filho
Geanne Maria Costa Torres



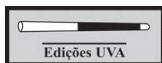
Entrelaces do SUS
saberes, fazeres e cuidado em saúde

Sobral/CE
2020



Entrelaces do SUS: saberes, fazeres e cuidado em saúde

© 2020 copyright by Antonio Germane Alves Pinto; José Adelmo da Silva Filho; Geanne Maria Costa Torres (Orgs.)
Impresso no Brasil/Printed in Brasil



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia – Sobral-CE
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613
Filiada à



Reitor

Fabianno Cavalcante de Carvalho

Vice-Reitora

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Diretora das Edições UVA

Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)	Maria Adelane Monteiro da Silva
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo	Maria Amélia Carneiro Bezerra
Ana Iris Tomás Vasconcelos	Maria José Araújo Souza
Carlos Augusto Pereira dos Santos	Maria Somália Sales Viana
Claudia Goulart de Abreu	Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Eliany Nazaré Oliveira	Raquel Oliveira dos Santos Fontinele
Eneas Rei Leite	Renata Albuquerque Lima
Francisco Helder Almeida Rodrigues	Simone Ferreira Diniz
Israel Rocha Brandão	Tito Barros Leal de Ponte Medeiros
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque	Virginia Célia Cavalcanti de Holanda



Rua Maria da Conceição P. de Azevedo, 1138
Renato Parente - Sobral - CE
(88) 3614.8748 / Celular (88) 9 9784.2222
contato@editorasertaocult.com
sertaoacult@gmail.com
www.editorasertaocult.com

Coordenação Editorial e Projeto Gráfico

Marco Antonio Machado

Revisão

Danilo Ribeiro Barahuna

Diagramação e capa

João Batista Rodrigues Neto

E61 Entrelaces do SUS: saberes, fazeres e cuidado em saúde. / Antonio Germane Alves Pinto, José Adelmo da Silva Filho, Geanne Maria Costa Torres (Organizadores). – Sobral-CE: Edições UVA; SertãoCult, 2020.

448p.

ISBN: 978-65-87115-06-1 - papel

ISBN: 978-65-87429-18-2 - papel

ISBN: 978-65-87429-19-9 - e-book - pdf

Doi: 10.35260/87429199-2020

1. Sistema Único de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde- Brasil. 3. Humanização-Saúde. I. Pinto, Antonio Germane Alves. II. Silva Filho, José Adelmo da. III. Torres, Geanne Maria Costa. IV. Título.

CDD 617.6



APRESENTAÇÃO

Apresenta-se ao cotidiano das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) o livro ENTRELACES DO SUS: saberes, fazeres e cuidado em saúde, elaborado pelas mãos ativas dos membros do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN), da Universidade Regional do Cariri (URCA). A tessitura desse coletivo envolve linhas de pesquisa integradas com o agir em saúde. Enfatizam-se estudos voltados para ampliação da clínica, gestão e produção subjetiva do cuidado, educação e formação, bem como a gestão participativa em saúde. As temáticas são dispostas pelas necessidades e demandas do campo, do território e do ensino na saúde.

Estão dispostos três atos, cada um com os tons desse movimento dançante, por vezes alegre, outrora criativo, mas sempre resistente! No Ato I, entrelaçam-se as evidências para as práticas do cuidado, gestão e educação em saúde. Entre os saberes e fazeres cotidianos, expressam-se afetos, grupalidades, situações e enfrentamentos adversos em tempos pandêmicos.

No capítulo “Enfermagem, cuidado e espiritualidade: ressignificando as práticas de saúde”, dispõe-se uma inovação subjetiva para as relações e práticas de cuidado em saúde: a espiritualidade. Em seguida, no capítulo “O profissional de educação física e a experiência da criação de um Grupo de Práticas Corporais na Atenção Básica”, a criatividade da formação em serviço se expressa na grupalidade corporal possível no território da Atenção Básica.

A organização dos serviços de saúde e a potencialidade dos arranjos assistenciais do SUS para a atenção integral está discutida nos capítulos “Da teoria à prática: conhecendo o processo de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde” e “Gestão do cuidado e planejamento participativo no enfrentamento das condições crônicas de saúde no SUS: demandas, organização e indicações para prática”. Neles evidenciam-se as possíveis intervenções equânimes e alinhadas ao viver social.

As instrumentalidades da análise situacional aos agravos crônicos entoam os capítulos “Diabetes mellitus na IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco: um estudo baseado em dados secundários” e “Hemovigilância e reações

transfusionais: abordagem epidemiológica no cenário regional do centro-sul cearense” como ferramentas para tomada de decisão em saúde.

Ao integrar políticas, saberes e práticas, no capítulo “Educação Permanente em Saúde: Fortalecimento do Conhecimento para Ações dos Agentes de Combate às Endemias” estão apresentados caminhos para enaltecimento do trabalho ativo no combate às situações endêmicas.

Nos capítulos “Estratégia de gestão para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde” e “Programa Saúde na Escola como proposta de integração de saberes e práticas em ambientes escolares” se estampam possibilidades estratégicas para fazer valer a integração no SUS.

A educação em saúde entrelaçadas nas situações do território estão presentes nos capítulos “Descentralização das ações para o controle do tabagismo na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência” e “Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em tempos de pandemia COVID-19”. Nossas adversidades, por vezes são resultantes de modos de vida e, outras vezes, pelo desequilíbrio global.

No Ato II, o entrelace permeia a resistência no fazer cotidiano do cuidado e afeto, proteção e qualidade assistencial. O movimento dançante da resistência expressa-se no enfrentamento das violências, da reprodução e da sexualidade humana, política assistencial à gestante e pesquisa na saúde.

Nos capítulos “A prática profissional do enfermeiro frente às mulheres em situação de violência” e “O papel do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na assistência à mulher vítima de violência” apresentam-se o enfermeiro na assistência à mulher vítima de violência, com visão para a identificação, acolhimento, formação de vínculo e empoderamento da mulher para o enfrentamento da problemática.

Seguindo a vertente, o capítulo “Atuação do Agente Comunitário de Saúde frente à violência contra a mulher” coloca a violência diante das compreensões e condutas de uma categoria profissional ímpar no território de cuidados da Atenção Primária à Saúde. No capítulo “Violência obstétrica na assistência ao parto: conhecimento para enfrentamento pelo Sistema Único de Saúde”, a violência obstétrica é identificada nas percepções de mulheres puérperas por meio de seus saberes e experiências no parto e nascimento.

O capítulo “Percepções e vivências de acadêmicos do centro-sul cearense acerca da reprodução e sexualidade: repercussões para o cuidado em saúde” vislumbra discussões acerca da saúde sexual e reprodutiva no universo de

construção de saberes profissionais. A compreensão dos problemas enfrentados pelas gestantes em relação ao acesso às consultas do pré-natal é contemplada na voz de mulheres no capítulo “A ótica da gestante acerca dos entraves do acesso ao pré-natal”.

O pré-natal é colocado em avaliação concernente à qualidade da assistência por meio de um modelo de atenção à saúde no capítulo “Avaliação da qualidade da assistência pré-natal e a implementação da Rede Cegonha no interior do Ceará à luz do Quality Maternal and Newborn Care”. O capítulo “Uso da técnica de grupo focal em pesquisas qualitativas na saúde da criança e do adolescente” evidencia o uso de uma técnica de coleta de dados empregada nos estudos de abordagem qualitativa. Espaço de diálogo, reflexão, (re)construção de concepções.

No Ato III, exaltam-se os entrelaços da Formação: Educação, Saúde, Tecnologia e Interprofissionalidade. Os olhares sobre a formação permeada pela inserção de práticas educacionais contemplam a interação ensino-serviço e vislumbram o trabalho em saúde conectado pelas tecnologias do cuidado e práticas interdisciplinares e interprofissionais, apoiadas pela dialogicidade, atitudes, habilidades interpessoais, experiências e espaços de socialização para proporcionar mudanças significativas no saber-fazer na saúde.

O capítulo “Cuidar-Gerenciar-Educar: reflexões frente à formação dos acadêmicos de Enfermagem” envolve o processo do cuidar-gerenciar-educar e suas reflexões sobre a gerência do cuidado na prática cotidiana do trabalho em saúde, buscando produzir transformação nas práticas dos profissionais, na própria organização do trabalho e na orientação desse caminho, guiados pela visão crítica, senso de colaboração e trabalho coletivo, aspectos essenciais nos processos de tomada de decisão.

Dando continuidade, o artigo “Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: reflexões e debates” compartilha a aprendizagem vivencial nos campos de estágios por meio de experiências e reflexões partilhadas que contribuem na efetivação de práticas interdisciplinares e interprofissionais para os que fazem, vivenciam e atuam no SUS, potencializando a integração ensino-serviço e os efeitos transformadores entre todos os envolvidos no processo.

Os capítulos “A Extensão Universitária na Formação Integral em Enfermagem”, “Práticas de extensão universitária por meio do Projeto Jovens Socorristas: um elo entre a formação em saúde e o Sistema Único de Saúde” e “Projeto Canal Saúde On-line na Formação de Juventudes Protagonistas no Sistema Único de Saúde” enriquecem as práticas dos profissionais, docentes e discen-

tes num processo de ação-reflexão-ação, cujo aprendizado mútuo permite a ancoragem de novos conhecimentos por meio da interação entre o pensar e o fazer. O processo de educação em saúde fomenta práticas colaborativas na produção do cuidado em saúde, concebida de forma articulada às demandas do SUS e compartilhada por ideais, vivências, opiniões e experiências que primam pelo diálogo, escuta receptiva e respeito mútuo.

No capítulo “Percepções docentes sobre as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) na formação em enfermagem”, evidencia-se o diálogo dessa ferramenta com as práticas pedagógicas no ensino em enfermagem, integrando saberes e criando espaços para aprendizagem inovadora e colaborativa, permitindo aproximar as TDIC no processo de formação dos profissionais no contexto do SUS, substâncias na promoção da autonomia e na capacidade de responder às demandas de cuidado em saúde da população. A utilização das ferramentas tecnológicas permite uma interação rápida e eficaz na segurança do paciente, conforme destacado no capítulo “Simulação virtual para o ensino da segurança do paciente”, promovendo uma aprendizagem significativa, livre de danos ao paciente e envolvendo as práticas pedagógicas ao lúdico no processo de ensino e aprendizagem, estratégia promissora capaz de atribuir maior significado à construção conjunta do conhecimento.

Refletir e ressignificar as práticas enfatizando a educação e a pesquisa, dialogando com as melhores evidências para avaliar a qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem e a promoção da saúde no ambiente educacional, integram os capítulos “Qualidade de vida na trajetória acadêmica de universitários de enfermagem: um estudo de campo” e “Competências em promoção da saúde no ambiente educacional: evidências científicas nas pesquisas da pós-graduação no Brasil”, aspectos fundamentais nos discursos e planos de ensino que enriquecem o saber profissional e o ser pessoal para melhor interagir e difundir o conhecimento.

O protagonismo compartilhado no processo de ensino e aprendizagem se entrelaça no capítulo “Aplicação do Arco de Maguerez para a formação interprofissional na saúde: um relato de experiência”, que surge como mediador do conhecimento, produzindo uma aprendizagem crítica e emancipatória. E a proposta de trabalho integrado e multiprofissional aflora o capítulo “O profissional de educação física na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: vivenciando a formação em uma instituição de longa permanência para idosos”, que demonstra o entender e o evoluir de práticas e saberes coletivos em saúde com o propósito de provocar mudanças e possibilitar maior eficiência nas ações e serviços ofertados.

O interlaçar proposto no Ato III – Formação: Educação, Saúde, Tecnologia e Interprofissionalidade – fomentam ricas discussões, aprendizados e conhecimentos diversificados, num processo permanente de descoberta de novos meios de ensino e aprendizagens, pautados numa prática interprofissional e colaborativa, imbuída pelo desejo de um devir, em que se desvela que “*não é no silêncio que os homens se fazem, mas, na palavra, no trabalho, na ação-reflexão*” (Paulo Freire).

Antonio Germane Alves Pinto

José Adelmo da Silva Filho

Geanne Maria Costa Torres



PREFÁCIO

Entrelaces. É com essa substancial e bela expressão que os autores nos apresentam a sua obra. Juntar, laçar, reunir aquilo que de mais forte encontramos no SUS e lhe dá vida e potência: os saberes, fazeres e cuidado em saúde. A ideia nos remete a memórias afetivas do abraço, no qual nossos corpos estão sempre empreendendo uma incessante busca, ao acolhimento tão fundamental aos que adoecem e buscam abrigo e proteção nos cuidados profissionais junto ao Sistema Único de Saúde. Vale lembrar que a memória não se forma apenas dos registros do passado, ela se atualiza a cada momento do presente, dando sentido a tudo com o que nos relacionamos no espaço e tempo em que vivemos. Diria que o que nos afetou nas experiências pregressas da nossa existência deixou marcas que agenciam o modo como podemos pensar, por exemplo, o que é o cuidado, a educação, as relações, a produção da saúde, enfim, a vida que pulsa todo dia no contexto em que vivemos. Nossa subjetividade é uma construção contínua da memória social e afetiva do percurso que fazemos no mundo da vida.

O tema deste livro se instala na nossa existência como um bálsamo que exala aromas de conforto, em um momento de extremo sofrimento para a população brasileira, causada pela doença Covid-19, com especial destaque aos trabalhadores da saúde. Estes, excessivamente expostos ao coronavírus Sars-Cov-2, pela própria natureza do seu trabalho. E seria impossível neste momento não escrever sobre esse ataque virulento, de imensas proporções, capaz de revirar o planeta e fazer com que se pense uma nova forma de viver.

A pandemia em curso revela, de um lado, a fragilidade da humanidade, que não soube até este momento conviver harmonicamente com o meio ambiente. Usando e abusando de recursos naturais, destruindo ecossistemas, e agredindo com violência o planeta, o ser humano se vê diante de uma crise por ele mesmo provocada. Há o esgotamento de um ciclo de desenvolvimento com base na atividade predatória da natureza. O estresse a que as populações são submetidas pelo sistema produtivo em todas as áreas, que impõe um processo de trabalho cada vez com mais intensidade e velocidade, respondendo a uma exigência de um suposto crescimento econômico, que leva a que todas as

peças se joguem em uma competitividade insana, trouxe loucura, doença e morte. A pandemia nos faz pensar o lugar do humano no mundo, a harmonia necessária entre a produção da vida e a natureza. Há um mundo novo a ser construído, mais saudável e harmônico. Esse talvez seja o maior desafio que se coloca no mundo atual e na expectativa de construção do futuro.

O ser humano se viu autorizado durante os últimos séculos a destruir a natureza em nome do desenvolvimento econômico, porque ele se coloca fora da natureza, como se pudesse ser apenas um espectador da bela estética que as cenas da vida são capazes de produzir, ou simples usuário dos recursos naturais. No entanto, o humano é natureza, e se esta for morta ou adoecer, ele sofre imediata e instantaneamente as consequências e o impacto desses acontecimentos na forma de graves danos. O aparecimento do novo coronavírus não deixa de ser a expressão do desequilíbrio brutal entre o humano e a natureza. A agressividade do Sars-Cov-2 é tão grande que tivemos que fugir, acudados nos escondemos para que esse mortal inimigo não nos pegue. Indefesos, nos escondemos na solidão. Paga-se um preço pela ganância, o desenvolvimento a qualquer custo, a busca insana pela acumulação de capital sem que isso se reverta à preservação da vida.

A questão ambiental está no centro do debate para a constituição de um novo mundo pós-pandemia, uma sociedade capaz de proteger a si e as gerações futuras. Xamãs de povos originários, como Davi Kopenawa Yanomami, no livro “A Queda do Céu”, indígenas que habitam as áreas mais remotas desse imenso país, já alertavam que na floresta existem milhares desses seres, como o novo coronavírus, capaz de se vingarem contra as agressões impostas a terra, águas, florestas e céus. Cientistas do mundo inteiro corroboram com a informação de que há muitos vírus habitando as profundezas deste planeta que ainda não se revelaram. O desequilíbrio ambiental, o estresse imposto à natureza pode fazer com que eles apareçam se vingando dessas agressões. Vale a pena levar a sério o que dizem os Xamãs e os cientistas. É hora de pensar um novo mundo, a ser construído livre dos sentimentos de posse desmedida, acumulação de riqueza infinita, que marca os nossos tempos e o imaginário capitalístico que guia o comportamento atual.

Nunca foi tão urgente pensar que a possibilidade em avançar para um novo patamar na saúde está relacionado à capacidade de colocar no foco do pensamento a fusão do humano com a natureza, e, por outro lado, operar nos processos de trabalho e cuidado considerando a diversidade dos cenários, con-

templando, nessa perspectiva, as redes que se formam no âmbito dos serviços de saúde, ativadas por movimentos no plano da sociedade e dos afetos.

Diante da grave crise sanitária atual, o SUS tem se mostrado um gigante no enfrentamento da pandemia de Covid-19. No limite das suas forças, luta a cada dia para salvar vidas, contando com a força heróica dos trabalhadores da saúde. Esse sistema, que vem sendo tão atacado e que sofre de crônico desfinanciamento, ainda é capaz de mostrar sua energia e força. São sentimentos e propostas como as que constam neste livro, os Entrelaces entre o saber, as práticas e a implicação com o cuidado, que dão uma potência extraordinária às redes de saúde. Sua micropolítica tem a marca da solidariedade e generosidade, diretrizes que definem a subjetividade dos que cuidam todo dia dessa sofrida população, especialmente neste momento.

É com alegria que vemos este livro como uma árvore frondosa brotar do grupo de pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da Universidade Regional do Cariri (URCA). Escrito por vários autores, e como diziam Deleuze e Guattari na Introdução ao Mil Platôs, se um já são vários, o livro é escrito por uma multidão. Multidão de afetos, criados com o movimento dos músculos, olhares e relações que são próprios do ato de cuidar. É no encontro entre trabalhadores e usuários em que tudo acontece, a sensação de ser acolhido, ter proteção, ser apoiado, não abandonado e ver renascer a esperança. O encontro é o lugar onde habita a potência, e é aí que se produzem todos os efeitos do cuidado, especialmente o de ativar a vontade de produzir vida em cada corpo que sofre. Os afetos positivos aumentam a potência de agir. Nesse contexto, o cuidado aparece como algo que é produzido de forma compartilhada, mútua, na relação entre trabalhadores e usuários.

A combinação do desejo como essa força motriz, que nos coloca em movimento e ativa os trabalhadores para o cuidado e uma potente e cada vez mais criativa Rede Básica de saúde, traz para o cenário de construção do SUS novas possibilidades. Começam a surgir novos dispositivos capazes de ampliar o escopo de atuação da Atenção Básica (AB). Serviços como a Internação Domiciliar, Cuidados Intermediários, Cuidados ao fim da vida, entre outros de referência territorial e fazendo rede com a APS, são capazes de torná-la mais robusta, resolutiva e presente na cena de cuidado.

Mais do que pensar na Atenção Básica, é necessário trabalhar as comunidades, indo direto ao território, lugares de moradia, ativando as relações com as pessoas e instruindo-as a se protegerem contra o novo coronavírus.

É isso o que nos recomentam os médicos do Hospital Papa Giovanni XXII, em Bergamo, que foi o epicentro da Covid-19 na região da Lombardia, Itália. No limite da exaustão, no pico da epidemia, eles declararam em artigo publicado no jornal científico NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, no final de abril de 2020, que não adiantava ficar esperando as pessoas doentes chegarem ao Hospital, a pandemia seria derrotada era nas comunidades. Tal afirmação, vinda de um grupo que enfrentava o pico da pandemia na Itália, convivendo com cenas dramáticas de corpos sendo transportados em caminhões do exército para seu destino, a sepultura, caía como um raio de luz sobre a total escuridão. A grande mídia propagava apenas noticiário centrado em leitos, UTIs e respiradores, provocando a quase total invisibilidade dos extremos esforços feitos no âmbito da APS. Era necessário recolocar a Atenção Primária no centro do enfrentamento da pandemia e dos debates que definiam esse combate.

A trajetória da Covid-19 pelo mundo forma evidência de que os países que mais investiram no seu enfrentamento, usando os recursos disponíveis na Rede Básica de Atenção à Saúde, tiveram melhores resultados. Já em Wuhan, na China, onde os cuidados chegaram a ser feitos via acompanhamento de famílias nas suas residências, eram verificados, ademais do aspecto do sintoma da doença, a segurança alimentar, a saúde mental e todas as questões envolvendo os sujeitos. Isso remetia a cuidar não apenas da doença, mas da pessoa olhando a sua existência como um todo. Afinal o corpo não é separado de todo contexto de produção da vida cotidiana.

A experiência de Portugal demonstra também a eficácia da Atenção Básica no combate à Covid-19. Sendo um país com baixo número de leitos de UTI e uma boa rede de Atenção Primária à Saúde, Portugal lutou com as armas que tinha, e eram as melhores, por serem vinculadas aos recursos mais próximos das comunidades. Investiu em grande testagem e acompanhamento das pessoas nos domicílios e territórios. Deu certo. A curva epidêmica rapidamente fez seu pico e caiu abruptamente para índices baixos de contágio, mantendo o controle da doença.

Tais experiências apenas demonstram o que já vínhamos falando sobre a potência da APS, a qual deve ser valorizada e ter investimentos materiais e imateriais em conhecimento e tecnologias de cuidado, para ganhar capacidade de intervir em problemas agudos e de tamanha dimensão como a pandemia de Covid-19.

Nesse aspecto esta obra é rica em ofertas. Entrelaces propõe discutir muitas das dimensões que estão incorporadas ao cuidado realizado a partir da Atenção Primária em Saúde. Em geral, discute o cuidado com base no encontro com os usuários, os temas da educação permanente, assim como as diversas formas de abordagem do trabalho, como a espiritualidade, uma importante dimensão que fala diretamente aos afetos. Alguns aspectos da clínica também deve ser sempre considerada quando falamos de cuidar.

Entrelaces, laces, redes e o imperativo da micropolítica do encontro. A obra é forte e plena ao supor que todas as pessoas relacionam entre si nas cenas de cuidado, uma rede entrelaçada em microrredes, que significam ações agenciadas por saberes, práticas e implicação com o ato de cuidar. Neste livro os autores vão confirmar tal premissa, nos escritos, experiências, formulações, conceitos, metáforas. Entrelaces atravessa todas as histórias, formando com elas a ciência do cuidado.

Essa ciência do cuidado, da qual falamos aqui, é de um tipo muito especial e, às vezes, pouco discutida. Ela traz a dimensão estruturada pelo saber científico e uma outra, que diz respeito ao saber do corpo sensível, uma marca tão profunda no caso das relações de cuidado. Saber científico acoplado ao saber dos afetos formam o que Spinoza propõe como “ciência intuitiva” no Tratado da Reforma da Inteligência. Estamos em busca de reconhecimento para essa ciência, formulada no século XVII pelo filósofo, e que vem se afirmando cada vez mais necessária nos tempos atuais.

A saúde é o lugar do trabalho afetivo, como nos diz Michel Hardt; da amorosidade nas relações com o outro, como nos fala Paulo Freire; da potência de afetar e ser afetado construindo mundo nesse movimento, conforme nos propõe Spinoza. O entrelaçar permeia a relação entre todas e todos no SUS. Entrelaces é a expressão mais acabada da transversalidade das relações em todas as áreas de atuação em uma Rede de Saúde.

Saboreiem deste livro!

Boa Leitura!

Túlio Batista Franco



SUMÁRIO

ATO I

ENTRELACES DAS PRÁTICAS: CUIDADO, GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CAPÍTULO 1.....Doi: 10.35260/87429199p.25-36.2020.....**25**

ENFERMAGEM, CUIDADO E ESPIRITUALIDADE: RESSIGNIFICANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Maria Luiza Santos Ferreira

João Paulo Xavier Silva

CAPÍTULO 2.....Doi: 10.35260/87429199p.37-48.2020.....**37**

O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E A EXPERIÊNCIA DA CRIAÇÃO DE UM GRUPO DE PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Luciana Nunes de Sousa

Cícera Luana de Lima Teixeira

Maria Carolina Gonçalves Dutra

João Agostinho Neto

Hudday Mendes da Silva

CAPÍTULO 3.....Doi: 10.35260/87429199p.49-60.2020.....**49**

DA TEORIA À PRÁTICA: CONHECENDO O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara

João Paulo Xavier Silva

Hanykelle Alexandre de Souza

Maria Neliane Saraiva Rabelo

Morgana Vanessa da Silva Santos

Yanca Carolina da Silva Santos

CAPÍTULO 4Doi: 10.35260/87429199p.61-80.2020	61
GESTÃO DO CUIDADO E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE NO SUS: DEMANDAS, ORGANIZAÇÃO E INDICAÇÕES PARA PRÁTICA	
<i>Rauana dos Santos Faustino</i>	
<i>Leilany Dantas Varela</i>	
<i>Consuelo Helena Aires de Freitas</i>	
<i>Antonio Germane Alves Pinto</i>	
CAPÍTULO 5Doi: 10.35260/87429199p.61-80.2020	81
DIABETES MELLITUS NA IX REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO BASEADO EM DADOS SECUNDÁRIOS	
<i>Alécia Hercídia Araújo</i>	
<i>Carla Andréa Silva Souza</i>	
<i>Tacyla Geyce Freire Muniz Januário</i>	
<i>Jéssica Lima de Oliveira</i>	
<i>José Adelmo da Silva Filho</i>	
<i>Airla Eugênia dos Santos Bacurau</i>	
<i>Danielle de Norões Mota</i>	
<i>Antonio Germane Alves Pinto</i>	
CAPÍTULO 6Doi: 10.35260/87429199p.91-101.2020	91
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: FORTALECIMENTO DO CONHECIMENTO PARA AÇÕES DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS	
<i>Keitiane Amorim de Souza Sampaio</i>	
<i>Adriana Alves da silva</i>	
<i>José Adelmo da Silva Filho</i>	
CAPÍTULO 7Doi: 10.35260/87429199p.102-114.2020	102
ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA FORTALECER AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	
<i>Ana Paula Agostinho Alencar</i>	
<i>Jóice Fabricio de Souza</i>	
<i>Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques</i>	
CAPÍTULO 8Doi: 10.35260/87429199p.115-129.2020	115
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EM AMBIENTES ESCOLARES	
<i>Angélica de Fátima Borges Fernandes</i>	
<i>Jéssica Lima de Oliveira</i>	
<i>Geanne Maria Costa Torres</i>	

CAPÍTULO 9..... Doi: 10.35260/87429199p.130-141.2020.....**130**
HEMOVIGILÂNCIA E REAÇÕES TRANSFUSIONAIS: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA NO CENÁRIO REGIONAL DO CENTRO-SUL CEARENSE
Anderson Gomes De Lima
Natália Bastos Ferreira Tavares
Riani Joyce Neves Nóbrega
Glícia Uchôa Gomes De Mendonça
Teodoro Marcelino Da Silva

CAPÍTULO 10..... Doi: 10.35260/87429199p.142-141.2020.....**142**
DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA
Maria Darcylene de Souza Feitosa
Francisco Pereira Júnior Feitosa
Alex Josberto Andrade Sampaio
Maria Joelma Ferreira Calixto
Petrúcyra Frazão Lira
Jessica Lima de Oliveira
Rauana dos Santos Faustino
Patrícia Gomes Benevides

CAPÍTULO 11..... Doi: 10.35260/87429199p.152-165.2020.....**152**
PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19
Lívia de Sousa Rodrigues
Ana Lorena Brito Cruz
Danielly Gonçalves da Silva
Jessica Lima de Oliveira



ATO II

ENTRELACES DAS RESISTÊNCIAS: CUIDADO, AFETO, PROTEÇÃO E QUALIDADE ASSISTENCIAL

CAPÍTULO 12..... Doi: 10.35260/87429199p.169-184.2020.....**169**
A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
Beatriz de Castro Magalhães
Ana Lorena Brito Cruz
Morgana Vanessa da Silva Santos

Celena Pedrosa Cavalcante
Juliana Saraiva de Alencar
Camila Almeida Neves de Oliveira
Patrícia Pereira Tavares de Alcântara
Moziane Mendonça de Araújo

CAPÍTULO 13..... Doi: 10.35260/87429199p.185-200.2020 **185**

O PAPEL DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares Alcântara
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Daiana de Freitas Pinheiro
Juliane de Lira Mendes
Letícia Gomes da Silva
Lindalva Maria Barreto Silva
Rachel Cardoso de Almeida

CAPÍTULO 14..... Doi: 10.35260/87429199p.201-214.2020 **201**

ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara
Daiana de Freitas Pinheiro
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Rachel Cardoso de Almeida
Marina Barros Wenes Vieira
Emanoely Holanda Silva
Beatriz de Castro Magalhães

CAPÍTULO 15..... Doi: 10.35260/87429199p.215-229.2020 **215**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONHECIMENTO PARA ENFRENTAMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Maria Isabely Felix
Samara Calixto Gomes
Felice Teles Lira dos Santos Moreira
Grayce Alencar Albuquerque
John Carlos de Souza Leite

CAPÍTULO 16..... Doi: 10.35260/87429199p.230-243.2020 **230**

PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DO CENTRO-SUL CEARENSE ACERCA DA REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE: REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Dayanne Oliveira de Matos
Roger Rodrigues da Silva

José Gerefeson Alves
Leonarda Marques Pereira
Lorena Pinheiro Braga
Edilson Rodrigues de Lima
Camila Almeida Neves de Oliveira

CAPÍTULO 17..... Doi: 10.35260/87429199p.244-257.2020.....**244**

A ÓTICA DA GESTANTE ACERCA DOS ENTRAVES DO ACESSO AO PRÉ-NATAL

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques

Joíce Fabricio de Souza

Ana Paula Agostinho Alencar

CAPÍTULO 18..... Doi: 10.35260/87429199p.258-275.2020.....**258**

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO INTERIOR DO CEARÁ À LUZ DO *QUALITY MATERNAL AND NEWBORN CARE*

Camila Almeida Neves de Oliveira

Roger Rodrigues da Silva

Edilson Rodrigues de Lima

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Paula Renata Amorim Lessa Soares

Ana Karina Bezerra Pinheiro

Priscila de Souza Aquino

CAPÍTULO 19..... Doi: 10.35260/87429199p.276-290.2020.....**276**

USO DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL EM PESQUISAS QUALITATIVAS NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Juliana Saraiva de Alencar

Nadja França Menezes

Lorena Saraiva de Alencar

Moziane Mendonça de Araújo

Amanda Caboclo Flor

Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa

Maria de Fátima Antero Sousa Machado



ATO III

ENTRELACES DA FORMAÇÃO: EDUCAÇÃO, SAÚDE, TECNOLOGIAS E INTER-PROFISSIONALIDADE

CAPÍTULO 20..... Doi: 10.35260/87429199p.293-305.2020.....**293**

CUIDAR-GERENCIAR-EDUCAR: REFLEXÕES FRENTE À FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

José Gerefson Alves

Kadson Araujo da Silva

Kamila de Castro Moraes

Leonarda Marques Pereira

Lorena Pinheiro Braga

Milena Silva Ferreira

Patrícia Pereira Tavares Alcântara

Maria Regilânia Lopes Moreira

CAPÍTULO 21..... Doi: 10.35260/87429199p.306-321.2020.....**306**

VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES E DEBATES

José Adelmo da Silva Filho

Mikaelle Ysis da Silva

Maria Nágela Valéria da Silva

João Emanuel Pereira Domingos

Antonio Germane Alves Pinto

Álissan Karine Lima Martins

CAPÍTULO 22..... Doi: 10.35260/87429199p.322-333.2020.....**322**

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO INTEGRAL EM ENFERMAGEM

Carla Soraya Silva Araújo

João Paulo Xavier Silva

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Maria Luiza Santos Ferreira

CAPÍTULO 23..... Doi: 10.35260/87429199p.334-346.2020.....**334**

PRÁTICAS DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA POR MEIO DO PROJETO JOVENS SOCORRISTAS: UM ELO ENTRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tiago Ribeiro dos Santos

Kadson Araújo da Silva

Agna Teixeira Braga
Riani Joyce Neves Nóbrega

CAPÍTULO 24..... Doi: 10.35260/87429199p.347-357.2020.....**347**

PROJETO CANAL SAÚDE ON-LINE NA FORMAÇÃO DE JUVENTUDES PROTAGONISTAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Natália Bastos Ferreira Tavares

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Maria Luiza Santos Ferreira

John Carlos de Souza Leite

Aretha Feitosa de Araújo

CAPÍTULO 25..... Doi: 10.35260/87429199p.358-369.2020.....**358**

PERCEPÇÕES DOCENTES SOBRE AS TECNOLOGIAS DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TDIC) NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Laís Barreto de Brito Gonçalves

Antonio Germane Alves Pinto

Rauana dos Santos Faustino

Joíce Fabrício de Souza

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

CAPÍTULO 26..... Doi: 10.35260/87429199p.370-384.2020.....**370**

SIMULAÇÃO VIRTUAL PARA O ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Glícia Uchôa Gomes Mendonça

Isabela Melo Bonfim

CAPÍTULO 27..... Doi: 10.35260/87429199p.385-399.2020.....**385**

QUALIDADE DE VIDA NA TRAJETÓRIA ACADÊMICA DE UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CAMPO

Mayara Targino Tavares

Roger Rodrigues da Silva

Juliana Saraiva de Alencar

John Carlos de Souza Leite

José Adelmo da Silva Filho

Riani Joyce Neves Nóbrega

CAPÍTULO 28..... Doi: 10.35260/87429199p.400-411.2020.....**400**

COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE EDUCACIONAL: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NAS PESQUISAS DA PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

Samyra Paula Lustoza Xavier

Maria Rosilene Cândido Moreira

Lucas Dias Soares Machado

Sabrina Freitas Nunes
Larissa Uchoa Melo
Luciano Gualberto Soares
Francisco Ayslan Ferreira Torres
Maria de Fátima Antero Sousa Machado

CAPÍTULO 29..... Doi: 10.35260/87429199p.412-422.2020 **412**

APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ PARA A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna Pereira de Andrade
Leonardo Nunes Ferreira
Maria Vitória Ribeiro da Silva
Helvis Eduardo Oliveira da Silva
João Agostinho Neto

CAPÍTULO 30..... Doi: 10.35260/87429199p.423-432.2020 **423**

O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA: VIVENCIANDO A FORMAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Fernanda Greicy Santos de Oliveira
Nara Juliana Santos Araújo
Eleonora Nunes Oliveira
Bruna Pereira de Andrade
João Agostinho Neto

SOBRE OS AUTORES..... **433**

Ato I

Entrelaces das Práticas: Cuidado, Gestão e Educação em Saúde



CAPÍTULO 1

ENFERMAGEM, CUIDADO E ESPIRITUALIDADE: RESSIGNIFICANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Maria Luiza Santos Ferreira

João Paulo Xavier Silva

INTRODUÇÃO

Emerge na contemporaneidade a necessidade de refletir e ressignificar as práticas de saúde frente às múltiplas demandas que se apresentam pelos sujeitos no processo saúde-doença. A abordagem técnico-assistencial gerida pelos profissionais da saúde, principalmente por enfermeiros, tem experienciado inferir sobre elementos que estão para além do corpo físico, contemplando também a subjetividade e as dimensões mais particulares do sujeito. Nessa conjuntura, a espiritualidade ganha terreno fértil no espaço do cuidado e exige um debruçar-se sobre teoria e prática.

Ao elaborarmos um breve resgate histórico, é reconhecido que o cuidado sempre esteve presente no seio da sociedade, porém, por muito tempo foi realizado de forma empírica e associado à caridade e a instituições religiosas. Com o passar do tempo, quando começou a ser ensinada formalmente, as aspirantes à profissão de enfermagem necessitavam estar de acordo com uma série de preceitos morais exigidos na época, que frequentemente relacionavam-se a aspectos religiosos. Posteriormente, o ensino era guiado pelos médicos, no qual alunos eram recrutados para obedecerem às suas ordens, atuando apenas como seus auxiliares. Assim, a enfermagem foi fortemente impactada pelo modelo médico hegemônico, que traz em seu viés uma proposição de cuidado centrado na enfermidade e fragmentação do sujeito (AMENDOEIRA, 2006; SERRA, 2008).

Com o desenvolvimento de um corpo próprio de conhecimento, a enfermagem se consolidou como uma ciência, conquista essa que ocorre a partir do momento em que são repensados os modos de prestar assistência e o cuidado passa a ser baseado em estudos e evidências científicas. As teorias de enferma-

gem foram fundamentais para aquisição desse *status*, pois organizam e sistematizam o cuidado, respaldando o agir profissional e realçando necessidades do cliente (REIS *et al.*, 2016).

Os currículos de enfermagem também foram se remodelando de modo a abrigar conteúdos com base na formação integral do profissional e das novas demandas da sociedade atual. No entanto, nem todas as temáticas foram incluídas nesse processo formativo do profissional de saúde, a exemplo a espiritualidade, que está ganhando espaço nas pesquisas e na grade curricular devido a resultados obtidos na prática clínica relacionados a sua adoção no cuidado de enfermagem (SILVA, 2017; EVANGELISTA *et al.*, 2016).

No que concerne às teorias de enfermagem, contribuíram para que a enfermagem se apropriasse de saberes próprios, afastando-se das práticas não humanitárias que se arraigaram em outras profissões. Além disso, o cenário político social impactou fortemente a assistência à saúde e, assim, o cliente passou a ser visto de forma humanizada e entendido como um complexo. Esses ideais se avivam principalmente em quatro teorias de enfermagem, são elas: Teoria humanística, de Patterson e Zderad (1960); Teoria holística, de Levine (1967); Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta (1970); e a Teoria do Cuidado Transpessoal, de Watson (1975-1979) (FERTONANI *et al.*, 2015).

Essa última está intimamente ligada ao propósito dessa reflexão, pois se aprofunda em questões mais próximas à integralidade do ser, como é o caso da espiritualidade. Watson ancora sua tese na perspectiva da relação enfermeiro-cliente, não se limitando a procedimentos e técnicas. Propõe um processo empático baseado no carinho e confiança, em que a assistência está para além do cuidado físico, atentando-se aos preceitos, sentimentos, crenças e atitudes dos indivíduos, entendendo que esses fatores impactam na recuperação da saúde (ROCHA; PEREIRA; SILVA, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Além da abordagem nas teorias de enfermagem, a ligação entre espiritualidade e saúde tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1988, quando inicia estudos sobre a espiritualidade e, posteriormente, a incorpora como parte multidimensional do cuidado em saúde. Nessa perspectiva pode referir-se à espiritualidade como uma forma de transcendência da matéria, por meio da relação estreita entre o sujeito e o que este considera divino, em um contato que promove bem-estar e gera sentimentos positivos na vida humana (PEDRÃO; BERESIN, 2010; BOFF, 2001).

Por muito tempo a espiritualidade esteve relacionada à religiosidade. Porém, com os crescentes estudos na área, tem se entendido que esses termos são independentes e que ambos têm forte impacto na saúde. Dessa maneira, cabe destacar que religiosidade se trata da manifestação da fé, estando diretamente ligada aos aspectos palpáveis relacionados à crença, que se manifestam por meio de rituais específicos para cada religião (KOENIG *et al.*, 2012).

Sob outra perspectiva, a espiritualidade envolve questões relacionadas ao sentido da vida e à razão de viver, sendo inerente a todo ser humano. É promotora da consciência de si e de uma consciência superior, sendo geradora de força e de transcendência. Corresponde, assim, a uma experiência que engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano, produzindo comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a vida (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Dessa maneira, a compreensão de espiritualidade aqui desenvolvida corrobora com o pensamento de Victor Frankl (2010), traduzindo o processo da espiritualidade em autotranscendência, processo este que corresponde à capacidade singular do sujeito em superar a si próprio no encontro de significados e sentidos para a sua existência.

Mesmo que as discussões acerca da espiritualidade e sua interação na saúde sejam uma temática aparentemente nova, o aspecto espiritual é uma parte intrínseca ao ser humano, portanto, sempre esteve presente em seu processo saúde-doença, mesmo quando não era explorado cientificamente. É a partir dessa compreensão que consideramos a reflexão aqui proposta inserida num contexto teórico atemporal.

Em linhas gerais, a espiritualidade, alvo de interesse neste ensaio, é inerente a todo ser humano, elevando-o para além do seu universo e colocando-o frente às suas questões mais profundas, no intento de encontrar respostas às perguntas existenciais: De onde vim? Para onde vou? Qual o sentido da minha vida? Por que isso aconteceu comigo? Nesse entremeio, denota-se a questão fundamental do homem contemporâneo: a busca de sentido.

Desse modo, é extremamente relevante o entendimento da espiritualidade nos processos que permeiam a saúde, principalmente por parte dos profissionais da área. Assim, objetiva-se refletir sobre a abordagem da espiritualidade no cuidado de enfermagem.

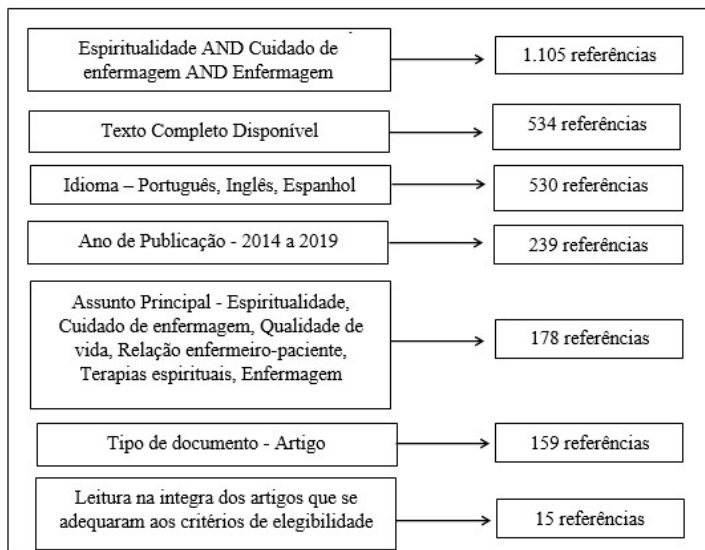
MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, cujo percurso metodológico inicia-se com a busca de referenciais teóricos pertinentes através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para tanto, foram usados os DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) “espiritualidade”, “cuidado de enfermagem”, “enfermagem” e, em seguida, foram aplicados os critérios de elegibilidade, sendo os estudos utilizados para embasar esse trabalho artigos publicados nos últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, tendo como assunto principal espiritualidade, cuidado de enfermagem, qualidade de vida, relação enfermeiro-cliente, terapias espirituais e enfermagem.

Após essa filtragem, os artigos encontrados passaram por uma análise, sendo excluídos os estudos que, apesar de se enquadrarem dentro dos critérios de inclusão, necessitavam de pagamento para o acesso, eram repetidos ou não apresentavam pertinência com o objetivo deste estudo.

Por fim, esta reflexão teórica se debruçou sobre a leitura minuciosa de 15 publicações que embasaram este trabalho. Para guiá-lo e mantê-lo fidedigno ao objetivo, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: de que modo a interlocução entre a espiritualidade e o cuidado de enfermagem vem sendo discutida na literatura da saúde?

Fluxograma 1 – Levantamento das referências na BVS



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É inegável que a enfermagem atua ativa e significativamente nas práticas de saúde aplicadas no corpo social, ocupando uma posição de destaque, e essa atuação materializa-se primordialmente por meio do cuidado, que repousa sobre uma visão holística e não apenas tecnicista. Tendo um olhar voltado para os diversos aspectos da vida humana (biológico, social, psicológico, cultural e espiritual), essa ciência entende que o cuidado deve ser prestado de acordo com as necessidades do cliente (SANTOS *et al.*, 2018 b).

Ninguém melhor para atender as necessidades dos clientes do que aqueles que estão próximos, os enfermeiros. Por isso o entendimento por parte desses profissionais é de grande valia, tanto para afirmar o processo de humanização como para alcançar melhora na condição de saúde do cliente.

Nesse âmbito, o termo *coping* religioso e espiritual (CRE) traduz-se como a forma de enfrentamento das adversidades e episódios estressantes (a exemplo, uma enfermidade), por meio da religiosidade e da espiritualidade (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015; RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019).

O enfermeiro deve estar habituado a realizar o cuidado espiritual assim como realiza procedimentos de cunho técnico, porém essa ainda é uma realidade distante, pois no cenário da assistência prevalece a figura de profissionais inaptos a fornecer apoio espiritual. Apesar de reconhecerem os benefícios das práticas espirituais no contexto de saúde, os enfermeiros não as executam, e a maioria deles julga que essa reponsabilidade deve ser atribuída a outros profissionais (MACIEL *et al.*, 2018; DEMIRBAG; OZKA, 2018; VILELA, 2017).

É válido destacar que a assistência espiritual reforça a autonomia e o crescimento pessoal dos profissionais de enfermagem, pois ele independe de outros profissionais, e dessa forma o enfermeiro não está preso a prescrições, podendo analisar e decidir o momento ideal para iniciar essa assistência. Outros estudos demonstram que, quando os enfermeiros conhecem e valorizam o conjunto de crenças dos clientes, conseguem melhor aderência terapêutica, como também bons resultados das intervenções. Assim urge um questionamento: por que, apesar de tantos benefícios, os enfermeiros assistenciais não aplicam a espiritualidade em seu trabalho? (ALVARADO-VALLE *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018a).

A abordagem da espiritualidade na assistência de enfermagem ainda é pouco explorada, isso não se dá apenas por um aspecto isolado, mas por uma série deles, sendo o mais citado a formação, em que não há identificação da relevância da espiritualidade/religiosidade no contexto humano. Essa visão perpassa fases e progride para a universidade, que, apesar de ser palco para inúmeras discussões, ainda é frágil quanto à inclusão da espiritualidade em seu programa de ensino. Outro fator recorrente é a sobrecarga de trabalho que recai sobre profissionais, e associada com a falta de capacitação e a dificuldade de estabelecer relações sólidas com o cliente, são fatores que agravam a situação (MACIEL *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018b; TAVARES *et al.*, 2018; VILELA, 2017).

Outra questão que permeia a abordagem dos elementos espirituais na assistência é a forma como o profissional vivencia a própria espiritualidade, sua posição de aplicar ou não esses elementos no cuidado, sofrendo influência de experiências pessoais do cliente. Não surpreende, portanto, que, mesmo entre aqueles enfermeiros que sabem a diferença que se tem no atendimento a depender dos aspectos religiosos e espirituais dos clientes, existem aqueles que se sentem poucos preparados sobre em qual momento e de que forma abordar tais aspectos, e o que é importante perguntar. Geralmente a abordagem limita-se a indagar ao cliente, durante a anamnese, qual é sua religião, caso tenha, como é repassado durante a graduação, ou atrelada ao grau de religiosidade e/ou espiritualidade do profissional (COOPER *et al.*, 2019; PINTO; FALCÃO, 2020).

Apesar de todos esses fatores supracitados dificultarem a realização do suporte espiritual, as taxonomias de enfermagem *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Interventions Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) reconhecem o sentido da espiritualidade na assistência e apresentam diagnósticos e intervenções quanto à temática, que podem ser úteis ao enfermeiro em seu processo de trabalho, ajudando-o a implementar um melhor plano terapêutico. No entanto, o cuidado relacionado ao aspecto psicoespiritual quase não aparece nos registros de enfermagem (IENNE; FERNANDES; PUGGINA, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2018; SILVA; DOMINGUES, 2018).

Mesmo com o auxílio das taxonomias é preciso que o profissional identifique o momento ideal para realizar a abordagem do cliente. Um estudo recentemente publicado mostrou como intervenções de enfermagem relacionadas ao sofrimento espiritual e o aconselhamento podem ser aplicados, trazendo

benefícios na qualidade de vida do cliente (SILVA; DOMINGUES, 2018; IENNE; FERNANDES; PUGGINA, 2018).

O processo de adoecimento é sempre complicado, não apenas para o cliente, mas também para seus familiares. É um momento de dúvidas e angústias, sendo extremamente relevante que o enfermeiro desenvolva um cuidado guiado pelas necessidades individuais, que nem sempre são uma carência biológica, mas podem ser de outro aspecto, e isso melhora a relação cliente-enfermeiro, pois este se sente assistido em sua completude (DEMIRBAG; OZKA, 2018; RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019).

A teoria transpessoal aponta a importância das relações empáticas no desenvolvimento do cuidado e da espiritualidade, tanto a relação do sujeito para consigo, quanto sua interação com o outro e o ambiente. Por meio de seu entendimento, ocorre uma imersão de conhecimento científico e humanístico nos fazendo refletir e permitindo autoconhecimento e reconhecimento das necessidades humanas, não apenas físicas, e tais atitudes implicam em um crescimento pessoal e profissional (ALVARADO-VALLE *et al.*, 2018; ZAVALLA-PÉREZ *et al.*, 2014).

Dada a importância da temática espiritualidade e suas implicações para a saúde física e mental, é necessária a criação de estratégias pedagógicas rebuscadas, metodologicamente eficientes e adequadas ao contexto da formação profissional na saúde, que venham a potencializar a abordagem da espiritualidade no âmbito da assistência prestada no Sistema Único de Saúde (SUS) (AGUIAR, CAZELLA, COSTA, 2017).

Essa abordagem é uma maneira de aproximação e melhor atendimento da população, o que pode ser considerado essencial para propiciar a empatia na relação profissional/cliente e a conformidade do equilíbrio entre as dimensões do ser humano, tendo repercussão direta sobre a qualidade assistencial oferecida. Deve-se, no âmbito do sistema de saúde, reconhecer que a espiritualidade tem sido caracterizada como recurso que ajuda na vivência das particularidades e acontecimentos traumáticos do cotidiano, como nos casos de debilidade e hospitalização (OLIVEIRA; SANTOS; YARID, 2018).

Na literatura científica, um exemplo clássico que reafirma a legitimidade e relevância da abordagem espiritual no cuidado em saúde no âmbito do SUS é o enfrentamento nos casos de pessoas acometidas por doenças crônicas, em destaque as patologias como o câncer e a Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (Aids). Nesse processo, os estudos apontam melhor enfrentamento e maior bem-estar psicológico dos clientes que são incentivados e recebem a assistência espiritual (OLIVEIRA; QUELUZ, 2016; PINHO *et al.*, 2017)

Ademais, a espiritualidade favorece o bem viver mediante a manutenção da qualidade de vida de pessoas não saudáveis frente às dificuldades impostas pela doença. Pode-se também associá-la à perspectiva do bem morrer, pois, segundo Evangelista *et. al* (2016), a inclusão da espiritualidade como uma prática de cuidado paliativo torna o processo de morte menos doloroso, mais aceitável e digno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Refletimos que o cuidado espiritual tem sua importância reconhecida, seja pelos crescentes estudos, pelos próprios profissionais ou órgãos de saúde. Porém, sua aplicação na prática cotidiana dos enfermeiros ainda se expressa timidamente, necessitando de estratégias que se iniciem desde a graduação, como a inclusão da temática no processo formativo do enfermeiro.

A inclusão da espiritualidade na assistência em saúde é símbolo do rompimento com o modelo biomédico, que escravizou por muito tempo as ciências da saúde em um cenário de pouco diálogo com todas as dimensões do ser humano. Além disso, fortalece a assistência holística ao cliente, reforçando ainda um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade.

Destarte, as incursões aqui realizadas acerca da espiritualidade no contexto das ciências da saúde refletem para um horizonte de maiores desdobramentos no cenário do SUS, seja na perspectiva do incremento da produção científica que trate da temática como objeto de estudo, seja na perspectiva de prover caminhos e possibilidades para uma prática assistencial verdadeiramente implicada com o cuidado holístico em saúde.

Sendo assim, espera-se que este estudo desperte uma reflexão crítica nos profissionais de enfermagem e em seus leitores acerca do cuidado espiritual para que tenham autonomia, e não apenas para reconhecerem os benefícios da abordagem espiritual no cuidado, mas para agirem na perspectiva da promoção de cuidado integral.

Torna-se relevante criar espaços para discutir e esclarecer aspectos voltados à espiritualidade humana e, por conseguinte, o seu reconhecimento no âmbito

da assistência de enfermagem. Sugere-se, desse modo, a realização de mais estudos, de caráter empírico e teórico, que versem sobre as interfaces entre espiritualidade, cuidado e enfermagem no intuito de elucidar estratégias quanto a sua aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Rev. bras. educ. med.**, v, 41, n. 2, p. 310-319, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20170009>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ALVARADO-VALLE, E.; RODRÍGUEZ, J.S.; CÁRDENAS, J.M.; PACHECO A. A. L. El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.**, v. 26, n.1, p. 56-61, 2018. Disponível em:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78915>. Acesso em: 20 fev. 2020.

AMENDOEIRA, J. **Uma biografia partilhada da enfermagem**. Coimbra: Formasau. 2006.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BORGES, M. S.; SANTOS, M. B. C.; PINHEIRO, T. G. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 609-16, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0609.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

COOPER, K.L.; CHANG, E.; LUCK, L.; DIXON, K. How Nurses Understand Spirituality and Spiritual Care: A Critical Synthesis. **J. holist. Nurs**, v. 20, n. 10, p. 1-8.2019. Disponível em:<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898010119882153>. Acesso em: 21 fev. 2020.

DEMIRBAG, B. C.; OZKAN, C. G. Interventions by Hospital Nurses for the Spiritual Needs of Patients in the Eastern Black Sea Region of Turkey Nigerian. **Journal of Clinical Practice**, v. 21, n. 5, p. 624-631, 2018. Disponível em: <http://www.nj-cponline.com/article.asp?issn=1119=3077-;year2018=;volume21=;issue5=;page-624;epage=631;aulast=Demirbag>. Acesso em: 20 fev. 2020.

EVANGELISTA, C. B.; LOPES, M. E. L.; COSTA, S. F. G.; BATISTA, P. S. S.; BATISTA, J. B. V.; OLIVEIRA, A. M. M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão inte-

grativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, João Pessoa, v. 69, n. 3, p.591-601, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591. Acesso em: 17 fev. 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869. . Acesso em: 18 fev. 2020.

FRANKL, V. **O homem em busca de sentido**. Petrópolis: Vozes, 2010.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A. Q; PUGGINA, A. C. A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170082, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0082.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

KOENIG, H.; KOENIG, H. G.; REI, D.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Health**. 2ª edição. New York: Oxford University Press, 2012.

MACIEL, A. M. S. B.; ALEXANDRE, A. C. S.; FERREIRA, D. M. B.; SILVA, F. C. A condição da espiritualidade na assistência de enfermagem oncológica. **Rev enferm UFPE online**, v. 12, n. 11, p. 3024-9, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334617046_A_condicao_da_espiritualidade_na_assistencia_de_enfermagem_oncologica. Acesso em: 20 fev. 2020.

MENDONÇA, A. B.; PEREIRA, E. R.; BARRETO, B. M. F.; SILVA, R. M. C. R. A. Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400601&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 18 fev. 2020.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Espiritualidade/religiosidade e o Humaniza SUS em unidades de saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n.1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40854841012>. Acesso em: 20 abr. 2020.

OLIVEIRA, P. F.; QUELUZ, F. N. F. R. A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 142-155, 2016. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1314/1036>. Acesso em: 23 abr. 2020.

PEDRÃO, R. B.; BERESIN, R. O Enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Rev Einstein**, v. 8, p.86-91, 2010. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf. Acesso em: 18 fev. 2020.

PINHO, C. M.; DÂMASO, B. F. R.; GOMES, E. T.; TRAJANO, M. F. C.; ANDRADE, M. S.; VALENÇA, M. P. Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 392-399, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200392&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2020.

PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Crenças: Encontro da Formação Médica com a Assistência. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, n.1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100202. Acesso em: 21 fev. 2020.

REIS, G. S.; REPPETTO, M. A.; SANTOS, L. S. C.; DEVEZAS, A. M. L. O. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. **Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd Santa Casa São Paulo**, v. 61, n. 3, p.128-132, 2016. Disponível em:<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/101/101>. Acesso em: 17 fev. 2020.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Rev Fun Care Online**, v.11, n.4, p. 849-856, 2019. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6667> Acesso em: 20 fev. 2020.

ROCHA, R. C. N. P.; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. M. C. R. A. A dimensão espiritual e sentido da vida na prática do cuidado de Enfermagem: enfoque fenomenológico. **REME – Rev Min Enferm**, v. 22, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1294>. Acesso em: 18 fev. 2020.

SANTOS, E. L.; NAVARINE, T. C. R. R.; COSTA, M. M. L. Espiritualidade, enfermagem e saúde do idoso: cuidando da integralidade do ser. **Rev Nursing**, v. 21, n. 245, p. 2400-2403, 2018a. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/245/pg38.pdf>. Acesso em: 21 fev 2020.

SANTOS, E. L.; NAVARINE, T. C. R. R.; COSTA, M. M. L. Idoso e a espiritualidade: Considerações para o cuidado holístico de enfermagem. **Rev Nursing**, v. 21, n. 244, p. 2342-2344, 2018b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800236&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 fev. 2020.

SERRA, M. N. Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. **Ciênc. educ. bauru**, n. 5. p. 69-80. 2008. Disponível em:<http://sisifo.ie.ulisboa.pt/index.php/sisifo/article/viewFile/93/147>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Evidências de religiosidade em residentes de cidade sul mineira. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 52-61. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5976/pdf>. Acesso em: 21 fev 2020.

SILVA, G. M. **Metodologias ativas de ensino na graduação em Enfermagem: reflexões sobre a formação profissional na perspectiva da integralidade**. 2017. 236 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2017.

TAVARES, M. M.; GOMES, A. M. T.; BARBOSA, D. J.; ROCHA, J. C. C.; BERNARDES, M. M. R.; THIENGO, P. C. S. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n.4, p. 1097-102, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234780/28688>. Acesso em: 21 fev. 2020.

VILELA, R. P. B. Espiritualidade e cuidados de enfermagem: uma análise crítica. **CuidArte Enfermagem**, v.11, n.1, p. 147-149, 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/20%20ARTIGO%20Resenha%20Espiritualidade.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020.

ZAVALA, P. I. C.; HERNÁNDEZ-CORRALES, M. D.; OLEA, G. C. V.; VALLE, S. M. O. Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama. **Rev Enferm Inst Mex SeguroSoc.**, v. 22, n.3, p. 135-43, 2014. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54635>. Acesso em: 22 fev. 2020.

CAPÍTULO 2

O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E A EXPERIÊNCIA DA CRIAÇÃO DE UM GRUPO DE PRÁTICAS CORPORAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Luciana Nunes de Sousa

Cícera Luana de Lima Teixeira

Maria Carolina Gonçalves Dutra

João Agostinho Neto

Hudday Mendes da Silva

INTRODUÇÃO

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a temática Promoção da Saúde (PS) é considerada uma estratégia resolutiva para as necessidades e demandas de saúde da população, mediante o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde e redução de danos (BRASIL, 2017).

Devido a um novo olhar sobre o conceito de saúde, mudanças vêm acontecendo dentro das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), onde as ações de PS na Atenção Básica (AB) denotam uma ampla possibilidade de intervenção por intermédio de temas de relevância geral para a sociedade, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física, promoção da mobilidade segura e sustentável, promoção da cultura de paz e de direitos humanos, promoção do desenvolvimento sustentável, dentre outros (SCABAR, 2014).

A implantação de ações de promoção da saúde relacionadas à prática de atividade física vem sendo cada vez mais frequentes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém, muitas delas só são implantadas onde existem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluem a presença do Profissional de Educação Física (PEF) na equipe multiprofissional, com ações de caráter educativo e de promoção da saúde (BRASIL, 2008). A EF é relacionada entre

as categorias da área da saúde mediante plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e conferidas pelas suas competências regimentais e promulgadas em legislação específica (XAVIER; KNUTH, 2016).

Na AB, ações do PEF estão além das Práticas Corporais (PC), podendo cooperar para a organização de grupos de profissionais de saúde, de gestantes, de pessoas com transtornos mentais ou doenças crônicas, dentre outros. A formação de grupos contribui para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, na otimização e preservação de espaços públicos e comunitários, na participação social e política quanto aos direitos à saúde, além do fortalecimento do trabalho em equipe (SILVA *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde tem constituído um amplo entendimento em relação às possibilidades de atuação do PEF, justificando a recente valorização desses profissionais no campo da saúde e a sua inserção na operacionalização das políticas públicas de saúde, em especial nas que visam à promoção da saúde e nos Programas de Residência Multiprofissional (SCABAR, 2014). A presença do PEF em uma equipe multiprofissional no SUS vem atrelada de saberes e práticas, e “acredita-se na capacidade de operar transfigurações nos modelos tradicionais de atenção e acolhimento” (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Fomentando os novos modelos de cuidado atrelados ao processo de formação na saúde, são instituídos os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, criados a partir da promulgação da Lei nº 11.129/2005 e orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, que têm nas suas diversas possibilidades de intervenção a valorização dos saberes prévios, populares e históricos do território onde estão inseridos (BRASIL, 2005).

Na mesma direção dessas importantes conquistas para a saúde pública no Brasil, surge na Região do Cariri cearense a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC), da Universidade Regional do Cariri (URCA), que atua na AB e tem, entre seus profissionais residentes, o PEF como potencializador da promoção da saúde por meio das PC e hábitos saudáveis. Assim, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de um Profissional de Educação Física com a criação de um grupo de práticas corporais na atenção básica.

MÉTODO

Este trabalho faz parte de um projeto maior, que foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da URCA, sob parecer N°. 18267519.8.0000.5055. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, sobre a implantação de um grupo de PC na AB, por meio da RMSC, na UBS Dr. José Ribeiro da Cruz, localizada na cidade de Crato = Ceará.

O Programa da RMSC desenvolve trabalhos dentro de eixos que compõem o quadrilátero da formação para a área da saúde: atenção, gestão, educação permanente e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). No primeiro ano, os residentes realizam atividades dentro de um território específico em conjunto com diferentes categorias profissionais: Biólogo, Fisioterapeuta, Enfermeiro, Farmacêutico, Nutricionista e Profissional de Educação Física.

A implantação do projeto teve início no mês de março de 2018, concomitante à inserção dos residentes no cenário de prática da UBS. O grupo foi denominado Projeto de Olho no Ponteiro (POP), tendo como foco as práticas de promoção da saúde com pessoas com sobrepeso e obesidade na AB. O grupo tem cadastrado um total de trinta participantes, todas do sexo feminino, com idade entre 40 e 85 anos. As integrantes do projeto são acompanhadas pela equipe de Residentes e pela equipe da UBS, vinculada ao território.

O relato apresenta as experiências desenvolvidas no primeiro ano de atividades no POP. Para facilitar a compreensão, situam-se as informações do relato divididas em duas categorias: a Categoria 1: Conhecendo o projeto de Olho no Ponteiro; e a Categoria 2: Experiências do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo o Projeto de Olho no Ponteiro

O POP surgiu no contexto da AB mediante a iniciativa de um PEF e de residentes da RMSC, após aproximações com o território. Durante o processo de territorialização, consulta no cadastro individual do e-SUS e nos prontuários, percebeu-se que muitos usuários tinham prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente, sobrepeso e obesidade. A respectiva área não possui o apoio matricial do NASF, inferindo-se que a população de cobertura da UBS não pode contar com a assistência de profissionais nutricionistas e PEF.

A construção do projeto surgiu da necessidade de ofertar práticas educativas que estimulassem a adoção de hábitos saudáveis de vida, favorecendo a mudança desse cenário epidemiológico. No contexto da AB, os programas de PC têm proporcionado resultados significativos sobre as variáveis relacionadas à saúde, como o aumento do nível de AF, melhora na aptidão e percepção de saúde, e aspectos da esfera psicossocial, dentre elas a socialização, afetividade e cooperação (BECHER *et al.*, 2016).

O POP surgiu da credibilidade de que na AB, em especial o cenário da UBS, haja um ambiente favorável para implementação de atividades de promoção da saúde que, aliadas ao tratamento especializado, poderia contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida da população. Seu objetivo principal é oferecer ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde por intermédio das PC e da educação em saúde, empoderando o usuário para compreensão e adoção de hábitos saudáveis de vida. Para Moretti *et al.* (2009), incorporar hábitos e buscar por uma vida saudável no cotidiano do ser humano ainda é um desafio cultural a ser superado, sendo as estratégias e as ações de promoção de saúde um dos grandes desafios para tal setor.

Dessa forma, é possível aferir que a participação de pessoas de diferentes faixas etárias em grupos sociais, especialmente naqueles que têm a finalidade as PC, favorece maior ocorrência de encontros afetivos, ampliação e possibilidades da contínua busca por uma vida mais saudável, repercutindo em mais qualidade de vida (ANDRADE *et al.*, 2014).

O POP está vinculado à UBS e aos profissionais de saúde, de modo que existe um fluxo para que as usuárias cheguem até o projeto. Ao realizar atendimento com o médico ou enfermeiro, a usuária que apresentou condições clínicas como DCNT foi encaminhada para o projeto. Na ocasião, o médico avaliou e atestou as condições das usuárias para a participação nas atividades do projeto, ou pelo menos as que exigissem da usuária maior esforço físico.

Outro fluxo possível entre os usuários e o POP ocorreu por meio dos Agentes Comunitárias de Saúde, que, mediante o conhecimento sobre as condições de saúde e da necessidade de intervenção, passavam informações sobre o POP, ressaltando os objetivos e a sua importância para a saúde no território.

Após o encaminhamento do usuário para o POP, o PEF realizava o acolhimento e avaliava os aspectos do cotidiano, hábitos de vida e variáveis específicas sobre PC e atividade física, além de verificar os prontuários para uma

análise mais criteriosa das condições de saúde do paciente e as possíveis intervenções já adotadas. Ao fim dessa etapa, as usuárias eram encaminhadas para integrar o grupo e participar das atividades oferecidas.

Um dos principais destaques dessa ação conjunta entre a equipe da UBS e profissionais do RMSC foi a construção de uma espécie de rede de cuidado, com a utilização de um fluxo de referência e contrarreferência, incluindo o compartilhamento de casos e discussões relacionadas aos usuários participantes do projeto.

Destaca-se, então, a importância da interprofissionalidade para o fortalecimento da assistência à saúde a partir da AB, compreendendo principalmente o compartilhamento e a resignificação das práticas, conceitos e métodos de atuação, concentrando a atenção no usuário de modo integral. É, portanto, uma proposta da política de saúde em comportar as inter-relações para a compreensão ampliada das necessidades, interesses da sociedade, podendo implicar tanto no processo de formação quanto nos modos de gestão dos sistemas de saúde pública (BRASIL, 2008; SOUZA, 1999).

O trabalho em equipe no contexto da AB promove a divisão de responsabilidades, garantindo que o olhar de todos os profissionais seja considerado no momento de realizar o cuidado, tendo como objetivo principal promover a integralidade e a qualidade dos serviços e ações prestadas (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Reflexões e potencialidades no projeto

Antes do início das atividades do projeto, as usuárias passam por uma avaliação criteriosa de caráter multivariável, incluindo aspectos voltados para anamnese socioeconômica e clínica, composição corporal, testes funcionais (RIKLI; JONES, 1999) e avaliação nutricional. Esses protocolos de avaliação são repetidos durante períodos pré-determinados para acompanhamento dos resultados na intervenção, servindo como base para o desenvolvimento de pesquisas.

As intervenções desenvolvidas ocorrem por meio de PC, como ginástica aeróbica, laboral, localizada, ritmos, alongamentos, terapia manual, atividade de relaxamento e práticas integrativas. As atividades corporais são realizadas no espaço de uma escola da rede pública, localizada ao lado da UBS, e o programa ocorre em três dias da semana, com duração de 50 minutos.

A prática regular de atividade física, aliada a outras estratégias, como a reeducação alimentar, pode promover mudanças nos hábitos alimentares e de combate ao sedentarismo em pessoas com obesidade, incluindo melhora nas variáveis antropométricas (PANATTO *et al.*, 2019). Por essa razão, o projeto tem como objetivos principais a promoção das PCs e AFs e da educação em saúde.

Dentro do projeto as participantes realizam PC dentro de suas limitações e especificidades, bem como são estimuladas a mudanças de comportamentos em sua vida diária para prevenir o sedentarismo. Busca-se uma conscientização por parte delas sobre a importância da adoção desses hábitos saudáveis, contudo, sem esquecer a realidade em que vivem.

Um estilo de vida sedentário geralmente está relacionado a fatores de riscos para a saúde do indivíduo, dentre elas as doenças coronarianas e cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2010). Com isso, faz-se necessário que diferentes ambientes e profissionais estimulem os hábitos saudáveis com finalidade de prevenir agravos e doenças associadas à inatividade física.

As atividades de educação em saúde partem da compreensão de que é necessário ir para além do movimentar-se e, para isso, são desenvolvidas rodas de conversa, palestras e oficinas onde são tratados temas como alimentação saudável, estilo de vida, obesidade, atividade física e saúde. As usuárias também possuem autonomia para apontar quais temas desejam conhecer.

Nesse espaço de educação em saúde acontece a interação entre os conhecimentos populares e o conhecimento científico por meio de jogos educativos, cordéis, painéis demonstrativos, dinâmicas, panfletos e cartilhas, favorecendo a troca de saberes e práticas e garantindo uma aprendizagem significativa.

As ações de educação em saúde empoderam as usuárias sobre os processos de saúde-doença e os fatores que os influenciam. O envolvimento da comunidade permite uma reflexão crítica sobre seu território, seus hábitos de vida e, de modo geral, sobre os aspectos determinantes e condicionantes da saúde. Possibilita a autonomia e a emancipação enquanto sujeitos capazes de co-participar nos processos de cuidado individual, familiar e coletivo (MACHADO *et al.*, 2007).

As intervenções do PEF no contexto da AB devem extrapolar os limites do saber fazer ou do movimento, e considerar a importância de fomentar a autonomia das usuárias sobre seus hábitos e práticas do cotidiano, tornando-as um sujeito que sabe fazer, sabe pensar e sabe sentir (KUNZ, 2004).

Nesse contexto, limitar as PC à simples prática do movimento desconsidera aspectos importantes relacionados a elas. Por exemplo, a abordagem sobre temas como a concepção hegemônica de corpo, a influência da mídia sobre a corporeidade, as relações de gênero, o direito ao acesso à prática de esportes e lazer, valorização das PC culturalmente enraizadas no território, dentre outras (BRASIL, 2009).

Carvalho (2006) reforça que as PC ganharam espaço nas UBS especialmente a partir do Programa Saúde da Família, do NASF e dos programas de residências multiprofissionais em saúde. Grande parte dessas iniciativas ainda privilegia a atividade física (caminhada, ginástica) e deixa de lado outras dimensões da relação entre o profissional de saúde e a comunidade.

Portanto, a intervenção do PEF neste projeto considera a relevância do conceito ampliado de saúde, não limitando sua visão apenas sob a ótica da forma física ou da doença em si, mas do sujeito em sua totalidade, seja de modo espiritual, social e emocional.

Entre as atividades desenvolvidas no projeto estão as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), como a biodança, as danças circulares e a meditação. A apropriação dessas práticas parte da ideia de provocar mudança na compreensão do próprio usuário, no que diz respeito às PC e AF na perspectiva da integralidade, entendendo as suas influências no seu bem-estar psicológico, emocional e físico (LIMA *et al.*, 2014).

As PICs, com ênfase nos princípios filosóficos e culturais das práticas, têm produzido ótima satisfação no grupo, sendo bem aceitas e de fácil aplicação. Um dos principais resultados observados tem sido a melhora nas relações interpessoais dos participantes, o fortalecimento dos vínculos e da escuta. Para Lima (2014), as PICs favorecem o empoderamento do indivíduo, na direção de um maior controle sobre sua própria vida, melhorando a autoestima e se responsabilizando por sua vida e saúde.

Muitas atividades desenvolvidas dentro deste projeto fortalecem o vínculo entre profissionais e usuárias. A exemplo disso, ocorrem periodicamente atividades de lazer em outros espaços, que vão além dos muros da UBS e do território, como as trilhas, visitas a balneários e clubes, visitas a templos religiosos e outras.

Uma das potencialidades despertadas pelo projeto foi o fortalecimento de um grupo de mobilização social, que funciona como uma espécie de Conselho Local de Saúde, onde problemáticas do território são discutidas e analisadas

pelos usuários, profissionais da UBS e, quando necessário, pela gestão municipal de saúde. Esse processo atende a um dos princípios do SUS e das diretrizes para atuação do PEF na atenção básica, que é “fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação política nas decisões afetas à comunidade ou população local” (BRASIL, 2009, p.147).

Outro fator importante desencadeado no projeto foi uma nova visão sobre o PEF partir da ótica dos demais profissionais da AB e das usuárias, passando a compreender de maneira mais clara como este pode intervir com base em princípios éticos e humanos, oferecendo serviços com objetivos traçados, processos avaliativos e, principalmente, pautado em uma visão integral dos sujeitos, indo para além do movimento e dos aspectos biofisiológico.

Em um estudo de Loch *et al.* (2011), os demais profissionais relatam que a inserção do PEF na AB contribui tanto para a profissão quanto para o serviço de saúde. Tem-se a oportunidade de interagir e trocar informações com outras categorias profissionais, além de incentivar a população a um estilo de vida saudável.

Este trabalho desenvolvido com protagonismo do PEF na AB à saúde, por intermédio do RMSC, demonstra, de forma positiva, que é possível e se faz necessário que seja incluído e efetivado cada vez mais o trabalho dessa categoria profissional nas estratégias de intervenção para melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O projeto tornou-se um espaço fértil para integração entre a universidade e o território, onde alunos da graduação também podem vivenciar e aprender, identificando o contexto do SUS como um dos seus campos de intervenção. A cada semestre, os alunos da disciplina de Atividade Física e Saúde Coletiva, do curso de Educação Física da URCA, passam pelo POP para conhecer as propostas de intervenção, a importância do trabalho desenvolvido e os resultados identificados.

As ações e atividades desenvolvidas no projeto corroboram bastante com as propostas para atuação do PEF na AB apresentadas por Loch *et al.* (2019), que apontam quinze itens que podem contribuir e complementar as diretrizes do Ministério da Saúde para a atuação desse profissional. Dentre elas, o projeto atende, por exemplo, o reconhecimento do território, fomento ao controle social, educação em saúde e empoderamento da população, apoio matricial, entre outros.

Entende-se que a experiência de criação do grupo provocou a transformação de práticas profissionais e, dentro da RMSC, incorporou o processo de ensinar e aprender no contexto do trabalho em saúde. A partir da ótica de Ceccim e Feuerwerker (2004) foi possível vivenciar, dentro do processo formativo da residência e do grupo criado, o quadrilátero da formação para o trabalhador da saúde, envolvendo aspectos do ensino, gestão, atenção e controle social, possibilitando o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para o trabalho no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

O POP transformou de forma positiva a rotina das usuárias e da própria UBS, principalmente diante dos agravos relacionados às DCNT. As PC ultrapassaram o fazer mecânico de exercícios funcionais, modificando o estilo sedentário das participantes, para uma visão de autocuidado e de hábitos saudáveis por meio dos momentos educativos, de socialização e de reflexão.

Além disso, a experiência também proporcionou transformações significativas no papel do PEF na AB. Desenhou um protagonismo profissional na articulação de processos de trabalho interprofissional e multiprofissional, bem como na articulação do território com a UBS, e potencializaram-se os conhecimentos sobre a promoção da saúde e integralidade do cuidado para o fortalecimento do SUS.

O relato pode colaborar para a compreensão sobre a importância da inserção de grupos de práticas corporais nos territórios da AB. Diante dos desafios enfrentados pelo POP, é possível compreender que a dedicação e a responsabilidade são fundamentais para que mudanças significativas aconteçam no cenário de atenção à saúde, numa perspectiva de promover qualidade de vida na saúde pública.

A vivência na criação do grupo e as relações e fluxos desencadeados demonstram as potencialidades dentro do processo formativo na RMSC, favorecendo o protagonismo dos profissionais residentes e contribuindo para adoção de competências e habilidades correspondentes à formação para o SUS, além do fortalecimento da percepção e atuação dos profissionais do serviço envolvidos nos aspectos de atenção, gestão, controle social e ensino na saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. N.; NASCIMENTO, M. M. P.; OLIVEIRA, M. M. D.; QUEIROGA, R. M.; FONSECA, F. L. A. ; LACERDA, S. N. B.; ADAMI, F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, n. 1, p.39-48, mar. 2014.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BECKER, L. A.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programa de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Artigos 13 e 14, Residência em Área Profissional da Saúde e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. BRASIL. Ministério da Saúde. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-84, Jan./Jun. 2008. Disponível em: www.boletimdasaude.rs.gov.br >. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, cadernos de Atenção Básica, n. 27, 2009, p. 160. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017.>> Acesso em: ago. 2019.

CARVALHO, Y. M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista brasileira de saúde da família**. v. 8, p. 33-45, Brasília, 2006.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

KUNZ, E. **Transformação Didático-Pedagógica do Esporte**. 6 ed. Ijuí: Unijuí, 2004, p.160.

LIMA, K. M. S. V; SILVA, K. L; TESSER, C. D. **Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde**: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)* [online].v.18, n. 49, p.261-272. Epub Mar 10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>. Acesso em: 13 fev. 2020.

LOCH, M. R.; BRUNETTO, B. C.; RODRIGUES, C. G.; NAHAS, M. V. A saúde pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 16, n.2, p 162-7, 2011.

LOCH, M.R; DIAS, D. F; RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**. 24:e 0069, 2019.

MACHADO, M. F. A. S. et. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, Mar./Apr. 2007.

MORETTI, A. C.; ALMEIDA, V.; WESTPHA, M. F.; BOGUS, C. M. Práticas Corporais / Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

PANATTO, C.; KÜHL, A. M.; VIEIRA, D. G.; BENNEMANN, G. D.; MELHEM, A. R. F.; QUEIROGA, M. R.; CARVALHAES, M. F. M.. Efeitos da Prática de Atividade Física e Acompanhamento Nutricional para Adultos: Um Estudo Caso-Controlado. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 13. n. 78. p.329-336. Mar./Abril. 2019.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 7, n. 2, p. 129-161, apr. 1999.

SCABAR, T. G. **A Educação Física e a Promoção da Saúde**: formação profissional e desenvolvimento de competências. 2014. 178 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2014.

SILVA, A. L. F.; SOUSA, A. M. M.; LOPES, C. E. T.; PONTES, F. C.; OLIVEIRA, F. C. S.; TEIXEIRA, M. N.; PAIXÃO, J. E.; BARBOSA, M. I. S.; ALVES, V. J. P. Educação física na atenção primária à saúde em Sobral-Ceará: Desenhando saberes e fazeres integralizados. **Sanare**, Sobral, v. 8, n. 2, p. 63-72, jul./dez. 2009.

SILVA, R. S.; SILVA, I.; SILVA, R. A.; SOUZA, L.; TOMASI, E. Atividade física e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 1, p.115-120, 2010.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de APS**, v. 2, n. 2, p. 10-14, mar./jun. 1999.

XAVIER, D. A.; KNUTH, A. G. Mapeamento da Educação Física em programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 21, n. 6, p. 551-560, 2016.

CAPÍTULO 3

DA TEORIA À PRÁTICA: CONHECENDO O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara

João Paulo Xavier Silva

Hanykelle Alexandre de Souza

Maria Neliane Saraiva Rabelo

Morgana Vanessa da Silva Santos

Yanca Carolina da Silva Santos

INTRODUÇÃO

O gerenciamento é o termo utilizado para definir as ações de direção de uma organização ou grupo de pessoas. No contexto dos serviços de saúde, também pode ser compreendido como um recurso estratégico de responsabilidade dos administradores, usuários e trabalhadores na construção de uma unidade que busque melhoria e que atenda às necessidades da população de forma integral.

Nesse contexto, é fundamental reconhecer que gerenciar é um processo complexo, sendo necessário, para a sua concretude, um planejamento preciso e eficiente, a fim de solucionar dificuldades, organizar o processo de trabalho e alocar adequadamente os recursos, sejam eles humanos, materiais, financeiros.

Falcão e Souza (2011) apontam que, no contexto do gerenciamento no Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como ambiente que estrutura e implementa as atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF), deverá ser realizada por meio dos princípios e diretrizes da administração, porém considerando as particularidades desse serviço ao compreender que representa uma forma diferenciada de assistência à saúde.

Assim, deve-se voltar o olhar para o contexto no qual a atenção básica desenvolve suas atividades e resgatar o seu conceito, definido de acordo a Política Nacional de Atenção Básica (2017, Art.2º):

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tra-

tamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Desse modo, a Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS), deve exercer papel fundamental do cuidado em uma perspectiva multidimensional, e isso requer implicações na gestão de seus serviços. Visualizar a APS como um nível de atenção que se configura como a porta de entrada preferencial de todos os problemas e necessidades dos usuários do sistema de saúde, além de coordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), corresponde a um aspecto fundamental para refletir sobre o seu gerenciamento.

Vale destacar que, dentre os profissionais que compõem a equipe nos serviços de APS, tem-se a presença marcante da enfermagem, sobretudo, o enfermeiro, que, muitas vezes, assume a gestão da unidade. Essa função, que nem sempre é oficialmente reconhecida, requer bastante habilidade, visto que deve ser desenvolvida no âmbito de uma equipe multidisciplinar com vistas a atender às necessidades da população assistida.

Desse modo, o gerenciamento sempre fez parte do processo de trabalho da enfermagem que, ao longo dos anos, vem buscando elementos para adequar modelos administrativos ao seu cotidiano e conciliá-los com seu papel principal: o cuidado com o paciente.

Segundo Madureira *et al.* (2016), o trabalho do enfermeiro no âmbito gerencial consiste na organização do trabalho e nos recursos humanos de enfermagem. Os meios/instrumentos são os recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos, que utilizam funções como o planejamento, a coordenação, a direção e o controle para serem operacionalizados.

O enfermeiro da APS necessita possuir fundamentos de gestão de trabalho, de integração de habilidades e de competências, o que exige a obrigação de assumir uma postura de liderança e domínio durante a atuação profissional, elementos que devem ser propostos na formação durante a graduação.

Destarte, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Enfermagem, Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001, determinam que o enfermeiro deve estar apto para realizar a administração e o gerenciamento dos serviços de enfermagem. Para isso, considera o gerenciamento em saúde um conhecimento

específico do profissional enfermeiro, pertencendo à função de gerenciar os recursos materiais, físicos e humanos, tornando-se um gestor e líder de equipe.

Para Dellarozza *et al.* (2015), com a finalidade de que o enfermeiro exerça a competência administrativa e gerencial, este deve possuir conhecimentos fundamentais para prática de um planejamento, para tomada de decisão, interação e gerenciamento dos recursos humanos. Acrescem ainda que, havendo o cumprimento dessas exigências que são propostas pelas novas Leis de Diretrizes e Bases e das DCNs, a formação dos profissionais da saúde será bem sucedida a ponto de possibilitar que tenham uma boa atuação profissional com atuação participativa efetiva no sistema de saúde e com aptidão profissional, estando capacitados para resolver problemas de saúde da população.

Santos *et al.* (2017) relatam que a formação do enfermeiro, no que se refere ao âmbito gerencial e gestão em saúde, tem um potencial para induzir ações de melhorias na construção profissional, visando a integralidade e a participação entre áreas e especificidades comuns ao processo de graduação/formação. Contudo, ainda há falhas relevantes no contexto do ensino da gerência em enfermagem, tais como distribuição insuficiente de carga horária para o desenvolvimento pleno de competências/habilidades gerenciais e para o fortalecimento do pensamento administrativo, como distorção entre teoria e prática nos modelos de ensino.

Diante do exposto e considerando a relevância do ensino de gerência perante a enfermagem, o trabalho tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada por acadêmicas de enfermagem durante disciplina Gestão das Ações e Serviços de Saúde em uma visita técnica realizada em uma unidade básica de saúde na cidade de Iguatu, Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. Descritivo pela exposição das características de uma população definida, bem como alcançar as opiniões do seu objeto de estudo (GIL, 2008). Qualitativo por partir da compreensão do contexto social e cultural como princípios importantes para esse tipo de estudo, assim como observar, registrar e analisar (LIEBSCHER, 1998).

O presente estudo foi desenvolvido por quatro acadêmicas do 8º período do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri (URCA), Campus Iguatu, como parte das atividades da disciplina de Gestão das Ações e Serviços de Saúde.

Inicialmente todos os discentes da turma foram divididos em subgrupos, cada qual responsável por realizar o agendamento prévio da visita na UBS indicada pela docente.

A referida visita foi realizada no dia 4 de novembro do ano de 2019, numa UBS no município supracitado. Salienta-se que a visita técnica correspondeu a um momento do período letivo no qual as acadêmicas se direcionaram a serviços de saúde, no intuito de melhor compreender o processo gerencial existente, e posteriormente construir um resumo expandido que contemplasse a reflexão acerca do conteúdo visto em sala de aula e da realidade encontrada no serviço, bem como conhecer as medidas de gestão adotadas pela unidade e enfermeiro e suas formas de aplicabilidade no espaço de práticas cotidianas.

No intuito de facilitar a compreensão e interação com o profissional durante a visita, a equipe utilizou um roteiro/guia disponibilizado pela docente da disciplina, com tópicos a serem discutidas com o profissional enfermeiro.

Durante a entrevista, o subgrupo se reuniu no consultório com a enfermeira. Dois membros ficaram responsáveis por realizar as perguntas e os outros dois para anotar as respostas vindas da profissional. Após realização da visita, cada subgrupo redigiu o resumo expandido com o relato da experiência vivida.

Posteriormente, em sala de aula, houve o compartilhamento das experiências entre todos os discentes da turma. Desse modo, as equipes puderam relatar suas experiências possibilitando aos demais conhecer a realidade dos serviços gerenciais na UBS.

Por se tratar de um relato de experiência, o presente estudo não exige aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, os preceitos éticos que regem as pesquisas em saúde foram rigorosamente atendidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A priori, a equipe teve certa dificuldade no acesso à enfermeira da unidade, devido a suas inúmeras atribuições no próprio serviço. Desse modo, previa-

mente ao contato com o serviço, já foi possível identificar a sua sobrecarga de trabalho na APS, considerando que é responsável, concomitantemente, por ações de cunho assistencial e gerencial.

Acerca disso, Pires *et al.* (2016) dissertam que a sobrecarga e o acúmulo de funções da enfermagem no cenário da APS repercutem na qualidade e eficácia dos cuidados prestados, sendo um desafio permanente a essa categoria profissional mediar o processo de trabalho de maneira a não haver prejuízos.

No dia da visita, a equipe apresentou-se para o profissional enfermeiro da Unidade de Saúde em estudo, explicando-lhe o objetivo do relato. Nesse momento, solicitou-se a apresentação do seu espaço de trabalho e de suas ações gerenciais, bem como indagou-se acerca de alguns núcleos temáticos pertinentes ao gerenciamento na APS.

Permitiu-se inferir que, genericamente, existe uma insuficiência na capacitação dos profissionais para gerência na APS, não havendo um processo de educação permanente nessa temática. Observou-se, ainda, que, apesar de não possuir uma qualificação específica, que englobem cursos voltados para gerência, o profissional explanou as suas principais ações e atribuições como gestor dentro da unidade.

O ensino de gerência em enfermagem é considerado essencial para formação e para o desenvolvimento do discente como um futuro profissional enfermeiro. Nesse sentido, Dellaroza *et al.* (2015) relatam que as estratégias pedagógicas utilizadas no ensino de administração em enfermagem têm sido consideradas de caráter tradicional. Isso, no contexto da atuação em APS, acaba implicando em dificuldades no exercício da gerência dos serviços de saúde.

Ademais, percebeu-se uma necessidade de aprofundamento da gerência nos estágios acadêmicos realizados nessa unidade a partir do entendimento de que a maior parte das práticas tem enfoque na assistência. Conforme Nunes *et al.* (2018), apesar de a enfermagem ser uma das poucas profissões no âmbito da saúde que se debruça sobre conteúdos específicos em administração durante a formação, ainda se faz necessário ressignificar esse aprendizado para uma *práxis* significativa, na qual o conteúdo teórico dialoga com a realidade prática.

Ao se identificar algumas ações de gerenciamento, como o controle dos insumos da unidade, a formação continuada dos profissionais, o planejamento das ações de saúde, o controle dos registros nos sistemas de informação, dentre outros, constatou-se que, para o profissional da unidade, talvez fosse interes-

sante o apoio de outro profissional na execução dessas ações. Tendo em vista que a enfermagem tem assumido, mesmo que implicitamente, ações de cunho gerencial e assistencial, essa é uma questão pertinente.

Essa visão corrobora com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada através da Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que traz como sugestão a conformação da figura do gerente da UBS. Porém, aponta que esse profissional não necessariamente precisa estar vinculado à equipe da UBS, podendo inclusive não ser da área da saúde e não ter ensino superior.

Na literatura especializada, para ser um bom gestor, é necessário ser líder, necessitando de qualidades e competências específicas. Oliveira e Cruz (2015) afirmam que a líder é aquela pessoa que conquista seus liderados sem usar o poder da autoridade, mas no poder de influência sobre eles. Faz-se necessária, então, uma formação específica para atuar na gestão e, no contexto da saúde, é fundamental que o profissional gerente tenha conhecimentos específicos da área para que atue de maneira adequada (PEREZ; OLIVEIRA, 2015).

Reconhecer a complexidade do processo de gestão exige reconhecer também que o líder, no âmbito gerencial, é um formador de opiniões, sendo capaz de unir e motivar todos os liderados a alcançar objetivos, unindo-os em prol de uma mesma causa. Diante disso, a liderança se torna de suma importância por exercer influência no comportamento das pessoas com a finalidade de motivá-las e impulsioná-las a conquistar resultados.

Por saber que um gestor deve possuir características para tal função, foi indagado ao profissional da unidade em relação a qualidades que possui para o serviço de gestão. Ser um gestor que planeja e monitora informações, guiar o trabalho em equipe, possuir comunicação e conhecer o território foram alguns aspectos apontados durante a visita.

Nesse âmbito, Machado *et al.* (2012) referem que o processo de territorialização é uma das atribuições de extrema importância na ESF. Essa atividade adquire pelo menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais como centros de referência. A partir desses sentidos é possível desenhar um processo gerencial verdadeiramente implicado com a realidade histórico-social em questão.

Santos (2016) complementa que o planejamento da comunicação em saúde de um determinado processo de trabalho é de extrema importância para que se consiga almejar o êxito nas ações operacionais, sendo que um planejamento inadequado de comunicação pode acarretar no surgimento de problemas e obstáculos que dificultam o bom desenvolvimento de atividades no campo da saúde.

Segundo Santos (2016), em uma pesquisa realizada pelo *pmsurvey.org*, constatou-se que 64,2% dos problemas mais frequentes são de comunicação, e que 44% das principais deficiências dos gerentes de projetos nas organizações são com relação a comunicação.

Adicionalmente, o trabalho em equipe é de extrema importância em todas as esferas de assistência e da gestão em saúde. Diante disso, Uchôa *et al.* (2012) expõem que, em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível o trabalho em equipe para alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população. Sua adoção potencializa a ação interdisciplinar e rompe com uma cultura institucional centrada numa divisão hierarquizada de trabalho na abordagem do processo saúde-doença.

Para ser um gestor da unidade básica de saúde, é preciso ter conhecimento, ser flexível, valorizar sua equipe, bem como entender e mediar as dificuldades e conflitos que possam surgir. A organização e planejamento são inerentes ao processo de gerenciamento, e a inclusão do próprio gestor na equipe se faz necessário.

Peres e Ciampone (2006) indicam que a liderança é o processo pelo qual um grupo é motivado a dedicar-se aos propósitos determinados pelo líder ou compartilhados pelo líder e seus seguidores. Liderança e administração se sobrepõem, já que alguns aspectos da liderança poderiam ser descritos como processo de gerenciamento.

Ao mesmo tempo que Santos (2013) aponta que a liderança é condição *sine qua non* ao processo de gerenciar, em que somente mediante uma liderança participativa e democrática é que haverá uma transformação nos cenários do cuidado, Peres e Ciampone (2006) reforçam a liderança no âmbito da enfermagem, ao relembrar que Florence Nightingale é conhecida como um exemplo de líder.

[...] sua imagem pública foi e continua sendo a de uma dama piedosa, mas, por baixo dos seus modos suaves, havia um espírito inflexível, lutadora, uma obstinada transformadora de sistemas. Ela nunca fez aparições públicas, nem discursos, e exceto pelos

dois anos que passou na Crimeia, não ocupou nenhuma posição pública. Sua força consistia em ser uma autoridade formidável na questão dos males a serem remediados, em saber exatamente o que fazer a respeito, e em usar a opinião pública para incentivar os dirigentes a usar sua agenda (PERES; CIAMPONE, 2006, p. 495).

Durante a visita técnica, no que concerne às estratégias utilizadas para o processo de gerenciamento no serviço, foi elucidada a adoção da tecnologia da informação de protocolos específicos para o encaminhamento de informações à Secretaria de Saúde do Município.

Outras atividades de gerenciamento no serviço foram apresentadas pelo profissional: analisar insumos de materiais de limpeza, materiais utilizados na assistência, envio de documentos à Secretaria de Saúde, gestão na sala de vacina em relação ao estoque e planejamento de campanhas. Supervisionar toda a sua equipe, elaboração de frequência, plano de férias e atestados da equipe, enviar relatórios de ações junto com fotos e a própria vigilância em saúde também fazem parte do processo de gerenciamento.

Além de tudo mencionado anteriormente, foi identificado que o enfermeiro, como gerente do serviço, deve monitorar testes rápidos, calcular o indicador de cada agente comunitário de saúde (ACS), bem como ter um controle de óbitos materno-infantil da sua área. Nunes *et al.* (2018) acrescentam a crítica anteriormente levantada ao referir que, somada à falta de capacitação na área de gerência, as tarefas exercidas pelo enfermeiro gerente/assistente comprometem a efetividade do trabalho de gestão.

O enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de Atenção Básica, independentemente do porte populacional dos municípios. Por outro lado, deve-se atentar para o significado do acúmulo de funções exercido por esses profissionais e para as múltiplas funções exercidas na AB (SEIDL *et al.*, 2014).

No que tange ao uso da tecnologia da informação como ferramentas de gestão, foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, com o objetivo de informatizar todas as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária à Saúde – do País e de qualificar os dados em saúde dos municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2019).

Segundo Cavalcante (2019), a estratégia e-SUS AB representa possibilidades de avanços e qualificação no uso da informação. Os profissionais da unidade de saúde visitada tiveram um treinamento para manusear o sistema informatizado. Como o sistema vem se atualizando frequentemente, considera-se o seu uso com bons olhos, pois organiza e agiliza as tarefas do serviço.

Sob outra perspectiva, no contexto do gerenciamento na APS, uma das possibilidades de organizar, monitorar e avaliar os serviços de APS está na configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Sabe-se que as RAS são consideradas um avanço, no que diz respeito à organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, ao questionar o profissional do serviço sobre a relação da inclusão do serviço nas RAS, mencionou que a atenção primária é a porta de entrada do serviço, e uma das suas atribuições segundo a profissional é o controle de filas de espera.

A APS é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (PNAB, 2017). O sistema de referência e contrarreferência em saúde foi criado com a intenção de melhorar a atenção global ao paciente. Isso se dá por meio de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, a qual permite a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo.

Porém, na maior parte dos casos segundo o profissional da unidade, não há uma contrarreferência, dificultando o processo de gerenciamento da saúde desses pacientes. É necessário analisar depois o desfecho do atendimento ao usuário, pois o atendimento perpassa as suas condições clínicas.

Santos (2015) evidencia que um sistema ineficiente (ou inexistente, no caso) de contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes patologias, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Ademais, aumenta gastos na saúde, pois cria encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados, entre outros serviços.

Desse modo, para efetivar o gerenciamento de maneira qualificada e integrada à realidade dos usuários, é importante efetivar as RAS em sua permanente interlocução com outros serviços e com a própria assistência prestada na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Com o presente trabalho foi possível identificar como acontece o processo de gerenciamento na Atenção Básica a partir de uma visita técnica. Identificou-se a necessidade do enfermeiro se capacitar, permanentemente, para prestar sua assistência de maneira indissociável ao gerenciamento do serviço em questão.

Conhecer o processo de gerenciamento de uma unidade de saúde antes de ir para campo de estágio se torna de grande valia, pois o discente vai a campo com uma noção da realidade que lhe espera na prática. E a sua capacitação após o término do curso dentro de Universidades se torna de extrema importância, pois auxilia no desenvolvimento de atribuições gerenciais.

Este estudo possibilitou a reflexão sobre a responsabilidade do enfermeiro no gerenciamento. Ele é o profissional mais habilitado para executar a assistência, bem como o programa de gerenciamento e organização, e busca diminuir as diferenças existentes em seu trabalho, já que atua em situações de assistência às populações específicas.

Ficou evidente, por intermédio da visita, a sobrecarga do trabalho, visão que os acadêmicos já tinham do serviço, tendo em vista que enfermeiros da atenção primária são responsáveis pelo processo de assistência e gerência simultaneamente.

Para se realizar uma gerência de qualidade é preciso que se reconheçam as transformações, no plano econômico, político e tecnológico, que vêm passando as organizações em saúde de um modo geral. A construção de novos conhecimentos em gestão é de extrema importância para melhoria na prestação de serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 99, 13, nov.2019. Institui o Programa de Apoio à Informatiza-

ção e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Acesso em: 02 mar de 2020 Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>>.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 02 mar. 2020. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredez.pdf>.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* **Informatização da atenção primária à saúde no Brasil: a rede de atores.** Rev. Brasileira de Enfermagem, v.72, n. 2, p. 354-61, 2019.

DELLAROZA, M. S. *et al.* **O ensino de gerência em enfermagem na graduação: uma revisão integrativa.** Semina Ciências Biológicas e da Saúde, v.36, n.1, p.149-158, ago, 2015.

FALCÃO, S. M. R.; SOUSA, M.N.A. **Gerenciamento da atenção primária à saúde: Estudo na unidade básica de saúde.** Rev. enferm UFPE on line, v.2, n.23, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** /- 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

LIEBSCHER, P. **Quantity with quality?** Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. Library Trends, v. 46, n. 4, p. 668-680, Spring, 1998.

MACHADO, M. C. *et al.* **Territorialização como ferramenta para prática de residentes em saúde da família: Um relato de experiência.** Rev. enferm. UFPE on line, v.6, n. 11, p.2851-7, nov. 2012.

MADUREIRA, G. C. *et al.* **Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das unidades básicas de saúde.** Rev. Baiana de saúde pública, V.40 n.4, 2016.

MEC. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 (BR). **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.** Acesso em: 02 de mar. de 2020. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>.

NUNES, L. O. *et al.* **Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata.** Rev Panam Salud Publica, n.42, p.1-9, 2018.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios.** Saúde e Debate, v.39, n. 104, p. 255-267, jan, mar, 2015.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm, v.15, n.3, p.492- 499, Florianópolis, 2006.

PEREZ, O. L.; OLIVEIRA, A. P. M. **Liderança eficaz: O poder e a influência de um líder no comportamento organizacional de uma empresa.** Administração de empresas em revista, v. 15, n.15, 2015.

PIRES, D. E. P. *et al.* **Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, n.24, p.01-08, 2016.

SANTOS, F. S. C. **A importância do plano de gerenciamento de comunicação em projeto.** 2016. 58 f. Trabalho de Conclusão de (Especialização) - Curso de Gerenciamento de Projetos, Pós Graduação lato sensu, da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, fev, 2016.

SANTOS, I. D. **Gestor: Líder ou Gerente.** Cairu em Revista, n.02, p. 21-32, Jan, 2013.

SANTOS, M. de C. **Sistema de referência e contrarreferência em Saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rio-MG: O papel da rede na Atenção Básica.** 2015. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

SANTOS, P. R. *et al.* **Ensino do gerenciamento e suas implicações à formação do enfermeiro: perspectiva de docentes.** Cienc Cuid Saude, 2017.

SEIDL, H. *et al.* **Gestão do trabalho em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB.** Rev. Saúde e Debate, v. 38, n. especial, p.94-98, 2014.

UCHÔA, A. C. *et al.* **Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil.** Physis Revista de Saúde Coletiva, v.22, n.1, p.385-400, 2012.

**GESTÃO DO CUIDADO E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO
NO ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE
SAÚDE NO SUS: DEMANDAS, ORGANIZAÇÃO E
INDICAÇÕES PARA PRÁTICA**

Rauana dos Santos Faustino

Leilany Dantas Varela

Consuelo Helena Aires de Freitas

Antonio Germane Alves Pinto

INTRODUÇÃO

As Condições Crônicas de Saúde (CCS) agregam um conjunto de doenças que possuem início gradual, de duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida contínuos (CEARÁ, 2016).

Estudos apresentam o aumento nos índices das CCS, entre elas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas –, responsáveis por cerca de 68% de um total de 38 milhões de mortes (WHO, 2014; MALTA *et al.*, 2017). No Brasil, atualmente, causam aproximadamente 72% do total de óbitos (BRASIL, 2018).

A atenção voltada para tais condições envolve a concepção de cuidado e sua interação com os aspectos entre a relação, o diálogo, nas trocas e empatias entre profissionais e sujeitos do cuidado, procurando se perceber no lugar do outro, depositando na assistência a sensibilidade e a preocupação (QUEIRÓS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2016).

O cuidado é inerente à prática do enfermeiro, que desenvolve um cuidado ético, humano, baseado em habilidades, competências, atitude profissional e na valorização da subjetividade do paciente (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). O enfermeiro desempenha as ações de gestão do cuidado mediante planejamento, organização, garantindo um cuidado contínuo, sustentável, oportuno, seguro e abrangente (MORORÓ *et al.*, 2017).

Sendo assim, a gestão do cuidado em enfermagem atribui significado ao conhecimento teórico viabilizando o cuidado seguro e com qualidade por meio da Prática Avançada (PA) e afirmando que a liderança, a habilidade decisória e a capacidade de planejamento para o melhor cuidado são competências que fundamentam a Enfermagem a Prática Avançada (EPA) (LUCCA *et al.*, 2016; OLIVEIRA; TOSO; MATSUDA, 2018).

O compromisso com a resolutividade da assistência dita nuances frente às fragilidades encontradas nos serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) utiliza a abordagem de Clínica Ampliada (CA), propondo que o profissional desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se de forma que a doença não a impeça de viver outras coisas na sua vida (SILVA *et al.*, 2017).

Para discutir CCS é preciso entender sobre DCNT e as formas de enfrentamento dos profissionais da área no sistema de atenção à saúde, juntamente com os usuários (MENDES, 2018). Ademais, auxiliado pela ação de gestão do cuidado, deve estabelecer conexões entre prover/atender às necessidades e preferências dos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Desse modo, para o amadurecimento da ampliação da clínica de enfermagem, é prevista a construção de saberes, mudanças e resoluções de entraves do serviço, utilizando o reconhecimento da gestão do cuidado e suas ferramentas, pontuando ações guiadas por práticas seguras e de qualidade, desviando de resistências na postura de alguns profissionais, a inconstância de recursos humanos e materiais, sobretudo, com a busca pela essência do cuidar (AMORIM *et al.*, 2019).

No entanto, a qualidade do cuidado de enfermagem precisa ser certificada, de acordo com a relevância e custo-efetividade das ações de enfermagem, poder e relacionamento com os outros, pesquisa e treinamento em enfermagem, com seus processos, resultados e indicadores (ANDRADE *et al.*, 2017).

No contexto sociopolítico, apontando as vertentes do planejamento de ações e a mensuração e resolutividade dos serviços de saúde, é importante a participação cotidiana de usuários, profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Pinto *et al.* (2019), na possibilidade de tornar estratégica a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS), no sentido de inverter a lógica hospitalocêntrica e amplificar o cuidado territorial, o planejamento deve respaldar a participação dos sujeitos com suas necessidades e demandas.

Já em um cenário com foco profissional, a prática de enfermagem reverbera a ampliação de ações, sucintas e pontuais. Pesquisadores do Brasil e da Espanha refletiram sobre a atuação de enfermagem, esta, constituinte de uma prática social que enfrenta desigualdade e pode fazer a gestão de soluções, de modo que entenda suas origens, sobre os modos de enfrentamento de situações crescentes de cronicidade e sobre a atuação integral em saúde (DAVID *et al.*, 2020).

As DCNT apresentam impacto epidemiológico importante à saúde pública e demandam organização interprofissional do cuidado. No Brasil, o uso e os efeitos da Educação Interprofissional (EIP), na tentativa de compreender os fazeres e conhecimentos sobre o manejo das condições crônicas, apresentou-se suficiente para o aumento significativo dos conhecimentos comuns sobre as DCNT entre os membros da equipe interprofissional de APS. Contudo, a agenda de atendimentos e o acolhimento dos usuários foram vistos como barreiras na aplicação da intervenção devido à ausência de alguns profissionais, mesmo os encontros sendo oportunizados nas reuniões de equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS) (AGRELI *et al.*, 2019).

Para que a coordenação do cuidado seja efetiva e organizada, é necessário conhecer e dispor de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) conectada, regionalizada, com foco na otimização no fluxo organizacional do adoecimento crônico, bem como os canais de diálogo entre gestores. As barreiras a serem superadas compreendem a escassez de investimentos, falta de planejamento e comunicação desarticulada (PENA *et al.*, 2020).

O planejamento em saúde deve dar atenção à adesão ao tratamento pelo usuário, pois a autopercepção negativa da saúde pode influenciar na demanda por atendimentos de saúde e, em algumas situações, na adesão ao tratamento, principalmente em pacientes crônicos, os quais necessitam de mudança de estilo de vida (LINDEMANN *et al.*, 2019).

Tendo em vista o cenário descrito e a evolução das DCNT, bem como o papel dos serviços de saúde, é preciso planejar. O aperfeiçoamento e a interação com ferramentas de cuidado e EIP colaboram com a gestão do cuidado e o planejamento participativo. A introdução da enfermagem gestora, colaborativa com a equipe, pode ofertar o reconhecimento e o fortalecimento por meio da coordenação do cuidado voltadas à CCS.

É possível planejar no território da Estratégia Saúde da Família?

O planejamento pode ser utilizado como um instrumento de gestão, onde pode envolver a equipe/comunidade, oportunizando à participação conjunta na implementação de ações que buscam solucionar os problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

A articulação e potencialização do planejamento e a avaliação podem melhorar a comunicação entre os integrantes das equipes, gestores e demais agentes, aumentar a capacidade de produção de saúde pelos coletivos envolvidos, qualificar a oferta aos usuários (FURTADO *et al.*, 2018).

A importância de se definir um instrumento de gestão efetivo vem sendo tema de pesquisas desde a implantação do SUS. O Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Planejamento (Planeja SUS) para coordenar as atividades entre as esferas de gestão e propor eixos para a elaboração dos Planos de Saúde. Além disso, utilizou a aplicação dos principais instrumentos de planejamento: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório de Gestão (RAG) (CHAI; PEREIRA, 2016).

O objetivo primordial do planejamento é a concretização da regionalização, fase essencial à democratização do acesso à saúde no país. A regionalização, por sua vez, deve ser estruturada por meio do princípio da integralidade, o qual deve nortear as ações e os serviços de saúde no país (PAULI, 2013).

Entre os desafios presentes na gestão do SUS está a implementação do planejamento ascendente na gestão, para sua consolidação como sistema único, e a manutenção do processo contínuo de planejamento, bem como o envolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010). Para Vicentine *et al.* (2018), outros desafios estão entre a falta de conhecimento do planejamento do SUS, as desigualdades financeiras dos municípios e a construção de instrumentos correlacionados à visão de mundo de cada ator social.

Iniciativas tornam-se oportunas para a compreensão e o aperfeiçoamento do planejamento e gestão dos serviços de saúde. Os pontos distribuídos nas RAS configuram um caminho a ser percorrido como apoio de planejamento e monitoramento das ações em saúde. Evangelista *et al.* (2019) evidenciou a integração entre atividades, oficinas teóricas temáticas, de tutorias realizadas na APS e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Os resultados apontam

uma melhor organização da RAS, especificamente para a linha de cuidado das condições crônicas, hipertensão e diabetes.

Para a melhoria dos aspectos indicados como desafios, aponta-se para a necessidade de oferta de capacitação para os novos técnicos e gestores sobre a operacionalização do planejamento do SUS, bem como atualizações para aqueles que se mantêm na gestão, a fim de acompanhar a dinamicidade das normativas que regem o funcionamento do sistema (VICENTINE *et al.*, 2018).

O processo de trabalho na APS e na gestão em saúde requer competência e compromisso, em virtude das situações de muita complexidade e da diversidade de ações e serviços que buscam, continuamente, por resultados satisfatórios (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). O planejamento local participativo torna-se fundamental para a efetivação de um processo de trabalho que contemple as reais demandas na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF é uma das principais portas de entradas da RAS do SUS, firmando-se como um modelo que reorienta a APS. Tem foco na comunidade e na família, no cuidado em saúde, buscando impulsionar mudanças (BUSANA *et al.*, 2015). Atua com base na articulação intersetorial, devido a maior proximidade dos profissionais com a população e às interações no território de abrangência, o que possibilita a constatação de problemas que incidem sobre o processo saúde-doença (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A associação de diferentes competências profissionais na equipe da ESF favorece a melhoria na qualidade da assistência e amplia a intervenção em saúde, aproximando-se de uma visão mais integral do cuidado às pessoas. Seu objeto de trabalho é o usuário em seu contexto comunitário, social e cultural (SORATTO *et al.*, 2015). Sua implantação exige uma cooperação enfática entre as questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O SUS e os preceitos da ESF trazem em sua ideologia a gestão participativa, imbuída pelo princípio da participação social. A ação dos profissionais das equipes tem grande potencial mobilizador político, capaz de promover abertura e diálogo para esse fim, porém, alguns estudos mostram as dificuldades na prática desses trabalhadores promoverem a inserção da participação social nos espaços e territórios da ESF (OLIVEIRA *et al.* 2015).

A participação social em saúde não deve se limitar apenas aos espaços instituídos pelo SUS, como os conselhos municipais e as conferências de saúde, é indicativo que se trabalhe nos serviços de saúde cotidianamente. O empoderamento dos sujeitos na conquista da sua autonomia, com politização e democratização da gestão em saúde, favorece à participação social. (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014).

Mesmo com dificuldades quando ocorre o planejamento na ESF, há uma ampliação na resolução de muitos problemas cotidianos, que conseguem ser visualizados e encaminhados pela negociação entre os sujeitos do espaço de diálogo. A integração desses atores permite, em alguns casos, a criação de vínculos e parcerias, colaborando com as redes na para efetivação cotidiana de ações da saúde da família (CRUZ *et al.*, 2014).

Neste cenário, a importância do planejamento estratégico se dá pela prática cotidiana dos profissionais e gestores da saúde, participando e negociando com todos os envolvidos no processo, visto que a ação conjunta contribui para o desenvolvimento de estratégias mais eficientes (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Assim, o planejamento é, na perspectiva instrumental e estratégica, ferramenta a combater a improbidade e aumentar o direito à informação, dando nova dimensão à publicidade dos atos de gestão na área da saúde (CHAI; PEREIRA, 2016). Dessa forma, o planejamento pretendido pelo SUS é indicativo de que ocorra o estabelecimento de prioridades por meio da análise situacional, tratando-se de um Planejamento Estratégico Situacional (PES), método útil, flexível e eficaz para lidar com as necessidades da administração pública, pois colabora com a atenção dada a construção coletiva e a participação dos atores sociais nos processos (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a ESF, que se tornou modelo preferencial de estruturação da APS no SUS, oferece expansão dos cuidados primários no país e incrementa o processo de institucionalização da avaliação no território. Oportuniza a população acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar nas produções científicas a implementação e discussão do papel do planejamento local, e como certificar-se de sua efetivação.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa com foco nas evidências científicas sobre Planejamento em Saúde e participação comunitária. Com a realização do levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas e qualificadas, foram mapeadas as concepções, modelos e experiências em torno da temática investigada.

A revisão integrativa pauta-se em um método sistemático para o desenvolvimento da revisão, possibilita a síntese do conhecimento sobre determinado assunto, apontando lacunas do conhecimento a serem preenchidas por meio de novos estudos. Foram percorridas as seguintes etapas para a realização da revisão: elaboração da pergunta norteadora; definição dos descritores; determinação de critérios para inclusão/exclusão de artigos; seleção da amostra; categorização dos estudos; síntese dos achados evidenciados nos artigos analisados; discussão dos resultados; e apresentação da revisão (LACERDA; COSTENARO, 2016; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nesse sentido, apresenta-se a análise de artigos científicos relacionados com o objeto de estudo, com fins de responder a seguinte questão norteadora: “Como se dá o planejamento local em saúde?”. Ademais, tem como objetivo investigar a produção científica e compilar o conhecimento produzido para o embasamento de práticas baseadas em evidências.

A busca ocorreu no mês de abril de 2020 nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed).

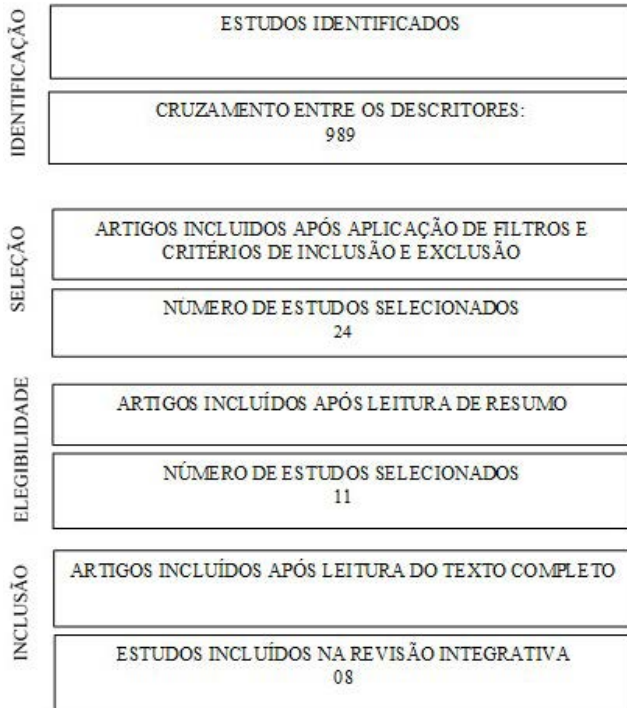
Utilizaram-se os descritores “planejamento em saúde”, na BVS, e na base de dados PUBMED, após alguns cruzamentos em busca avançada, definiu-se como resultado a interseção do descritor *mesh terms*: “community health planning” (planejamento comunitário em saúde).

Para a seleção foram estabelecidos os filtros artigos completos disponíveis, em meio eletrônico gratuitamente na íntegra, idiomas Português, Inglês e Espanhol, com um recorte temporal entre 2010 e 2020. Como critérios de inclusão pautaram-se por manuscritos que apresentaram como temática central o

planejamento em saúde. Estabeleceram-se como critérios de exclusão publicações duplicadas, reflexões, editoriais e cartas ao editor.

Após seleção amostral, foram lidos os títulos e resumos, o que possibilitou a seleção de onze artigos disponíveis na íntegra. Verificou-se que, destes, apenas oito artigos atendiam aos critérios de inclusão mencionados. O percurso feito para busca e seleção dos artigos nas bases de dados podem ser visualizados na Figura 01.

Figura 01 – Fluxograma da busca e seleção dos artigos. Crato - CE, 2020



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. O Quadro 01 abaixo apresenta uma síntese dos artigos selecionados, com informações sobre autores, ano de publicação, tipo de estudo, objeto de estudo e informações sobre a ocorrência de Planejamento local.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos encontrados de acordo com autor/ano, tipo de estudo, objeto de estudo, ocorrência de planejamento e o local. Crato-CE, 2020

Autor/ano	Tipo de estudo	Objeto de estudo	Ocorrência de planejamento e local
SARTI <i>et al.</i> , 2012.	Ecológico, retrospectivo de análise de dados	Avaliar a implementação de ações de planejamento local pelas equipes ESF do Espírito Santo, Brasil, com base nos indicadores do AMQ-ESF.	Predominantemente centralizado na equipe. Participação do usuário pouco expressiva.
ADDUM <i>et al.</i> , 2011.	Estudo de caso	Identificar a condução dos problemas ambientais do território coberto pela ESF Alto Caxixi, em Nova Imigrante – ES.	Centralizado na equipe. Não há participação do usuário.
DALCIN <i>et al.</i> , 2010.	Pesquisa exploratória, descritiva	Identificar as etapas do processo de Planejamento Local em Saúde (PLS) nas Unidades de Saúde da Família do município de Joinville – SC.	Predominante centralizado na equipe. Participação do usuário.
ANUNCIACÃO; SOUSA, 2011.	Estudo qualitativo	Analisar as percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde.	Predominantemente centralizado na equipe. Participação do usuário ocorre de modo parcial, considera-se como pseudoparticipação.
BAATIEMA <i>et al.</i> , 2013.	Estudo qualitativo	Avaliar a participação aplicada a um planejamento baseado em saúde comunitária, Programa e Serviço (CHPS).	Considera a participação do usuário efetiva no planejamento.
MOYSES; FRANCO DE SA, 2014.	Pesquisa participativa e estratégica.	Consolidar o reconhecimento de territorialidades como um princípio e a territorialização como uma estratégia operacional na construção de práticas de promoção da saúde.	Priorização de ações mediante a escuta da população e dos gestores em saúde.
VIEIRA, 2018.	Estudo qualitativo, Participativo.	Fortalecer o espaço do CLS enquanto instrumento de participação social, de maneira que esse seja efetivo e se obtenha mudanças significativas da condição de saúde da comunidade.	Participação dos conselheiros locais na construção de serviço de qualidade à população.
SANTOS; CASOTTI; VIEIRA; NERY, 2018.	Estudo de caso com abordagem qualitativa.	Identificar as dificuldades e facilidades que as equipes da Estratégia Saúde da Família encontram no processo de planejamento em saúde.	Não participação de sujeitos estrategicamente importantes no planejamento em equipe; demandas que dificultam a execução do planejamento; conflito de interesses.

Fonte: Dados da pesquisa.

Procedeu-se à análise dos oito artigos na íntegra. Foram identificados dois aspectos, que tratam do planejamento centralizado na equipe de saúde e do planejamento realizado com a participação do usuário.

Os achados desta revisão resgataram publicações realizadas entre os anos de 2010 e 2018. A avaliação do planejamento ocorreu em duas produções (25%); outros objetos de estudos aparentes foram a identificação de etapas, condução, facilidades e dificuldades do processo de planejamento em saúde, com três estudos (37,5%); quanto ao objeto de fortalecimento e consolidação de processos de planejamento, recuperaram-se dois estudos (25%); e a análise de percepção, apenas um (12,5%). Em relação ao tipo de estudo, quatro deles (50%) apresentaram abordagem qualitativa.

Evidenciou-se, de uma maneira geral, que o planejamento em saúde é uma ferramenta considerada indispensável, tanto para a gestão municipal, quanto para a efetivação do processo de trabalho das equipes de saúde, assumindo a função de contribuir para que o SUS responda com qualidade às demandas e necessidades de saúde da população (ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2011).

Os estudos destacaram que o planejamento tem um papel decisivo na oferta do acesso e no atendimento eficaz/efetivo. Ainda, habilita-se como dispositivo motivador para os trabalhadores nos espaços coletivos, tendo em vista que, ao planejar, há a priorização das necessidades e demandas, otimizando a assistência (ADDUM *et al.*, 2011; ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2011; BAATIEMA *et al.*, 2013; DALCIN *et al.*, 2010; SARTI *et al.*, 2012).

Em nível local, a promoção da saúde deve ser priorizada como horizonte de alcance das políticas públicas. Como metodologia, o Planejamento Local em Saúde (PLS) deve mobilizar as intencionalidades desejadas pelos atores envolvidos no processo, reconhecendo as diversidades de vida, incentivando a criatividade e autonomia para soluções e cidadania (MOYSES; FRANCO DE SA, 2014).

O PLS possibilita o diagnóstico da situação de saúde da população, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, a organização de intervenções para enfrentamento, a avaliação dos resultados alcançados, direcionando o trabalho dos profissionais com a participação da comunidade (DALCIN *et al.*, 2010; SARTI *et al.*, 2012).

Os estudos observaram que o PLS acontece, em sua maioria, sem a efetiva participação comunitária. Permanece ainda um cenário de centralização nas relações de poder, de forma vertical e desigual, em que nem todos os atores envolvidos no processo participam das decisões (ADDUM *et al.*, 2011; ANUNCIACÃO *et al.*, 2011; SARTI *et al.*, 2012).

Anuniação *et al.* (2011) apontam em seu estudo que o planejamento a partir da construção do plano municipal de saúde pode estar alicerçado em três níveis de participação: “pseudoparticipação”, participação parcial e participação plena. Os dois primeiros são participações veladas, sem a real parte de tomada de decisões pelos usuários, sendo a prática mais comum realizada pela gestão e profissionais de saúde.

Além da participação incipiente da população, ainda há uma carência de iniciativas para o planejamento das ações de saúde, resultando em um processo de trabalho parcelar, pouco reflexivo e ancorado na resolução de problemas imediatos surgidos, principalmente, do contato da equipe com os usuários que demandam por atendimentos clínicos não programados (SARTI *et al.*, 2012).

Alguns fatores foram citados como prováveis aspectos que dificultam a realização de um planejamento efetivo que incorpore a participação popular em nível local, entre eles as falhas existentes nos processos de educação permanente das equipes e a ausência da intersetorialidade (ADDUM *et al.*, 2011; BAATIEMA *et al.*, 2013; DALCIN *et al.*, 2010; SARTI *et al.*, 2012).

A ausência da intersetorialidade, citada anteriormente, surgiu como um aspecto que dificulta a efetiva implantação do PLS, constituindo um entrave, pois muitas situações demandadas pelos usuários podem necessitar de apoio de outros setores públicos, instituições não governamentais e movimentos sociais (ADDUM *et al.*, 2011; BAATIEMA *et al.*, 2013; DALCIN *et al.*, 2010).

Apesar do PLS, na maioria dos casos, ser centralizado na equipe, os autores consideram que o modo participativo entre equipe e comunidade pode ser mais efetivo para a articulação e sua implementação. Tal posição contribui com o estímulo e organização de planos, valorizando efetivamente os anseios dos usuários em seu contexto local (BAATIEMA *et al.*, 2013; DALCIN *et al.*, 2010; ADDUM *et al.*, 2011; ANUNCIACÃO *et al.*, 2011, SARTI *et al.*, 2012).

Compreendeu-se que o planejamento local deve ter uma participação social ampla como alicerce de todo o seu processo, pois a centralização de decisões e a direcionalidade única de ações já não supre as novas necessidades de

saúde da população (ADDUM *et al.*, 2011; ANUNCIACÃO *et al.*, 2011; BAA-TIEMA *et al.*, 2013; DALCIN *et al.*, 2010; SARTI *et al.*, 2012).

Os PLS assumem o diálogo com o território ao reconhecer as demandas de saúde e sociais da população. Ao conversar com as pessoas e estabelecer entre elas uma governabilidade gerencial de seus próprios problemas, o CLS se torna um espaço ativo para incentivar a comunidade na busca de uma vida mais saudável e a execução adequadas das políticas públicas. A ESF deve estimular práticas colaborativas na comunidade, integrando conhecimentos e exercendo também o autogoverno, com equipes, gestores e sociedade, essenciais ao planejamento para cidadania (VIEIRA, 2018; SANTOS; CASOTTI; VIEIRA; NERY, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Historicamente, a gestão e o planejamento participativo em saúde recuperaram conquistas desde o reconhecimento e ampliação do direito à saúde, trazidos pela Constituição Federal de 1988. Tal evolução posiciona o planejamento como fundamental para a operacionalização do acesso às ações e serviços de saúde (CHAI; PEREIRA, 2016).

O processo de planejamento e a descentralização da gestão é fundamentada pela organização da regionalização e tem sido identificada como diretriz estruturante para a garantia do direito à saúde de maneira resolutiva e equitativa (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Outro aspecto do planejamento é a participação integrada entre equipe e usuários, em que o planejamento torna-se mais difícil sem a compreensão da participação local de todos os sujeitos. O cotidiano dos serviços e suas demandas originam-se das necessidades da população e de suas reivindicações. Para que haja participação local e planejamento estratégico deve-se estabelecer um vínculo efetivo entre os sujeitos, bem como a introdução dos conhecimentos oportunos frente às perspectivas do SUS.

Coordenar o cuidado envolve não somente os profissionais de saúde e gestores, mas, também, a participação dos usuários como condição necessária para seu alcance na APS, por meio de canais participativos que os incluam nos processos decisórios, embora esse tipo de interação com a comunidade tenha se revelado inexistente no caso investigado (ALELUIA *et al.*, 2017).

De antemão, torna-se importante implementar as iniciativas já existentes entres os setores da Redes de atenção e as ferramentas de participação popular,

no intuito de promover, convocar e dar voz ao usuário. As relações intersubjetivas entre trabalhadores de saúde e usuários devem compor o planejamento comunitário e participativo das ações de saúde (PINTO *et al.*, 2019).

O contraste dos resultados deste estudo com a literatura apontou que cumprir a função de coordenar o cuidado às condições crônicas não é um simples atributo que está circunscrito à organização do processo de trabalho da APS, mas, sobretudo, há determinações contextuais dos sistemas municipais que derivam da organização macroestrutural da rede de atenção à saúde e do apoio da gestão.

O planejamento em saúde conduz a lógica da organização do sistema de saúde e pode produzir uma operacionalidade prática das ações ofertadas nos serviços. O planejamento local potencializa a integralidade das ações em saúde, porque aproxima o que se teoriza em planos, ao território, de onde emergem às demandas e necessidades locais da população assistida.

Este estudo evidencia que o planejamento local participativo amplia mais uma vertente, que é a possibilidade de construção de espaços de diálogo entre trabalhadores e usuários, a fim de fomentar práticas que rompam com o controle e execução apenas procedimental nas unidades básicas, superando os limites de processos fragmentados e de baixo impacto produtivo. Ele é um instrumento para elucidação coletiva de problemas vivenciados, produz interlocução dos sujeitos e de dispositivos sociais instalados na comunidade, consolidando-o como ferramenta para a gestão da ESF.

Perante os adocimentos de um sistema de gestão em saúde, que não causa motivação nos sujeitos que operacionalizam os serviços no SUS, este estudo evidencia o planejamento local como uma possibilidade de envolvimento, de responsabilização mútua entre trabalhadores e usuários que impulsionam a gestão local. O PLS, com a inserção e envolvimento do usuário, transformou o processo de trabalho na ESF, ressignificando as práticas de saúde locais.

Muitos ainda são os desafios que precisam ser superados no processo de participação comunitária, que aponta para necessidade de instrumentalização dos conselheiros, para sua consolidação e exercício. Nesse estudo, apontam-se aspectos importantes de aplicabilidade ao SUS, no âmbito do planejamento local das ações de saúde na ESF.

A mudança de práticas não é algo fácil, é necessário tempo, educação permanente com o exercício diário de aplicação das teorias. É preciso o exercício

da escuta, o querer fazer e a motivação para tal. É necessário o envolvimento das pessoas e a compreensão de que a responsabilização é fundamental para a condução das transformações, em territórios de tensão entre trabalhadores, usuários e a gestão no SUS.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M *et al.* Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000300011&lng=en&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 de julho de 2015.

AGRELI, H. F. *et al.* Effects of interprofessional education on teamwork on knowledge chronic conditions management. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, 2019, e3203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100384&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 15 de março de 2020.

ALELUIA, I. R. S *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601845&lng=pt&lng=pt. Acesso em 19 de março de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, setembro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nsp1/0103-1104-sdeb-42-spe010244.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2020.

AMORIM, T. S *et al.* Assistência obstétrica/neonatal: ampliação da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária. **Acta paul. enferm.** v. 32 n. 4 São Paulo. July/Aug. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002019000400358&script=sci_arttext. Acesso em: 19 de março de 2020.

ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 70, n. 1, p.199-208, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>. Acesso em 19 de março de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>.

ANUNCIACÃO, F. C.; SOUZA, M. K. B. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. **Revista Baiana de Saúde**, v.35, n.4,

p.845-858 out. / dez. 2011. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=1618&about=access&lang=pt#>. Acesso em: 16 de julho de 2015.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde colet.** v. 21, n.5, Maio, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1499-1510/es/>. Acesso em: 18 de março de 2020.

BAATIEMA, L. *et al.* Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 233, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/233>. Acesso em: 20 de Julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: curso de atualização para o uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS: PS, PAS e RAG: guia do participante**, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 10). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 16 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 16 de março de 2020.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, Junho, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000200442&lng=em&nrm=iso. Acesso em: 23 de Outubro de 2015.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2020.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. **Plano Estadual de Saúde**, 2016 – 2019. 2016. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019.pdf. Acesso em: 18 de março de 2020.

CHAI, C. G.; PEREIRA, I. P. Planejamento em saúde: marcos metodológicos, limites e possibilidades. **R. Dir. Gar. Fund.**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 527-550, jul./dez. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/Dialnet-PlanejamentoEmSaude-5911049.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2020.

COSTA, P. C.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf. Acesso em: 18 de março de 2020.

CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 124-139, Out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 de Agosto de 2016.

DALCIN, M.; GOULART, G. R.; MAGAJEWSKI, F. Planejamento local no cotidiano das equipes de saúde da família em Joinville – SC. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 114-122, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10537>. Acesso em: 15 de julho de 2015.

DAVID, H. M. S. L. *et al.* A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 25, v. 1, p. 315-324, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100315&Lang=pt. Acesso em: 15 de março de 2019.

EVANGELISTA, M. J. O *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 de março de 2020.

FIGUEIREDO, I. D. T. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **REFACS (online)**, v. 8, n. 1, p. 27-38, Jan/Mar, 2020. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3873/pdf>. Acesso em: 18 de março de 2020.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, G. W. S.; ODA, W. Y.; CAMPOS-ONOCKO, P. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n. 7, Jul, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/>. Acesso em: 18 de março de 2020.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LINDEMANN, I. L *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 45-52, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n1/45-52/pt>. Acesso em: 16 de março de 2020.

LUCCA, T, R. S *et al.*, O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.37, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472016000300406&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 18 de março de 2020.

MALTA, D. C *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**. v. 51, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf. Acesso em : 17 de março de 2020.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acesso em : 16 de março de 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

MORORÓ, D. D. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 3, p. 323-32, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010321002017000300323&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 de março de 2020.

MOYSES, S. T; FRANCO DE SA, R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4330, nov. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4323-4330/>. Acesso em: 27 de abril de 2020.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 901-913, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000300901&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de Agosto de 2016.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, Aug. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de maio de 2015.

OLIVEIRA, J. L. C.; TOSO, B. R. G. O.; MATSUDA, L. M. Práticas avançadas para a gestão do cuidado: reflexão emergente à enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.71, n. 4, July/Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2060.pdf. Acesso em: 18 de março de 2020.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, fev., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200487&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 de março de 2020.

PAULI, L. T. S. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal. **Cad. IberAmer Direito Sanit.**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 578-594, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/106>. Acesso em: 15 de março de 2020.

PENA, K. S. *et al.* A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 41, e20190168, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v41nspe/pt_1983-1447-rgenf-41-e20190168.pdf. Acesso em: 16 de março de 2020.

PINTO, A. G. A. *et al.* Gestão do cuidado e da clínica no atendimento aos usuários da estratégia Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 1, 2019. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2169/pdf>. Acesso em: 18 de março de 2020.

QUEIRÓS, P. J. P *et al.* Significados atribuídos ao conceito de cuidar. **Revista de Enfermagem Referência**. série IV - n. 10 - jul./ago./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a10.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2020.

RODRIGUES, W. *et al.* Planejamento estratégico situacional: o caso da reestruturação do hospital de doenças tropicais da universidade federal do Tocantins.

RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Belo Horizonte, MG, v. 14, n.1, Jan/mar, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/3829-Texto%20do%20artigo-15062-5-10-20170810.pdf>.

SANTOS, F. P. A *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 6, p.1124-1131, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601124&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 de março de 2020.

SANTOS, S. V.; CASOTTI, C. A.; VIEIRA, S. N. S.; NERY, A. A. Dificuldades e facilidades no processo de planejamento em saúde na estratégia de saúde da família. **Rev. baiana saúde pública**. v. 42, n. 1. Out., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232018000300861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 de abril de 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de Julho de 2015.

SILVA, L. N. M.; SILVEIRA, A. P. K. F.; MORAIS, F. R. R. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, (Supl. 8), p. 3290-4, ago., 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/mende/Downloads/110195-59290-1-PB.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2020.

SORATTO, J. *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, Abr-Jun, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf. Acesso em: 18 de abril de 2020.

VICENTINE, F. B. *et al.* Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)**, v. 51, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2018/vol51n1-2018/AO1-Aspectos-da-gestao-que-influenciam-o-planejamento-do-SUS.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2020.

VIEIRA, K. C. S. Participação popular na Estratégia Saúde da Família: espaço potencial de construção de saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde**. v. 9(supl), p. 71-75, 2018. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009718/bis_19_suplem_site-73-77.pdf. Acesso em: 27 de abril de 2020.

WHO, **Global status report on NCDs 2014**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 de agosto de 2019.

CAPÍTULO 5

DIABETES MELLITUS NA IX REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO: UM ESTUDO BASEADO EM DADOS SECUNDÁRIOS

Alécia Hercídia Araújo

Carla Andréa Silva Souza

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Jéssica Lima de Oliveira

José Adelmo da Silva Filho

Airla Eugênia dos Santos Bacurau

Danielle de Norões Mota

Antonio Germane Alves Pinto

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) representa um distúrbio metabólico definido por hiperglicemia persistente, devido à deficiência na produção de insulina, na ação ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo (SBD, 2018).

De acordo com a International Diabetes Federation – IDF (2018), existem vários tipos de diabetes, porém os três tipos principais são denominados diabetes mellitus tipo I, tipo II e gestacional. Na DM tipo I, conhecida como diabetes juvenil, em que o distúrbio é causado por uma reação autoimune, o sistema de defesa do corpo irá atacar as células que produzem insulina. Esse tipo pode acontecer em pessoas de qualquer idade, mas geralmente ocorre em jovens ou adultos.

Já a DM tipo II, chamada de **diabetes** não insulino dependente ou diabetes de início na vida adulta, é caracterizada por uma deficiência relativa ou resistência à insulina, podendo ambos estar presentes quando o distúrbio é diagnosticado. Esse tipo da doença é responsável por pelo menos 90% dos casos e normalmente o seu desenvolvimento está associado ao sobrepeso ou à obesidade, que podem causar uma resistência à insulina e elevar os níveis de glicose na corrente sanguínea (BECTON; DICKINSON, 2018).

Contudo, nem sempre o aparecimento da diabetes tipo II está ligado ao aumento de peso, e as pessoas que estão dentro dessa classificação do distúrbio podem equilibrar os níveis de glicose no início, a partir da reeducação alimen-

tar e exercícios. Contudo, após um período, boa parte das pessoas precisam utilizar medicamentos orais e/ou injetáveis para diminuir os níveis de insulina no sangue, a chamada insulino terapia (MEDEIROS *et al.*, 2016).

A diabetes gestacional (DMG), caracterizada pela presença de elevados níveis de glicose no sangue durante a gestação, pode acometer 1 a cada 25 gestações em todo o mundo, ocasionando complicações para mãe e bebê. Geralmente após a gravidez a DMG desaparece, mas a mulher com diabetes gestacional e o bebê correm grandes riscos de desenvolverem diabetes do tipo II no futuro. Estima-se que de cinco a dez anos após o parto, aproximadamente, metade das mulheres com histórico de DMG desenvolvem a diabetes do tipo II (IDF, 2018).

Segundo o relatório do realizado pela International Diabetes Federation (2017), estima-se que aproximadamente 12,4 milhões de brasileiros adultos entre 20 e 79 anos de idade possuem diabetes, e a prevalência em comparação a outros países é de 8,7%. Além disso, o Brasil situa-se em 4º lugar no ranking dos 10 países com o maior número de adultos com diabetes, atrás dos Estados Unidos, Índia e China. Ocupa também o 5º lugar em números de indivíduos acima de 65 anos com diabetes, e 3º lugar em número de crianças e adolescentes com diabetes tipo I.

Os sintomas mais frequentes da diabetes são: poliúria (aumento na micção), polidipsia (excesso de sede), polifagia (fome constante) e perda involuntária de peso, assim como, boca seca e fadiga. O marcador de risco comumente associado à DM tipo I é a influência genética, a qual é predominante, já que ainda não existem pesquisas que comprovem a influência de outros fatores envolvidos para o desencadeamento da doença. Observa-se que as manifestações clínicas geralmente ocorrem ainda na infância, quando deve ser realizado o diagnóstico (SBD, 2018).

A DM tipo II é mais prevalente com o avançar da idade, habitualmente acometendo indivíduos acima de 40 anos. Ainda, outro marcador de risco que influencia a incidência desse distúrbio metabólico na população brasileira é o sexo, em que as mulheres apresentam maior predominância, com uma taxa de 8,2%, enquanto o sexo masculino possui um percentual de 6,6%. (FLOR; CAMPOS, 2017).

Nesse contexto, observa-se que o diabetes mellitus é uma doença muito prevalente no mundo inteiro. Portanto, reconhece-se a importância de conhecer os índices de morbidade decorrentes dessa doença crônica na Região de

Saúde em estudo, pois os índices epidemiológicos podem nortear o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, com o intuito de minimizar a incidência dessa patologia. Assim, objetiva-se descrever os indicadores epidemiológicos de morbidade decorrente do diabetes mellitus na IX Região de Saúde do Pernambuco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, baseado em dados secundários extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O cenário da pesquisa foi a IX Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco (GERES), que totaliza uma população de 345.311 habitantes. Essa Região de Saúde está situada na Mesorregião do Sertão Pernambucano e é composta por 11 municípios, são eles: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade (BRASIL, 2013).

Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2018, referentes à morbidade por Diabetes Mellitus na IX Região de Saúde do Pernambuco no período dos últimos 5 anos disponíveis na plataforma DATASUS. As variáveis estudadas foram sexo, idade, raça/cor e local de internação. Os dados foram tabulados por meio do editor de planilhas produzido pela *Microsoft*, o *Programa Excel* versão 2017. Para a análise dos dados empregou-se a estatística descritiva simples com uso de porcentagem (%).

RESULTADOS

Os resultados da busca realizada no DATASUS consistem em notificações acerca da morbidade por local de internação decorrente do diabetes mellitus tipo 2. O local de internação se refere ao local onde a unidade hospitalar está estabelecida, ou seja, o local onde as pessoas foram internadas, mas que não necessariamente residem nessas cidades. Dessa forma, são notificações realizadas pela unidade hospitalar (BRASIL, 2018).

A seguir estão os dados dispostos nas tabelas referentes aos índices epidemiológicos de DM na IX Região de Saúde do Pernambuco.

Tabela 1 – Morbidade por local de internação em relação a faixa etária, 2013-2017

Município/Faixa etária	1 a 19 anos	20 a 59 anos	60 acima	Total	Total%
Araripina	18	164	435	617	47,8
Bodocó	0	18	21	39	3
Exu	1	10	51	62	4,8
Granito	1	3	3	7	0,5
Ipubi	3	16	38	57	4,4
Moreilândia	3	2	11	16	1,2
Ouricuri	40	101	196	337	26
Parnamirim	2	19	47	68	5,3
Santa Cruz	1	5	21	27	2,1
Santa Filomena	1	1	-	2	0,2
Trindade	3	22	35	60	4,6
Total	73	361	858	1282	100

Fonte: DATASUS.

Percebe-se que houve notificações na maioria dos municípios, apenas nas cidades de Bodocó e Santa Filomena não houve ocorrência na faixa etária de 1 a 19 anos e de 60 acima, respectivamente. As pessoas acima de 60 anos compõem o grupo com maiores índices de internação em todas as cidades, ficando logo atrás o grupo de 20 a 59 anos e, por último, o de 1 a 19 anos, sendo esse o de menor ocorrência.

Tabela 2 – Morbidade por local de internação em relação ao sexo, 2013-2017

Município/Sexo	Masc	%	Fem	%
Araripina	233	43,9	384	50,5
Bodocó	16	3	23	3
Exu	33	6,2	29	3,8
Granito	4	0,8	3	0,4
Ipubi	24	4,5	33	4,3
Moreilândia	5	0,9	11	1,4
Ouricuri	147	27,7	190	25,1
Parnamirim	35	6,6	33	4,3
Santa Cruz	14	2,6	13	1,7
Santa Filomena	1	0,2	1	0,1
Trindade	19	3,6	41	5,4
Total	531		761	
%		100		100

Fonte: DATASUS.

As notificações em relação à ocorrência de DM por local de internação são mais frequentes no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino durante os anos apresentados pelo DATASUS. Pode-se observar que os índices são maiores nas cidades Araripina e Ouricuri, totalizando uma porcentagem de 50,5% e 25,1%, respectivamente, em relação ao total da população acometida em ambos os sexos. Contudo, pode-se inferir que essa maior prevalência ocorra devido a esses serem os maiores municípios da Região de Saúde, onde concentram-se os polos hospitalares.

Tabela 3 – Morbidade por local de internação em relação a raça/cor, 2013-2017

Município/ Raça-cor	Branca	%	Preta	%	Parda	%	Amarela	%	S/I	%	Total
Araripina	122	19,8	19	3,1	420	68,1	1	0,2	55	8,9	617
Bodocó	2	5,1	-	0	27	69,2	8	20,5	2	5,1	39
Exu	--	0	-	0	3	4,8	8	12,9	51	82,3	62
Granito	-	0	-	0	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7
Ipubi	-	0	-	0	57	100	-	0	-	0	57
Moreilândia	1	6,3	-	0	8	50	-	0	7	43,8	16
Ouricuri	22	6,5	2	0,6	313	92,9	-	0	-	0	337
Parnamirim	-	0	-	0	45	66,2	-	0	23	33,8	68
Santa Cruz	-	0	-	0	27	100	-	0	-	0	27
Santa Filomena	-	0	-	0	2	100	-	0	-	0	2
Trindade	-	0	-	0	57	95	3	5	-	0	60
Total	147		21		964		21		139		1292

*S/I: sem informação.

Fonte: DATASUS.

Nota-se a ocorrência de diabetes mellitus em todas as raças, mas não houve notificações nos municípios de Exu, Granito, Ipubi, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade para a cor/raça branca. Com relação à raça/cor preta, observa-se que em apenas duas cidades, Araripina e Ouricuri, apresentaram casos registrados, mas representam somente 3,1% e 0,6%, respectivamente, do total da população que foi acometida pelo distúrbio nesses municípios.

As cores/raças amarela e preta correspondem ao último lugar com os menores índices de acometimento pelo DM. A raça negra, portanto, não apresentou nenhuma notificação nas cidades de Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena, expondo seu maior índice de registros nos municípios de Bodocó e Exu. Os casos em que as pessoas não informaram a cor compreendem o terceiro lugar de acometimento, sendo que os municípios que mais colaboraram para esses índices foram Araripina, Exu e Parnamirim.

Contudo, o maior enfoque deve ser dado à cor parda, posto que esta representa o primeiro lugar com o maior índice de notificações, com a contribuição de todos os municípios. A raça parda, por sua vez, em quase todos os municípios, exceto Exu, apresenta as porcentagens mais elevadas no que se refere ao número de acometidos na população da cidade.

DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados foi perceptível o predomínio de pessoas com faixa etária acima de 60 anos que possuem DM. Segundo o IDF (2017), a população acima de 65 anos apresenta até 19% de prevalência de diabetes no Brasil, e a população de 20-79 anos apresenta até 8%, sendo considerado o 5º país em número de indivíduos acima de 65 anos com o distúrbio.

De acordo com Brasil (2018), o DM e suas complicações constituem as principais causas de mortalidade na maioria dos países. Posto isto, em 2015 aproximadamente 5 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes, o equivalente a um óbito a cada 6 segundos. A doença cardiovascular é a principal causa de óbito entre as pessoas com diabetes, sendo responsável por aproximadamente metade dos óbitos por diabetes na maioria dos países.

Os resultados encontrados afirmam que a faixa etária é um fator de risco importante para ser diagnosticado, já que as constantes notificações estão centradas nesse grupo de pessoas. Isso se deve à aliança do processo de envelhecimento, com a adoção de estilos de vida não saudáveis, a crescente urbanização e globalização (STOPA, 2014).

O sexo feminino prevaleceu e, segundo a SBD (2018), esse fato pode ser determinado por diversos fatores, como cuidados durante a preconcepção, diabetes gestacional e até mesmo o período da menopausa. Em outras pesquisas, esses mesmos dados foram observados, comprovando a relação desse fator de risco com o DM. Conforme Brasil (2016), em um conjunto de 27 cidades a periodicidade do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 8,9%, sendo menor entre homens (7,8%) que entre mulheres (9,9%). De acordo com Brasil (2015), esse fato ocorre também em nível nacional, pois as mulheres apresentam significativamente maior proporção de diagnóstico da doença do que os homens. Constata-se que o sexo feminino é mais prevalente quanto ao número de óbitos de pessoas acometidas pelo DM, ou seja, constitui um marcador de risco para a mortalidade.

Segundo Belfort e Oliveira (2001), os dados de mortalidade fornecem informações relevantes das consequências de uma morbidade na população. Sendo assim, é notório enfatizar que, nesse mesmo estudo supracitado, no conjunto dos óbitos nos três anos de pesquisa entre os diabéticos, as mulheres obtiveram percentual de mortalidade superior ao dos homens. Já entre as demais causas de óbitos nos três anos, a prevalência foi do sexo masculino, conseqüentemente indicando menor sobrevida das mulheres entre os diabéticos e dos homens entre as outras causas de falecimento.

A morbidade por local de internação e residência em relação à cor/raça nos anos do estudo se deu prevalentemente em pessoas que se declaram pardas. Vale ressaltar que a população negra é definida pela Lei 12.288/2010 do Estatuto da Igualdade Racial como “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE” (BRASIL, 2010, p.1).

Brasil (2017) ressalta que o diabetes, especificamente o do tipo II, o qual se desenvolve por consequência de má qualidade de vida, é uma doença que atinge com mais frequência os homens e as mulheres negras no país, tornando-se uma das mais comuns nessa população racial. Pode-se explicar o maior acometimento de pessoas de cor/raça parda pela interação de fatores genéticos, ambientais e culturais (BRITO; LOPES; ARAÚJO, 2001).

O estudo apresenta a prevalência maior do DM em indivíduos do sexo feminino, acima de 60 anos e de raça/cor negra. Além disso, percebe-se que não há notificações em todos os municípios por se tratar de informações notificadas por local de internação, então, algumas cidades são referenciadas para polos hospitalares contido na IX GERES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Com os resultados da pesquisa, percebeu-se que o diagnóstico de DM pode estar associado a fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos e populacionais, que, correlacionados ou não, predis põem o indivíduo a desenvolver o distúrbio metabólico.

No que se refere ao baixo índice de morbidade em alguns municípios que compõem a IX GERES, é um fator positivo que pode estar relacionado a uma efetiva promoção de saúde associada ao desenvolvimento de programas de pre-

venção ao Diabetes Mellitus pelas Secretarias Municipais de Saúde mediante as Unidades Básicas de Saúde.

Conclui-se que esse distúrbio metabólico é, portanto, um risco para o aumento dos índices de mortalidade em decorrência das complicações da doença.

REFERÊNCIAS

BECTON; DICKINSON (BD). **Type 2**. Disponível em: <<http://www.bd.com/pt-br/our-products/diabetes-care/diabetes-learning-center/diabetes-education/types-of-diabetes/diabetes-tipo-2>>. Acesso em: 20 set. 2018.

BELFORT, R.; OLIVEIRA, J. E. P. Mortalidade por diabetes mellitus e outras causas no município do Rio de Janeiro: diferenças por sexo e idade. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.** São Paulo , v. 45, n. 5, p. 460-466, Oct. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

BRASIL. Estatuto da Igualdade Racial: Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm. Acesso em: 28 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência**: Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/nrdescr.htm>. Acesso em: 31 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação**: Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>. Acesso em: 31 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília (DF); 2017. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** - VIGITEL Brasil 2016. Disponível

em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde. **Análise situacional da IX Região de Saúde Pernambuco**. Ouricuri, 2013. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_analitico_de_saude_2013_ix_geres.pdf. Acesso em: 03 jul. 2018.

BRITO, I. C.; LOPES, A. A.; ARAÚJO, L. M. B. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.**, São Paulo , v. 45, n. 5, p. 475-480, Oct. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2018.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 16-29, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes Atlas**. Disponível em: <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>. Acesso em: 29 jul. 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Tipos de diabetes**. Disponível em: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/types-of-diabetes.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MEDEIROS, L. S. S.; MORAIS, A. M. B.; ROLIM, L. A. D. M. M. Importância do controle glicêmico como forma de prevenir complicações crônicas do diabetes mellitus. **Rev. Brasileira de Análises Clínicas**. v.48. n.3, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Fatores de Risco**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/fatores-de-risco>. Acesso em: 20 set. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Mulheres e Diabetes**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/mulheres-e-diabetes>. Acesso em: 27 out. 2018.

STOPA, S. R. *et al.* Self-reported diabetes in older people: comparison of prevalences and control measures. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 554-662, Aug. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400554&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2018.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: FORTALECIMENTO DO CONHECIMENTO PARA AÇÕES DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

Keitiane Amorim de Souza Sampaio

Adriana Alves da Silva

José Adelmo da Silva Filho

INTRODUÇÃO

As arboviroses têm se constituído em grande problema para a saúde pública em virtude dos seus índices alarmantes. As alterações do ambiente por ações antrópicas, crescimento populacional desordenado, mudanças climáticas, diversidade de agentes infecciosos envolvidos, pluralidade de manifestações clínicas e dificuldade na implementação e manutenção de medidas educativas e sanitárias têm facilitado sua disseminação (LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014; CAMARA, 2016).

As arboviroses são doenças causadas pelos arbovírus, que incluem o vírus da dengue, chikungunya e zika, transmitidas pelo mesmo vetor, o mosquito *Aedes Aegypti*. No Brasil, a transmissão da dengue vem acontecendo de forma continuada desde o ano de 1986, mas recentemente presenciou-se a entrada de novas arboviroses, que foram a chikungunya e o vírus da zika, respectivamente em 2010 e 2014 (EVANGELISTA; FLISCH; PIMENTA, 2017).

As ações de controle e prevenção das arboviroses precisam acontecer de forma articulada, intersetorial e interdisciplinar, considerando o contexto em que cada comunidade está inserida. O combate ao mosquito demanda uma série de ações, como a necessidade de detecção precoce de casos, identificação de situações propícias ao criadouro do mosquito, organização dos serviços de saúde com conduta e manejo adequados para cada situação e qualificação/educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (SANTOS, 2018).

Para controle de doenças provocadas por vetores como chagas, leishmaniose, malária e arboviroses – como dengue, o vírus da zika e chikungunya –, os municípios contam com os Agentes de Combate às Endemias (ACE), com suas atividades regulamentadas pela lei nº 11.350 de outubro de 2006. Com o objetivo de fortalecer nos municípios as ações de vigilância em saúde junto às

equipes de Saúde da Família, em 2010, por meio da Portaria GM nº 1.007/2010, o Ministério da Saúde definiu os critérios de regulamentação da incorporação do ACE na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

Dentre as suas inúmeras ações, os ACE realizam visitas periódicas às residências, estabelecimentos comerciais e terrenos baldios para vistoria de depósitos, inspeção cuidadosa de caixas d'água, calhas e telhados na busca de focos endêmicos. Nesses locais fazem aplicação de larvicidas e inseticidas e orientam famílias e população em geral quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas.

Em todo esse processo de controle e prevenção, os ACE são pessoas-chave, sendo os responsáveis por promover o controle mecânico e químico do vetor, que, por meio das visitas domiciliares, realizam ações centradas em detectar, destruir ou destinar adequadamente reservatórios naturais ou artificiais de água que possam vir a servir de depósito para os ovos do mosquito (ZARA *et al.*, 2016).

De acordo com Evangelista, Flisch e Pimenta (2017), esses profissionais são considerados indispensáveis na prevenção dessas doenças, uma vez que estão em contato direto com a comunidade e desenvolvem ações de inspeção e orientação de prevenção e controle de doenças.

No atual contexto de novos vírus circulando no Brasil, tem-se como questionamentos: Como esses profissionais estão sendo preparados/formados em relação à prevenção e controle destas novas doenças? Como tais temáticas estão sendo incorporadas na formação profissional dos ACE?

Sendo assim, o investimento em qualificação dos ACE se faz importante e imprescindível. Com efeito, para a eficácia dessas estratégias de combate ao vetor e, conseqüentemente, evitar e reduzir a transmissão e incidência das arboviroses e seu impacto na saúde da população, a formação do ACE deve ser permanente.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta de formação voltada para a mudança das práticas de saúde baseada nas necessidades do cotidiano do serviço. Busca contribuir para ampliar a capacidade de reflexão e avaliação dos profissionais, a melhora da autoestima e criatividade e a corresponsabilização frente à saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, visando aperfeiçoar o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos relacionados ao desempenho da prática de trabalho do ACE no

que se refere às arboviroses, como também ao desenvolvimento pessoal, contribuindo para o entendimento das dificuldades e resistências encontradas no processo de trabalho, em particular nas atividades educativas desenvolvidas, que ações de educação permanente vêm sendo desenvolvidas na 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará.

A qualificação dos profissionais tem tido apoio de gestores e instituições em geral, que têm disparado nos últimos anos o processo de educação permanente. Um exemplo se reporta ao curso de qualificação para os ACE do município de Quixelô = Ceará, realizada pelos Técnicos de Endemias do Ministério da Saúde lotados na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). Tal curso, que teve como foco as técnicas de trabalho dos ACE com as arboviroses, instigou a reflexão, originando o presente artigo, que objetiva relatar, de forma crítico-reflexiva, a vivência dos ACE no curso de capacitação, bem como averiguar como os seus conteúdos chegaram a esses profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, realizado a partir da vivência enquanto residente da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), ênfase em Saúde Coletiva em uma atividade de EPS para ACE no controle e combate as arboviroses.

A Residência Integrada em Saúde (RIS), coordenada pela ESP-CE, constitui modalidade de ensino de pós-graduação Lato Sensu (Especialização em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde), caracterizando-se como educação para o trabalho por intermédio da aprendizagem em serviço, que busca a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde, por meio da qualificação de profissionais, de forma a contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RIS tem como cenário de prática as 22 Regionais de Saúde do Estado nas CRES, órgão de representação da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, e visa formar sanitaristas para atuar frente às necessidades de saúde da população nos diversos momentos do processo saúde-doença, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A 18ª CRES compõe-se de 10 municípios (Acopiara, Cariús, Catarina, Deputado Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro)

localizados no Alto Jaguaribe, região Centro Sul do Estado do Ceará, e se constitui em um desses cenários de prática da RIS. Nesse espaço, os residentes realizam um percurso de estudo e trabalho nas diversas áreas técnicas.

No espaço de percurso dos residentes no setor de controle de endemias da 18ª CRES, os residentes participaram dos processos de trabalho compreendendo que esse setor busca fazer o acompanhamento e o monitoramento dos municípios pelo estabelecimento de parceria para controle dos agentes causais, educação e informação à população, minimizando, assim, a exposição ao risco e melhoria das condições sanitárias para evitar a ocorrência de vários agravos.

Dentre as ações desenvolvidas pelo setor de controle de endemias da CRES, destacou-se o trabalho de qualificação das equipes municipais de endemias com treinamentos dos agentes, sendo o curso realizado para os ACE do Município de Quixelô - Ceará a vivência que gerou o presente estudo.

Quixelô é uma pequena cidade do semiárido nordestino emancipada politicamente em 1986. Tem 559,76 km² de área territorial e uma população estimada no ano de 2019 de 16.178 habitantes. Sua principal renda concentra-se na agropecuária. Distante 344 km da capital, Fortaleza, possui um fluxo diário de transporte de passageiros, tanto para Fortaleza como para Iguatu, sendo para esta última cidade transporte em intervalos de uma hora, situação que exige a manutenção e intensificação das medidas de vigilância, prevenção e controle das arboviroses (IBGE, 2018). O setor saúde conta com 07 equipes da Estratégia Saúde da Família, 07 Equipes de Saúde Bucal, 01 NASF Tipo I, 01 CAPS Tipo I e 01 hospital municipal. Nessas equipes encontramos ainda 37 Agentes Comunitários de Saúde e 10 Agentes de Endemias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relativo à situação das arboviroses, o município de Quixelô destaca-se pela redução das notificações, como pode ser observado no Quadro 1. Em 2016 e 2017, o aumento das notificações de dengue podem ter reflexo da introdução do vírus da chikungunya, devido principalmente à clínica semelhante entre esses agravos. Quanto ao vírus da zika, não houve casos notificados no referido município.

Quadro 1 – Aspectos epidemiológicos e entomológicos das arboviroses, Quixelô/CE, 2018

ANO/ARBOVIROSE	2013	2014	2015	2016	2017
DENGUE					
Casos Notificados	143	29	14	16	36
Casos Confirmados	114	14	06	03	02
Óbitos Confirmados	00	00	00	00	00
CHIKUNGUNYA					
Casos Notificados	00	00	00	01	37
Casos Confirmados	00	00	00	00	29
Óbitos Confirmados	00	00	00	00	00
ZIKA					
Casos Notificados	00	00	00	00	00
Casos Notificados em gestantes	00	00	00	00	00
Casos confirmados em gestantes	00	00	00	00	00
CONTROLE VETORIAL					
Visitas realizadas	17.438	14.840	18.545	18.703	19.463
Índice de Infestação Predial	0,30	0,78	0,26	0,26	0,88

Fonte: Sinan on-line, Sinan net, 18ª CRES. 2018.

Constata-se que a situação das arboviroses no município de Quixelô demonstra bons índices e, quando comparados com os demais municípios do Ceará, o processo de vigilância, desde a notificação, investigação e análise do perfil epidemiológico, além do manejo clínico adequado do paciente e ações de controle vetorial, são tratados com cuidado e zelo pelos profissionais de saúde e gestores dos municípios, situação que demonstra que o processo de educação em saúde de forma permanente tem surtido efeitos positivos, sendo a qualificação aqui apresentada mais um destes momentos de educação, em articulação da 18ª CRES com a Secretaria de Saúde do Município.

A qualificação foi direcionada a nove dos dez ACE do município de Quixelô – um dos servidores estava de licença – e versou sobre as técnicas de trabalho dos agentes, sendo realizada nos dias 10 e 11 de abril de 2018, totalizando uma carga horária de 16 horas.

A qualificação é parte das ações de EPS realizadas pelo setor de Controle de Endemias da 18ª CRES. A EPS é uma forma de educação adotada pela CRES, pelo fato de proporcionar uma visão de totalidade da realidade social, preocupando-se não só com os conhecimentos específicos para a prática profissional, mas também com os condicionantes históricos e sociais do mundo do trabalho

para a formação de uma consciência de superação dos meros treinamento e instrumentalização para o trabalho, contribuindo para que os profissionais possam refletir sobre o trabalho que realizam, onde e em que condições realizam, ampliando a capacidade de acolhimento e cuidado da saúde das pessoas, dos coletivos e populações, de maneira a garantir a integralidade da atenção (CECCIM; FERLA, 2008).

A educação em saúde é uma prática social que busca promover uma reflexão crítica a partir da realidade, estimulando ações que permitam a busca de soluções para o enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2007; MACIEL, 2009).

Sob essas referências de educação em saúde, no primeiro de dia de curso, a programação da manhã contou com momentos de apresentação de participantes e facilitadores, dinâmicas de integração e reflexão do trabalho realizado no cotidiano, todas essas atividades desenvolvidas por meio de metodologias ativas. Para essa reflexão, foi solicitado a dois dos participantes que discorressem sobre a rotina de trabalho no cotidiano. Após a explanação dos ACE, o facilitador enumerou os passos seguidos na rotina de trabalho e questionou do grupo o fundamento de cada ação, levantando também as dúvidas que podiam existir. Em seguida, foram identificados os pontos que mereciam reforços dos cuidados e dos aspectos preventivos. A atividade foi finalizada com a entrega de questionário para que os ACE respondessem como forma de fixação do conhecimento.

No período da tarde, as respostas ao questionário foram socializadas e as dúvidas que persistiram foram dirimidas. Das 16 questões, os ACE acertaram entre 8 e 11 respostas, demonstrando um total de acerto de mais de 50% das questões propostas. O questionário, assim como o relato da rotina no período da manhã, envolveu perguntas sobre medidas de controle, fases biológicas e estágios do mosquito, assim como medição do volume dos depósitos de água.

Foi possível constatar com as respostas do questionário e a discussão realizada que os ACE que possuem conhecimento sobre sua prática de trabalho desempenham corretamente suas tarefas cotidianas. Ainda, mediante as falas, pode-se identificar que esses ACE realizam atividades voltadas à inspeção de imóveis e orientações à população visando a prevenção de zoonoses. Todavia, mesmo realizando de forma correta as suas ações, esses profissionais discutiram

e aceitaram bem as informações passadas, assimilando-as e contribuindo para que os demais assumissem seus eventuais equívocos.

A EPS é uma ferramenta presente em ações de Secretarias de Saúde e instituições formadoras de todo o Brasil. Em Belo Horizonte - MG, por exemplo, agentes de endemias, ao refletirem sobre suas atividades enquanto ACE, em sua maioria relataram a realização de atividades de fiscalização de imóveis e ações educativas com a população, visando à prevenção de zoonoses (FRAGÃO; MONTEIRO, 2014). Em outro estudo, também realizado em Minas Gerais, contrariamente os autores constataram que os ACE receberam pouca capacitação para desenvolverem suas atividades, não sendo o trabalho pautado na reflexão e problematização da realidade que produz atividades significativas por meio da articulação entre os aspectos teóricos e técnicos da formação e análise da realidade e necessidades da população (OLIVEIRA; CASTRO; FIGUEIREDO, 2016).

Ainda no período da tarde foi realizada uma palestra sobre “Educação em saúde”, sendo explanado sobre saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, numa proposta de corresponsabilização entre população, serviço e ACE, tendo em vista que a participação da população é de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, da sua própria saúde e do meio em que vivem, cabendo ao ACE a mobilização dessa comunidade.

No segundo dia de curso, as atividades começaram com uma exposição dialogada sobre abordagem, sequência lógica e reconhecimento geográfico do território, que objetivou despertar nos ACE a compreensão dos contextos sociais em que trabalham. A abordagem da exposição dialogada teve como justificativa ser uma técnica que conta com a participação ativa dos atores envolvidos, levando em conta seu conhecimento prévio, mas de forma a questionarem, interpretar e discutirem as dinâmicas do território onde trabalham (ANASTASIOU; ALVES, 2015).

O reconhecimento geográfico é uma importante ferramenta de conhecimento do território, e por meio dele, o ACE pode identificar a localidade, registrando informações sobre o número de quarteirões e imóveis e ainda apreender a dinâmica das relações sociais das pessoas que lá habitam, de modo a ressaltar e incentivar o comportamento preventivo para as doenças transmitidas por vetores. Para sua realização é necessário que o ACE saiba se localizar no mapa do município, identificando e numerando os quarteirões para registro dos eventos em boletins (PALMAS, 2007).

No período da tarde do segundo dia, o momento foi dedicado ao fortalecimento dos conhecimentos sobre o cálculo da área e volume dos depósitos e transformações de escalas métricas. Dando continuidade, foi discutido sobre as ações de campo, com especificidade, a visita domiciliar. Nesta atividade foi privilegiada a discussão do papel do profissional, que deve ter um comportamento respeitoso, ético e de receptividade para com os moradores, devendo buscar conhecer o que de fato é importante para obtenção dos elementos necessários à análise da situação. Foi enfatizada, ainda, a necessidade de definição dos objetivos da visita de forma prévia conjugando observação, entrevista e orientações.

Relativo à observação, foi lembrada a necessidade de atenção para compreender o que está à volta, mas que não é falado. Sobre a entrevista, ressaltou-se a prévia seleção de perguntas que podem ser feitas de modo a conhecer a situação social que indicou a necessidade da visita domiciliar. Por fim, nas orientações, discutiu-se a necessidade do repasse das informações para promoção da saúde e prevenção dos riscos e agravos, permeadas do respeito pelos conhecimentos e decisões dos moradores.

Os temas discutidos em todo o segundo dia foram bem aceitos, argumentados, discutidos e considerados pelos ACE, em avaliação, como os mais importantes para o trabalho. Tanto os cálculos como as visitas domiciliares foram refletidos e indicados como os mais insipientes, os cálculos pelo grau de dificuldade com aritmética, já as visitas em virtude de serem corriqueiras e realizadas em quantidade, e, muitas vezes, por não terem um planejamento do que orientar e observar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Como expresso na introdução, objetivamos com este ensaio refletir, de forma crítica, a realização de um curso de qualificação para os ACE, buscando compreender como os conteúdos do curso chegam a esses profissionais.

A realização do curso se constituiu como mais uma atividade da EPS, modalidade de educação adotada pelo setor de Controle de Endemias da 18ª CRES para capacitação dos ACE da região.

A EPS contribuiu para que a realização do curso pudesse fortalecer os corretos conceitos – redirecionando os equivocados – dos ACE no cotidiano do trabalho, por meio da reflexão da maneira de agir, tanto no trabalho individual como em equipe, para a qualidade da atenção. A EPS, mediante as metodolo-

gias ativas, propiciou o questionamento dos problemas encontrados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências já existentes, ressignificando e dando sentido ao trabalho.

Da vivência, foi possível perceber que os ACE são receptivos aos conteúdos disponibilizados no curso e aceitam de bom grado as reflexões dos facilitadores, muito embora esses conteúdos já sejam do conhecimento e façam parte do seu processo de trabalho. No momento do curso, os temas foram bem discutidos e contaram com a argumentação e defesa de ideias dos participantes sem preocupação de hierarquia quanto ao conteúdo, ou de quem os apresentava. As maiores dificuldades se referiram aos cálculos aritméticos e a sistematização das visitas, mesmo os ACE conhecendo todos os elementos importantes para tal, como observação, questionamentos a serem feitos aos moradores e orientações.

Foi possível ainda perceber que os ACE conhecem os fundamentos que embasam suas rotinas cotidianas e, em diversos momentos do curso, demonstraram a necessidade de fortalecimento desse embasamento. Primeiro, para que não sejam automatizados e naturalizados na realização das rotinas de trabalho; segundo, para motivação, estímulo e alerta para a necessidade de utilização desses conhecimentos para promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos junto à população no dia a dia.

Com certeza muito há ainda que ser feito para melhoria da saúde da população e fortalecimento do SUS, contudo, passos têm sido dados nessa direção, haja vista que, por meio da educação permanente em saúde, como na capacitação observada, os ACE passaram a ter uma ação diferenciada, qualificada e otimizada em relação às medidas dos programas já estabelecidos da vigilância em saúde, principalmente, no cenário de epidemias de dengue, zika e chikungunya.

Por fim, cabe ratificar que a EPS, por oportunizar uma aprendizagem significativa, ou seja, por problematizar a realidade, desafiando a reflexão e busca de conhecimentos dos servidores para construção de novas práticas com vista à qualidade do cuidado, é ferramenta fundamental para garantia da integralidade, equidade e universalidade, em síntese, para fortalecimento do SUS, devendo sua aplicabilidade ser estendida e realizada em todos os pontos de atenção deste sistema.

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade: Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.** Joinville, SC: Univille, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde.** Agenda 2014. 1 ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base.** 2ª ed. Brasília: Funasa, 2007.

BRASIL. Portaria nº 1.007/GM, de 4 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 2010.

CAMARA, T. M. L. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 36, 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso.

EVANGELISTA, J. G.; FLISCH, T. M. P.; PIMENTA, D. N. A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/1219/pdf1219>.

FRAGÃO, L. S.; MONTEIRO, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 993-1006, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Cidades. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixelo/panorama>. Acesso: 25 Mai 2018.

LOPES, N.; NOZAWA, C.; LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**. v. 5, n. 3, p. 55-64, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v5n3/v5n3a07.pdf>.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16399/10878>.

OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de combate às endemias e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 29, n. 3, p. 380-389, 2016.

PALMAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Coordenadoria de Doenças Vetoriais e Zoonoses. Gerência de RG e Geoprocessamento. Manual de reconhecimento geográfico. Palmas, TO; 2007.

SANTOS, L. B. **Contribuição às estratégias de prevenção e controle da dengue, chikungunya e zika no município de Cruz das Almas-Ba**. Dissertação. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social. Bahia, 2018.

ZARA, A. L. S. A. *et al.* Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 391-404, abr-jun 2016.

CAPÍTULO 7

ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA FORTALECER AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Paula Agostinho Alencar

Joice Fabricio de Souza

Vanderlânia Macêdo Coelho Marques

INTRODUÇÃO

A Gestão nos serviços de saúde está intrínseco à organização dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a qual exige planejamento e atenção. Falhas de comunicação ou pontos negligenciados nos fluxos de atendimento, por exemplo, podem gerar grandes problemas financeiros e prejudicar a qualidade na assistência.

As RAS foram propostas pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920, contudo, são consideradas propostas recentes, já que foram inicialmente conhecidas na implementação de sistemas integrados de saúde, na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos. No Brasil, a implementação das RAS é bastante atual, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARRUDA *et al.*, 2015).

As relações horizontais entre pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro da comunicação, torna característica da RAS, em busca dos objetivos constituídos, obter integralidade do sistema de ações e serviços de saúde, garantindo uma assistência contínua, humanizada e de qualidade (BRASIL, 2014). A partir desse pensamento é imprescindível o envolvimento de todos os atores dentro da rede regionalizada de saúde, sendo a referência e a contrarreferência ferramentas essenciais para isso.

A Saúde do Estado do Ceará é organizada em cinco Regiões de Saúde: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe. A Regionalização é a descentralização dos serviços de saúde, ações e processos de pactuação entre municípios e Estado, definida pela Constituição Federal por meio do

Decreto 7.508/11 e Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011). A Regionalização garante à população um atendimento de qualidade mais próximo de casa.

O Estado do Ceará tem se preocupado muito com a garantia de acesso aos serviços de saúde. Por esse motivo, vem intensificando medidas político-administrativas no intuito de construir indicadores reais e tornar o serviço público de saúde eficiente e focado na gestão por resultados. Para isso, várias ferramentas precisam ser implementadas dentro das RAS com intuito de fortalecer a gestão em todas as regiões de saúde, a exemplo da contrarreferência.

Essa ferramenta pode ser intensificada dentro dos serviços de saúde, pelos quais o consórcio público é responsável. Conceituam-se Consórcios Públicos de Saúde em tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum. Ele pode facilitar o planejamento local e regional em saúde, viabilizar o investimento financeiro integrado e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2014).

A formação de Consórcios é uma das alternativas de cooperação federativa de apoio e fortalecimento da gestão, para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos (CEARÁ, 2010).

Os Consórcios Públicos são responsáveis pela gestão de equipamentos de média complexidades/atenção especializada e configuram-se em estratégia para assegurar à população esses serviços. A Política de consórcio traz para os municípios a possibilidade de aquisição de serviços de saúde sob a forma de associação de entes federados, no nosso caso, Estado e municípios, de forma que juntos possam ofertar à população assistência especializada por meio das Policlínicas e Centro de Especialidades Odontológico.

Usuários das Policlínicas são referenciados pela APS em demandas específicas, no entanto, a demanda permanece maior que a oferta, o que se justifica encaminhamentos clínicos sem estratificação de risco, sem hipótese diagnóstica, exames solicitados por pressão de pacientes (a pedidos ou a esclarecer) afirmando a necessidade de protocolos.

Uma maneira elencada para adequada utilização dos serviços de saúde e direcionamento de vagas aos usuários, com garantia do acompanhamento no

processo terapêutico por linhas de cuidado, é a utilização fidedigna da referência e contrarreferência qualificada.

O Sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo, em que os serviços estão organizados e configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação e de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários, de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS (PROTASIO *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde entende o sistema de referência e contra referência como um dos pontos para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde, garantindo a integralidade da atenção, ponto de partida para a integração entre as redes de saúde, o que constitui o principal desafio. O sistema é um mecanismo de encaminhamento entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Percebe-se que essas estratégias são formas de garantia da saúde à população, pois de acordo com a Constituição Federal CF 88, Art. 196, todos os indivíduos têm direito à saúde, e o Estado em ofertá-la, garantindo a todos os cidadãos por meio de políticas públicas, sociais e econômicas, objetivando redução de risco, promoção da saúde e acesso universal (BRASIL, 1988).

Diante das descrições supracitadas, juntamente com a complexidade e demanda dos serviços de saúde, é identificada a fragilidade dos mecanismos de contrarreferência dos pacientes que saem da atenção especializada “Policlínica”, interferindo na utilização racional dos serviços de saúde de acordo com as diretrizes do SUS e linhas prioritárias de cuidado definidas pelo Estado. Tal situação pode ser interpretada tendo como hipóteses a não adesão dos profissionais de saúde, lacunas no sistema de comunicação dos sistemas de informação, serviços pouco organizados com utilização de protocolos clínicos, necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais para preenchimento, avaliação e continuidade do instrumento de contrarreferência e rotatividade dos profissionais.

Dentro da lógica de regionalização, é perceptível a fragilidade na integração entre a APS e cuidados especializados no âmbito do SUS, funcionando como estruturas separadas, muitas vezes incomunicáveis, e destes dois níveis com a atenção terciária à saúde (BRASIL, 2014).

Nesse aspecto, aponta-se a essência do uso da contrarreferência nos serviços de saúde como estratégia de gestão para fortalecimento das redes de atenção à saúde, com possibilidade de ofertar assistência de qualidade.

Diante do exposto e de relatos dos pacientes atendidos na Policlínica, sobre não retornarem a Estratégia Saúde da Família após assistência especializada, reafirmam a fragilidade na contrarreferência e a relevância do estudo. Perante esse cenário surge o interesse em desenvolver o trabalho com objetivo de construir e implementar a ficha de contrarreferência na Policlínica em estudo. O trabalho pode contribuir com a melhoria na assistência do SUS ofertada à população.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção. As metodologias adotadas foram reuniões com grupo gestor e atividades de educação permanente (oficinas, exposição dialogada) com a equipe, primeiramente para realizar um pré-diagnóstico, os demais momentos para construção do protocolo de contrarreferência e implementação deste.

A partir dessa análise, problemáticas foram levantadas, juntamente com o valor de governabilidade, custo e atores sociais envolvidos, incluindo a gestão. A considerar sobre o problema, foi traçada uma prioridade em busca de resolutividade em médio prazo, que será o de desenvolver e implementar a ficha de contrarreferência na Policlínica.

Dessa forma, foram elencadas as principais causas do problema como justificativa dos profissionais, tempo curto, a não importância dos profissionais dos municípios consorciados ao serviço em relação à referência e contrarreferência, falta de um formulário específico, tendo como principal nó crítico a baixa adesão dos profissionais ao uso contínuo da contrarreferência, considerando esse o ponto principal para atuação na resolutividade do problema.

A assiduidade no uso da contrarreferência pelo serviço especializado irá contribuir diretamente para o fortalecimento dos equipamentos de saúde e ênfase na responsabilidade da atenção primária à saúde em exercer a prática da referência e contrarreferência, também de um modo contínuo, e o elencando como parte essencial do cuidado ao paciente dentro da rede.

Quadro 1 – Síntese da árvore problema

CONSEQUÊNCIA	1-Plano de assistência fragilizado. 2-Cuidado sem continuidade. 3-Fragilidade na integralidade do cuidado ao paciente.
PROBLEMA	Fragilidade da contrarreferência.
NÓ CRÍTICO	Nó crítico priorizado: Baixa adesão dos profissionais no uso contínuo da contrarreferência. Ponto considerado ponto principal para a resolutividade do problema.

Fonte: Autoria própria, 2019.

Para a prática de intervenção contamos com a participação de 39 profissionais do serviço. O projeto de intervenção foi realizado numa Policlínica, equipamento de serviço especializado que atende sua demanda exclusivamente por meio de referência, localizada na cidade de Campos Sales, Ceará.

Campos Sales é um município do Estado do Ceará que está localizado na microrregião da chapada do Araripe, mesorregião do Sul Cearense, com população estimada de 27.426 habitantes, conforme IBGE de 2019.

A cidade fica situada na abrangência de uma Macrorregião de Saúde, composta por cinco microrregiões – Icó, Iguatu, Crato, Juazeiro do Norte e Brejo Santo –, fazendo parte da microrregião de Crato, a 20ª microrregional de saúde, a qual é composta por treze municípios: Altaneira, Antonina do Norte, Assaré, Araripe, Campo Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre (CEARÁ, 2017).

Em busca de melhor compreender os pontos de cuidado da RAS e a estrutura organizacional do município de Campos Sales, fez-se necessária a apresentação dos equipamentos de saúde existentes no município: um Hospital de Pequeno Porte com as principais clínicas, inclusive obstetrícia; um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); um Serviço de Atendimento Móvel (SAMU); sete equipes da Estratégias de Saúde da Família (ESF); e uma Policlínica. Todos esses serviços são ofertados exclusivamente pelo SUS.

Atualmente pertencem a esse consórcio com contratos de rateio assinado sete municípios, dentre eles: Campos Sales, Crato, Potengi, Araripe, Salitre, Santana do Cariri e Altaneira.

Os serviços ofertados pela Policlínica em estudo são para referência dos municípios consorciados listados anteriormente, os quais devem essencialmente enviar todos os pacientes encaminhados com ficha de referência para garantir o atendimento. Os serviços prestados estão nas especialidades de Of-

talmologista, Ginecologista, Dermatologista, Otorrinolaringologista, Clínico Médico, Ortopedista, Mastologista, Gastrologia, procedimentos de exame de endoscopia, Ultrassonografia, pequena cirurgia (com acompanhamento do vascular), Fisioterapeuta, Fonoaudiologia, Psicologia, Enfermeiro (com atendimento no serviço de pé diabético), exames de raio X e mamografia. Oferta, ainda, o serviço no Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) para crianças especiais, e dentre essas atividades conta ainda com farmacêutica (orientações medicamentosas), ouvidoria e responsável pela qualidade.

O objetivo da proposta de intervenção, baseado no principal nó crítico, é garantir a adesão de todos os profissionais da unidade na ficha de contrarreferência construída e implantada.

A intervenção concretizou-se a partir de um planejamento inicial, considerando o problema elencado, suas causas e principalmente o nó crítico, em que se almeja uma resolutividade.

Posteriormente, foi realizado um encontro com atores sociais envolvidos e gestão para apresentação da proposta e aquisição de maior governabilidade possível, bem como recursos materiais e humanos para o desenvolvimento da intervenção e aplicabilidade desta.

O primeiro momento iniciou-se com a organização na instituição para a elaboração da ficha de contrarreferência, sendo desenvolvida pelas enfermeiras da unidade e, posteriormente, apreciada pela equipe da instituição e pela gestão para possíveis modificações e finalização.

Elaborada a ficha, encaminhou-se uma cópia para cada secretaria de saúde dos municípios consorciados para conhecimento e breve explicação de sua utilização e importância. Como terceira etapa, realizou-se a impressão das fichas em quantidade suficiente para a utilização no serviço da Policlínica.

No segundo momento, organizou-se uma atividade de educação permanente na instituição para apresentação, explicação e implementação da ficha com os profissionais, e, em seguida, a ficha foi distribuída em todos os consultórios da instituição.

Todas essas etapas de implementação podem ser visualizadas no Quadro 2, as quais supriram as necessidades levantadas anteriormente, concretizando o uso da contrarreferência de forma assídua pelos profissionais, garantindo a continuidade do cuidado na ponta da Rede de Atenção e desenvolvendo a percepção

da importância desse instrumento diante dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, garantindo, assim, uma assistência acolhedora e resolutive.

Quadro 2 – Proposta de intervenção

OBJETIVO	META/ PLANEJAMENTO	PERÍODO	INDICADOR	RESPONSÁVEIS/ PARTICIPANTES
Construir a ficha de contrarreferência na instituição com parceria entre gestão, qualidade e profissionais da assistência	Elaboração da ficha de contrarreferência na instituição. Aprovação da ficha de contrarreferência pela direção geral. Aprovação da ficha de contrarreferência na reunião da CIR.	Setembro 2018 Outubro 2018 Outubro 2018	Ficha de contrarreferência construída e impressa.	Gestão Enfermeiros Médicos (especialidades) Farmacêuticos Fonoaudiólogos Terapeuta ocupacional Psicólogo Fisioterapeuta Colegiado da CIR
Promover a articulação entre a Gestão da unidade, Coordenadores municipais de saúde e Coordenadoria Regional de Saúde	Implantação de equipe de apoio para acompanhamento do processo. Qualificação da equipe em apoio institucional.	Agosto 2018	Equipe de apoio implantada.	Diretora geral Gestor da qualidade Enfermagem Corpo clínico da unidade Coordenador ou representante da Regional de saúde
Educação em saúde para implementação da ficha de contrarreferência na instituição	Implantação da ficha de contrarreferência. Disponibilização de ficha de contrarreferência.	Novembro 2018 Novembro 2018	Ficha de contrarreferência implantada. 100% dos profissionais da unidade utilizando ficha de contrarreferência. 100% dos consultórios de atendimento com ficha de contrarreferência, impressas e disponíveis.	Gestão Enfermeiros Médicos (especialidades) Farmacêuticos Fonoaudiólogos Terapeuta ocupacional Psicólogo Fisioterapeuta Digitador Administrativo Ouvidoria
Quantificar mensalmente as fichas de contrarreferência dispensadas pelos profissionais da instituição	Liberação de fichas de contrarreferência.	Novembro 2018	100% dos usuários com ficha de contrarreferência.	Administrativo. Enfermeiros

Fortalecimento da rede de atenção. Municípios consorciados e a instituição	Acompanhamento com os municípios do recebimento da ficha de contrarreferência	A partir de novembro de 2018 Contínuo	100% dos municípios consorciados sendo acompanhados.	Qualidade Ouvidoria
Estimular os profissionais à adesão de práticas voltadas ao fortalecimento do instrumento implantado.	Ampliação da adesão e discussão do instrumento implantado na instituição.	Contínuo	100% dos profissionais da instituição envolvidos nos processos de educação permanente voltados ao fortalecimento da estratégia implantada.	Gestão Enfermeiros Médicos (especialidades) Farmacêuticos Fonoaudiólogos Terapeuta ocupacional Psicólogo Fisioterapeuta Colegiado da CIR

Fonte: Autoria própria, 2019.

O acompanhamento e monitorização das ações e intervenções são indispensáveis, e nesta perspectiva, as atividades estão sendo monitorizadas a partir do cronograma elaborado, realizada pelas enfermeiras envolvidas no processo.

Após a implementação completa da intervenção, permanece o processo de monitoramento de forma qualitativa, com atividades determinadas e observadas, dentre elas, o *feed back* trimestral dos municípios consorciados, por meio de um funcionário designado do setor de qualidade para entrar em contato com cada município. Dentro da instituição está sendo acompanhada a liberação, ou seja, o quantitativo da ficha de contrarreferência no almoxarifado; o acompanhamento com as declarações na ouvidoria da instituição; e atividades de educação permanente contínua no primeiro ano, trimestralmente, e a partir do segundo ano, semestralmente, para diálogo e fortalecimento da implementação do instrumento na instituição, bem como fragilidades e potencialidades. As atividades de Educação Permanente em Saúde foram desenvolvidas pelos enfermeiros do serviço, com participação de toda a equipe e gestão.

A construção e implementação da ficha de contrarreferência no serviço especializado é avaliada de modo contínuo no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, funcionando por meio do projeto de educação permanente implantado na instituição. Esses aspectos contribuem para a efetivação do plano de intervenção elaborado.

A avaliação no campo da gestão e educação em saúde se deu de maneira qualitativa e quantitativa, demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Monitoramento e avaliação

INDICADORES	FORMA DE ACOMPANHAMENTO	PERIODICIDADE	ATORES	ESPAÇO
Ficha de contrarreferência construída, impressa e a disposição de todos os profissionais.	Através da comprovação de estoque com o setor de compras e realização do <i>check list</i> diário realizado em todos os consultórios.	Avaliação de estoque das fichas semanalmente. E aplicabilidade do <i>check list</i> diário.	Responsável pelo setor de compras. Enfermeiro. Téc. de enfermagem	Consultórios dos profissionais.
Equipe de apoio implantada para acompanhamento do processo.	Através de reuniões.	Mensalmente	Diretora Geral Assessor da qualidade	Sala de reuniões
Ficha de contrarreferência implantada. 100% dos profissionais da unidade utilizando ficha de contrarreferência. 100% dos consultórios de atendimento com ficha de contrarreferência, impressas e disponíveis.	Quantificar nº de fichas utilizadas pelo profissional durante o atendimento. Realizar <i>check list</i> com intuito de reabastecimento das fichas nos consultórios.	Diariamente	Técnicas de enfermagem	Consultórios de atendimento. Após os atendimentos.
100% dos usuários com ficha de contrarreferência.	Quantificar nº de consultas diárias e nº de fichas dispensadas.	Diariamente	Técnicas de enfermagem que estão no respectivo atendimento. Enfermeiro.	Consultórios. Após cada atendimento.
100% dos municípios consorciados sendo acompanhados	Monitoramento através da regulação de marcação.	Diariamente	Representantes da regulação da instituição	Setor de regulação.
100% dos profissionais da instituição envolvidos nos processos de educação permanente voltados ao fortalecimento da estratégia implantada.	Através da presença nas atividades com respectiva assinatura do livro de atas das atividades realizadas.	Segundo cronograma estabelecido, de acordo com as demandas da instituição. Podendo ser solicitada pelos profissionais ou pelas comissões, a exemplo: Comissão de prontuários.	Direção Geral Ouvidoria Assessor da qualidade Enfermeiros.	Auditório, Sala de reunião ou ilha (local destinado a realização de reuniões de corpo clínico).

Fonte: Autoria própria, 2019.

Os instrumentos de monitoramento e avaliação foram construídos de acordo com as literaturas vigentes e atuais, sendo avaliados e validados pela comissão de educação permanente e pela comissão de prontuário e ética da unidade. Todos os boletins com resultados de monitoramento foram divulgados internamente com a fixação no quadro principal, abordagem, apresentação e reuniões com os profissionais envolvidos no processo, ademais de comunicado com uma síntese a ser entregue a todos os profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como principais resultados alcançados estão a construção do protocolo de contrarreferência e a implementação no serviço da Policlínica, atingindo 100% de adesão dos profissionais dessa instituição.

As atividades permanecem consecutivas dentro do processo de trabalho da instituição junto aos profissionais, e todas as etapas do plano de intervenção foram implementadas. Primeiramente, houve reunião com a gestão (Diretora Geral) e o responsável pela qualidade para apresentação do projeto de intervenção e proposta, na qual se obteve o total apoio para o desenvolvimento das atividades na instituição, concretizando a governabilidade para o desenvolvimento das ações.

Em seguida, a implantação de equipe de apoio para acompanhamento do processo, constituindo-se de duas enfermeiras, comissão de prontuários e ética e comissão de educação permanente. É importante a existência de um grupo integrado para o acompanhamento na permanência da contrarreferência na instituição de saúde (CARVALHO *et al.*, 2014). Outra atividade realizada no segundo momento foi o treinamento da equipe e apoio institucional, com a apresentação prévia do projeto na íntegra. A qualificação nos serviços de saúde é efetiva para o desenvolvimento de hábitos angulares, essencial para incentivar uma mudança disseminada dentro de uma instituição, trazendo como resultado um serviço de excelência. Treinamento e aperfeiçoamento estimulam colaboradores na busca de conhecimento e habilidades inovadoras (DUHIGG, 2012).

Num terceiro momento, realizou-se a construção da ficha de contrarreferência pela equipe, a aprovação para sua implementação e, conseqüentemente, a implementação da ficha junto aos profissionais. A realização de educação permanente é contínua a partir da elaboração de um cronograma de atividades e, dentre estas, a abordagem sucessiva do processo de contrarreferência e

protocolo implementado. A educação permanente mostra-se eficaz na difusão do aprimoramento de colaboradores dentro das instituições de saúde, firmando um processo continuado (LEMOS, 2016).

Durante todos os aperfeiçoamentos, 100% dos profissionais foram capacitados para a utilização do instrumento de contrarreferência. Ademais, a comunicação entre a Rede de Saúde (Atenção Primária, Serviço especializado e Regional) foi fortalecida, fato evidenciado pelo *feedback* dos colaboradores dos serviços e pacientes acompanhados na instituição.

A fragilidade na utilização da contrarreferência no serviço da Policlínica vem sendo superada, trazendo consigo o resultado de crescente e significativo número de usuários procurando a Estratégia Saúde da Família de seu município para o acompanhamento do seu tratamento pós-atendimento especializado, resultado colhido por meio de ligações do setor da qualidade para os municípios de referência.

Outro indicador em destaque é a utilização da contrarreferência, sendo estimulado seu uso pelos profissionais. Atualmente, 80% dos pacientes são atendidos com contrarreferência preenchido e direcionado ao seu município de origem.

O uso de protocolos permite ao serviço de saúde um melhor aparelhamento das atividades, elaboração de processos eficientes e propriedade no serviço ofertados sistematicamente (SALES *et al.*, 2018). Entende-se que o uso de protocolos deve ser estabelecido nas instituições para melhor oferta de serviço, organização das atividades e gerenciamento de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

A perspectiva de resultado conseguiu ser alcançando, baseado nos objetivos elencados, o que proporcionou o fortalecimento da estratégia implementada dentro da instituição e a contribuição efetiva com as Redes de Atenção à Saúde e ao Sistema Único de Saúde. No decorrer da implantação, buscou-se que a estratégia estivesse bem traçada e articulada, principalmente, com os atores sociais envolvidos para potencialidade do projeto. O planejamento não excluiu as dificuldades quanto a recursos materiais e custos, mesmo após o apoio da gestão, adesão de todos os profissionais e, principalmente, nas atividades de educação permanente, bem como na etapa de implementação e monitoramento do instrumento.

Para tanto, o foco a considerar, finalmente, estão entre os efeitos, em essência os positivos, pois o emprego da contrarreferência já é determinado pelo Sistema Único de Saúde. Sua utilização fortaleceu a RAS e garantiu uma assistência contínua e de qualidade aos usuários, perfazendo-se na essência do verdadeiro cuidado em saúde.

As perspectivas para permanência da utilização da contrarreferência são as melhores, visto o apoio elencado, o poder de governabilidade e a vontade em contribuir com o crescimento da instituição e fortalecimento do serviço.

Conclui-se que a contrarreferência é um protocolo essencial de manuseio dos profissionais de saúde dentro das Redes de Atenção, possibilita a reorganização da demanda nos serviços, proporciona comunicação entre os profissionais da rede e harmoniza qualidade da assistência, contribuindo com o SUS e funcionando como um forte aliado à gestão.

Uma boa prática aplicada em serviços públicos de saúde pode ser disseminada para sua replicação e ainda contribuir com o fortalecimento do SUS e das Redes de Atenção à Saúde, a partir de resultados com excelência.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. Redes de Atenção à Saúde sob a luz da teoria da complexidade. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, 19(1) Jan-Mar, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao-federal.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080 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: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso: 20 de junho de 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_NDS/Diversos/

DECRETO750811.pdf. Acesso: 10 de agosto de 2019.

CARVALHO, K. C. O.; MARIA, F. S.; SHIMIZU, H. E. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**. 17 (4). Rio de Janeiro, 2012.

CEARÁ. **Boletim epidemiológico de mortalidade materna, infantil e fetal**, 2017.

CEARÁ. **Consórcios Públicos em saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**, 2010.

DUHIGG, C. **O poder do hábito: por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios**. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e estatística. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/campos-sales/panorama>. Acesso: 05 de outubro de 2019.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**. 21 (3):913-922, Rio de Janeiro Mar. 2016.

PROTASIO, A. P. L. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, 38 (spe), 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/209-220/>. Acesso: 15 de agosto de 2019.

SALES C. B; BERNARDES, A.; GABRIEL C. S *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Rev Bras Enferm**. 71(1):126-34, 2018.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. 15 (supl.3). Rio de Janeiro, 2010.

CAPÍTULO 8

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS EM AMBIENTES ESCOLARES

Angélica de Fátima Borges Fernandes

Jéssica Lima de Oliveira

Geanne Maria Costa Torres

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), inserido na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino fundamental, médio, rede federal de educação profissional e tecnológica, educação de jovens e adultos (BRASIL, 2009).

O PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde como parte de uma formação ampla para a cidadania, promovendo a articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade ao tratar a saúde e educação de forma integral (CARVALHO, 2015). Norteia-se por temáticas que envolvem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de educação permanente para os profissionais. Alguns componentes envolvem avaliação das condições de saúde para determinação situacional e acompanhamento, sendo o planejamento algo importante.

Segundo Domingues (2016), o PSE é um mecanismo que disciplina os corpos dos(as) estudantes e governa a população, uma vez que as ações propostas têm como principal objetivo a alteração do estilo de vida, por meio da aquisição de bons hábitos para uma vida saudável, bem como mudanças nos comportamentos considerados de risco, para que seja possível atuar no enfrentamento dos riscos à saúde.

Partindo dessa premissa, o espaço escolar vem sendo reconhecido como cenário privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para a área. Nesse contexto, reforça-se a prevenção de agravos à saúde,

contribuindo para a formação integral dos educandos e para a construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e dos direitos humanos. Propicia, ainda, o fortalecimento no enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, que podem comprometer o pleno desenvolvimento escolar (FERRAZ; NEMES, 2009).

Assim, a escola é o espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente, quando essa questão se insere na constituição do conhecimento crítico do cidadão, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Nessa direção, no seu artigo 3º, o PSE aponta as equipes de saúde da família (eSF) para constituir, juntamente com a educação básica, estratégias para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação escolar (BRASIL, 2011). Além disso, a participação de outros profissionais e segmentos da sociedade tornam-se substanciais para a efetividade das ações, além de proporcionar uma projeção de inúmeros benefícios à saúde dos educandos.

Deve existir uma responsabilização múltipla para a identificação dos problemas, além da atuação conjunta de vários setores na construção de políticas públicas mais favoráveis à saúde, que promovam uma mudança de comportamento. Deve-se incluir políticas que estabeleçam redes de apoio, fortalecendo a organização e a participação das pessoas e da comunidade. Assim, o trabalho intersetorial demanda integração de estruturas, recursos e processos organizacionais com responsabilização múltipla dos setores (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Frente a isso, o PSE foi planejado com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Sendo uma das diretrizes a intersetorialidade, caracterizada pela articulação de políticas setoriais, torna-se fundamental a participação efetiva das eSF, integrando-se com a escola, dentro do mesmo território e sustentada pela ação conjunta com outros equipamentos sociais para o alcance das ações estratégicas propostas pelo programa (BRASIL, 2007; BRASIL *et al.*, 2017).

Sob tais aspectos, é necessário que os profissionais envolvidos nas ações da eSF e educação em saúde estejam capacitados para contribuir com a adoção de práticas preventivas e de promoção da saúde, utilizando planos terapêuticos individualizados ou coletivos com foco em sua clientela, buscando estimular

mudanças no estilo de vida e hábitos saudáveis (CÂNDIDO *et al.*, 2017). A capacitação permanente para os profissionais que atuam nas escolas torna-se imprescindível, além da necessidade de contratação de profissionais de diversas formações, com perfil e competência para as ações de promoção da saúde (FERREIRA *et al.*, 2014).

A proposta do PSE configura-se na integração entre os serviços e na interlocução entre os diversos atores sociais para ampliar as possibilidades nas práticas de trabalho e na produção do cuidado integral aos educandos. No entanto, ressaltam-se as fragilidades existentes no processo de intersectorialidade, capacitação em serviço e agendas setoriais, comprometendo as ações do PSE no contexto dos ambientes escolares. Frente a essas assertivas, este estudo tem como objetivo identificar produções científicas acerca das contribuições das ações do PSE na saúde dos escolares.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, por meio de uma revisão integrativa da literatura (RIL), percorrendo as seis etapas: estabelecimento do problema de revisão; seleção da amostra; categorização dos estudos; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados; e, por fim, apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Então, seguindo as etapas propostas pela estrutura da RIL, que possibilita evidenciar e discutir o modelo de atenção à saúde escolar do PSE, elaborou-se a questão norteadora: Quais as contribuições das ações propostas pelo PSE na saúde dos escolares?

Em seguida, procedeu-se o levantamento dos artigos publicados sobre a temática em estudos e indexados nas plataformas de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no mês de outubro de 2017, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Saúde Escolar” e “Programa de Educação Escolar”, usando o operador lógico booleano “and”.

Para seleção dos estudos, considerou-se, como critérios de inclusão, artigos em português e publicados no período de 2007 a 2017, disponibilizados em

texto completo em suporte eletrônico, gratuito e acerca do tema proposto. Já como critérios de exclusão, teses, dissertações e artigos que não se relacionassem à temática estudada. A partir da busca, foram encontrados 445 artigos.

Dessa forma, a Tabela 1 apresenta os artigos por plataformas de dados pesquisados segundo as seguintes características: quantidade total de artigos identificados e os artigos selecionados para participar do estudo.

Tabela 1 – Distribuição do número de artigos segundo plataformas de dados consultadas, 2007-2017

Base de Dados	Trabalhos Identificados	Artigos Selecionados
BIREME	129	1
SciELO	110	12
LILACS	206	2
TOTAL	445	15

Fonte: Base de Dados.

Utilizou-se a proposta de Pompeo, Rossi e Galvão (2009) para a classificação do nível de evidência dos artigos, considerando: nível I - revisão sistemática ou metanálise; nível II - ensaios clínicos; nível III - ensaio clínico não randomizados; nível IV - estudos de corte e caso-controle; nível V - estudos descritivos e quantitativos; nível VI - estudos qualitativos; e nível VII - opinião de autoridade.

Os artigos potencialmente relevantes foram submetidos à técnica de avaliação e análise de conteúdo, constituído por três etapas – exploração do referencial teórico, compilação e agrupamento de evidências e interpretação dos resultados –, permitindo a construção dos seguintes eixos temáticos: assistência à saúde integral dos escolares e percepção dos atores sociais envolvidos nas ações do Programa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados busca identificar as evidências sobre a evolução da produção científica sobre o PSE em periódicos nacionais, sendo agrupados em tabelas e categorias para uma melhor apresentação e compreensão.

A Tabela 02 apresenta os artigos selecionados contendo os seguintes dados: autor(es), ano de publicação, tipo de estudo, título, descritores, objetivos, resultados e tipo de evidência.

Tabela 2 – Características extraídas dos artigos selecionados

AUTOR (A) / ANO DA PUBLICAÇÃO (AP) TIPO DE ESTUDO (TE)	TÍTULO (T) / DESCRITORES (D)	OBJETIVOS (O) / RESULTADOS (R)	TIPO DE EVIDÊNCIA
<p>A: GUETERRES, <i>et al.</i> AP: 2017. TE: Revisão Integrativa.</p>	<p>T: Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. D: Saúde Escolar. Educação em Saúde. Enfermagem.</p>	<p>O: Caracterizar as produções científicas e descrever a atuação do enfermeiro nas práticas de educação em saúde na escola. R: A partir de 2010 houve um aumento significativo nas publicações, com predomínio de estudos com abordagem qualitativa. Percebeu-se a complexidade que envolve as práticas de educação em saúde em âmbito escolar e a fragilidade existente nas publicações científicas no que tange a inserção do enfermeiro no ambiente escolar.</p>	V
<p>A: SOUSA, <i>et al.</i> AP: 2017. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. D: Intersetorialidade. Saúde na escola. Implementação de programa.</p>	<p>O: Avaliar os processos político-gerenciais e as práticas vinculadas ao PSE, bem como as concepções dos profissionais envolvidos com o Programa, em um município que aderiu precocemente ao Programa no Estado da Bahia. R: Os sujeitos definem intersetorialidade como parceria e trabalho conjunto. No que diz respeito à tomada de decisão e à mobilização de recursos, na implementação do Programa notou-se liderança do setor Saúde, tendo o setor Educação uma atuação periférica.</p>	V
<p>A: FAIAL, <i>et al.</i> AP: 2016. TE: Revisão Literária.</p>	<p>T: A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. D: Promoção da saúde. Adolescência. Escola. Saúde escolar. Educação em saúde.</p>	<p>O: Descrever as características das práticas de promoção da saúde ao adolescente desenvolvidas no contexto escolar, conforme constam na literatura. R: A educação em saúde mediante a divulgação de informações e conhecimentos permite a incorporação de atitudes e comportamentos saudáveis, incentiva a cidadania entre os discentes, desenvolve a noção de responsabilidade social e os capacitam a participação como sujeitos de seu processo de saúde.</p>	V
<p>A: FERREIRA, <i>et al.</i> AP: 2016. TE: Revisão Integrativa.</p>	<p>T: Estratégias pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa. D: Educação em saúde. Adolescente. Enfermagem.</p>	<p>O: Identificar as estratégias utilizadas na educação em saúde com os adolescentes. R: A revisão serve de subsídio aos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, diante da possibilidade da elaboração de atividades educativas inovadoras, ao conhecer os diversos tipos de estratégias de ensino-aprendizagem que podem ser utilizadas na educação em saúde com adolescentes.</p>	V

<p>A: GAZZINELLI, <i>et al.</i> AP: 2016. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: Aprendizagem, cognição e educação em saúde: estudo em área endêmica para helmintoses. D: Aprendizagem. Cognição. Educação em saúde. Helmintíase.</p>	<p>O: Avaliar os efeitos de dois métodos de educação em saúde sobre a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo de 105 crianças que vivem em área endêmica para helmintoses. R: Sinalizam para a necessidade de se aliar os métodos tradicionais de ensino aos não-diretivos nas propostas de educação em saúde.</p>	V
<p>A: MIGLIARI. AP: 2016. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: Saúde escolar: relação entre o sobrepeso, obesidade e sedentarismo. D: Saúde escolar. Atenção primária à saúde. Promoção em saúde.</p>	<p>O: Identificar a prevalência da obesidade e sua relação com o sedentarismo entre os adolescentes escolares, do ensino fundamental público de uma cidade do interior de São Paulo. R: A prevalência de sobrepeso e obesidade entre adolescentes escolares é significativa. O sedentarismo não teve relação com o IMC, os adolescentes com excesso de peso corporal não apresentam maior prevalência de sedentarismo e adolescentes com peso adequado nem sempre praticam atividades físicas.</p>	V
<p>A: SILVA; BODSTEIN. AP: 2016. TE: Revisão Literária e Documental.</p>	<p>T: Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. D: Promoção da saúde. Educação em saúde. Práticas em saúde pública. Saúde na escola. Intersetorialidade.</p>	<p>O: Compreender as distintas concepções e interfaces entre saúde e educação que as políticas e práticas de saúde na escola adquirem nos diversos contextos. R: O desenvolvimento histórico dessa articulação intersetorial no Rio de Janeiro e no país, tendo como cenário a escola, revelou precariedade das articulações e fragilidade do diálogo intersetorial</p>	V
<p>A: CORD, <i>et al.</i> AP: 2015. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: As Significações de Profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. D: Dificuldades de aprendizagem. Medicalização. Programa Saúde na Escola.</p>	<p>O: identificar as significações que os profissionais que atuam como articuladores no Programa Saúde na Escola (PSE) têm acerca das dificuldades de aprendizagem geradoras do fracasso escolar. R: Os entrevistados compreendem as dificuldades de aprendizagem como decorrentes principalmente da família pobre e/ou desestruturada e de problemas do aluno. As práticas pedagógicas e políticas educacionais também apareceram, com menor destaque, como corroboradoras desse fenômeno.</p>	V

	<p>A: MACHADO, <i>et al.</i> AP: 2015. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. D: Avaliação em saúde. Saúde escolar. Atenção primária à saúde.</p>	<p>O: identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no Programa Saúde na Escola (PSE), participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). R: Todas as regiões apresentaram resultados expressivos acerca da realização de atividades na escola. A região Norte é a que mais executa ações ao escolar, seguidas das regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, respectivamente.</p>	V
0	<p>A: CIAFFONE; GESSER. AP: 2014. TE: Relato de Experiência.</p>	<p>T: Integração Saúde e Educação: Contribuições da Psicologia para a Formação de Educadores de uma Creche em Sexualidade Infantil. D: Educadores. Desenvolvimento psicosssexual. Saúde da Família. Programa saúde da família.</p>	<p>O: Promover um espaço de discussão e reflexão voltado ao aprofundamento da temática sexualidade de acordo com as questões que eles vivenciavam no cotidiano da sala de aula. R: A partir do trabalho realizado, os professores conseguiram se instrumentalizar para lidar de forma mais potencializadora dos direitos humanos com as expressões de sexualidade na infância, bem como para atender os pais em suas dúvidas relacionadas ao tema.</p>	VI
1	<p>A: PENSO, <i>et al.</i> AP: 2013. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. D: Serviços de Saúde do Adolescente. Educação. Políticas públicas.</p>	<p>O: Discutir a relação entre saúde e escola na percepção dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal (DF). R: Existe uma grande dificuldade de integração entre os profissionais das áreas de educação e saúde. Os principais obstáculos apontados concentram-se no excesso de burocracia, na falta de tempo, escassez e sobrecarga dos profissionais e o despreparo para construir ações integradas, tanto da saúde quanto da educação.</p>	V
2	<p>A: MELO, <i>et al.</i> AP: 2012. TE: Intervenção.</p>	<p>T: Visita à Unidade de Saúde por Escolares: Estratégia Educativa para Adesão ao Programa de Planejamento Reprodutivo. D: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Comunicação em Saúde. Adolescente. Serviços de Saúde para Adolescentes.</p>	<p>O: Promover o vínculo e a adesão de adolescentes escolares aos serviços oferecidos na unidade básica de saúde, em especial, ao programa de planejamento reprodutivo. R: Cada visita teve a duração de uma hora, oportunizando aos alunos o conhecimento das dependências da unidade de saúde, materiais e equipamentos utilizados nas consultas de planejamento reprodutivo.</p>	V
3	<p>A: SANTIAGO, <i>et al.</i> AP: 2012. TE: Relato de experiência.</p>	<p>T: Programa saúde na escola: limites e Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. D: Saúde. Promoção da Saúde. Educação. Saúde Escolar.</p>	<p>O: Relatar a experiência da implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma escola pública em Fortaleza-CE. R: A implantação do PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior contato com a equipe da ESF.</p>	VI

4	<p>A: MACIEL, <i>et al.</i> AP: 2010. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. D: Promoção da saúde, Saúde escolar, Saúde da criança.</p>	<p>O: avaliar as estratégias realizadas pelo enfermeiro no ambiente escolar de um Centro Municipal de Educação Infantil, através do Projeto de Extensão Aprendendo Saúde na Escola, e ainda analisar o perfil das crianças atendidas. R: Os dados demonstram a importância da inserção do profissional de saúde na Saúde Escolar, delineando o seu papel na escola: função educativa e assistencial. É indispensável a integração dos serviços de saúde para a solidificação desse espaço.</p>	V
5	<p>A: GUBERT, <i>et al.</i> AP: 2009. TE: Pesquisa.</p>	<p>T: Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. D: Adolescência. Promoção da saúde. Tecnologia educacional. Educação em saúde.</p>	<p>O: abordar o uso de tecnologias educativas como estratégia de educação em saúde junto a adolescentes no contexto escolar. R: Recomendamos a partir dos achados, que as atividades de prevenção às DST/AIDS no âmbito da escola, rompam com a visão heterossexista, normativa e biologicista.</p>	V

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os artigos referentes à temática do PSE se expressaram em diferentes tipos e abordagens, como Revisão Integrativa (n = 2), Pesquisa (n = 8), Revisão Literária (n = 2), Relato de Experiência (n = 2) e Intervenção (n = 1).

Em se tratando da classificação hierárquica do nível de evidência adotada por Pompeo, Rossi e Galvão (2009), 13 artigos foram classificados como nível V, evidências de estudos descritivos (não experimentais ou abordagem qualitativa) e dois artigos como nível VI, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Categoria 1: Assistência à saúde integral dos escolares

A assistência à saúde foi um ponto bastante trabalhado dentro dos estudos analisados, abordando aspectos relacionados à educação em saúde nas escolas que, juntamente com as demais ações propostas pelo PSE, contribuem para diminuir as iniquidades sociais e os riscos em saúde existentes na comunidade.

Uma das pesquisas destacou a complexidade que envolve as práticas de educação em saúde no âmbito escolar por meio da divulgação de informações e conhecimentos que permitem à incorporação de atitudes e comportamentos saudáveis, incentivando a cidadania entre os discentes, desenvolvendo a noção de responsabilidade social, capacitando-os para a participação como sujeitos de seu processo de saúde (GUETERRES *et al.*, 2017).

O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde é capaz de potencializar o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, gerando efeitos no desenvolvimento saudável e no protagonismo do educando e da comunidade onde vivem, permitindo que este realize opções que melhorem sua qualidade de vida (MACHADO *et al.*, 2015). A abordagem inter e multidisciplinar é o caminho para vislumbrar melhorias no pleno desenvolvimento dos escolares, disseminando ensinamentos que buscam à promoção da atenção integral.

O PSE é um programa com esse potencial, pois “[...] vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral [...]” (BRASIL, 2011, p. 6). Além disso, configura-se como uma ação substancial que prima pela formação e atenção integral dos educandos, com o intuito de contribuir para o pleno desenvolvimento da comunidade escolar (TORRES *et al.*, 2018).

Diante disso, a melhor contribuição que a saúde pode oferecer à educação reside na possibilidade de uma ação integrada e articulada, de maneira crítica e reflexiva, que possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar (MACIEL *et al.*, 2010), considerando a importância dessas ações para a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos educandos.

Categoria 2: Percepção dos atores sociais envolvidos nas ações do Programa

Em relação a esta categoria, as pesquisas encontradas envolviam intersetorialidade, aprendizagem e educação em saúde, identificando as significações que os profissionais articuladores no PSE exercem no âmbito escolar pelo trabalho realizado nos diversos componentes para uma melhor qualidade de vida dos educandos.

Uma pesquisa ressaltou a importância da inserção do profissional de saúde na Saúde Escolar, delineando o seu papel na escola: função educativa e assistencial, sendo indispensável à integração dos serviços de saúde para a solidificação desse espaço (MACIEL, 2010). Outro relato apresentou a integração saúde e educação como promotora de um espaço de discussão e reflexão voltado ao aprofundamento da temática sexualidade de acordo com as questões que eles vivenciavam no cotidiano da sala de aula, em que a discussão e a reflexão se façam presentes, sendo o adolescente protagonista da ação (CIAFFONE; GESSER, 2014; MELO; CÂNDIDO; MOREIRA, 2012).

A revisão literária buscou compreender as distintas concepções e interfaces entre saúde e educação, destacando que as políticas e práticas de saúde na escola adquirem diversos contextos (SILVA; BODSTEIN, 2016), contribuindo para a produção de um sistema de atenção social, com foco no exercício da cidadania, dos direitos humanos e de um cuidado mais próximo das necessidades dos educandos.

Segundo Lima, Magalhães e Santos (2012), para que as ações do PSE obtenham resultados satisfatórios, é necessário que toda comunidade escolar (professores, funcionários, pais e alunos) esteja envolvida, pois esta é conectivo com os demais setores da sociedade (igrejas, assistência social, organizações não governamentais). Em complemento, Penso *et al.* (2013) destacam que, apesar das políticas preconizarem a ação conjunta das diferentes esferas do governo, como a saúde e a educação, tal posição ainda precisa ser incorporada ao cotidiano dos profissionais envolvidos.

Há um importante desafio a ser vencido para interação de diferentes atores para que os profissionais de saúde trabalhem de maneira efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças, como os aspectos associados à prática de atividades com crianças e adolescentes, bem como aquelas relacionadas entre escola e instituição de saúde, que podem causar efeitos negativos (SILVA; MELLO, 2013; SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). Outro desafio para a implementação do PSE é capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde (MACHADO *et al.*, 2015).

O PSE estabelece uma possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos debatida: o fortalecimento da integração entre os setores saúde e educação, promovendo a intersetorialidade preconizada pelo SUS e a responsabilização entre estes setores, acostumados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO *et al.*, 2012). Assim, ampliar o processo de educação em saúde, transcendendo a prática inter, multidisciplinar e intersetorial, é o caminho para superar as lacunas existentes no cuidado prestado a essa população, permitindo ganhos promissores na sua condição de vida e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Ao analisar os resultados e discussão deste estudo bibliográfico, depreendeu-se que a atenção à saúde incorporada ao PSE trabalha na perspectiva da integra-

lidade do cuidado, ofertando ações que contemplam as três dimensões da saúde: promoção, prevenção de agravos e assistência, abrindo caminhos para a construção de cidadania e o usufruto dos direitos humanos dos educandos.

O vínculo que há entre as escolas e o sistema de saúde por meio da ESF mostra-se fundamental, tendo em vista que o foco das ações realizadas não possui enfoque apenas na saúde física das crianças e jovens contidas na instituição. Mas, é analisado todo o contexto socioeconômico das famílias, as situações de vulnerabilidade e os determinantes, os quais estão expostos diariamente, que contribuem para o adoecimento desses indivíduos.

Portanto, conhecer e monitorar a situação de saúde dos estudantes dessas instituições, que estão contidas na área de abrangência da ESF, possibilita que os profissionais de saúde associados aos profissionais da educação realizem intervenções de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Dessa forma, esse programa tem favorecido no âmbito da saúde para a melhoria da qualidade de vida e processo de aprendizado das crianças e adolescentes.

Contudo, nota-se a necessidade de fortalecimento da relação dialógica entre os diversos atores envolvidos nas práticas do PSE, como a saúde, educação, pais, comunidade e outros segmentos da sociedade, a fim de consolidar os saberes em uma aliança de conhecimentos, visando à prestação de uma assistência integral aos escolares. Freire (2011) destaca que o diálogo é o encontro no qual a reflexão e a ação, inseparáveis daqueles que dialogam, orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar.

Sendo assim, o melhor caminho é aprimorar a comunicação emancipatória, vislumbrando novas e diversificadas formas de atuar e se relacionar com os diversos atores e segmentos para o desenvolvimento das ações do PSE, primando por práticas inter, multidisciplinar e intersetorial, considerando a saúde como função social.

Partindo dessa premissa, faz-se necessário o fortalecimento do processo de capacitação em serviço e a intersetorialidade, buscando consolidar os compromissos construídos, coletivamente, sendo a escola o cenário adequado para o desenvolvimento das ações propostas pelo PSE. Então, essa revisão integrativa aponta para a necessidade de produções científicas mais consistentes e que enfatizem, de modo mais contundente, a efetividade das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da saúde dos escolares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Escolas Promotoras da Saúde: experiência no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Proposições de uma Política Intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na Perspectiva da Atenção Integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de criança, adolescentes e jovens do Ensino Básico Público**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 93p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46p.

BRASIL, E. G. M.; SILVA, R. M.; SILVA, M. R. F.; RODRIGUES, D. P.; QUEIROZ, M. V. O. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 51, e03276, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-S1980-220X2016039303276.pdf> Acesso em: 25 Abr. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s01033312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 25 Abr. 2020.

CÂNDIDO, J. A. B. *et al.* FINDRISK: estratificação do risco para Diabetes Mellitus na saúde coletiva. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6118> Acesso em: 25 Abr. 2020.

CARVALHO, F. F. B. de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000401207&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 25 Abr. 2020.

CIAFFONE, A. C. R.; GESSER, M. Integração Saúde e Educação: Contribuições da Psicologia para a Formação de Educadores de uma Creche em Sexualidade Infantil. **Psicol. cienc. prof.** v. 34, n. 3, p. 774-787, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932014000300774&script=sci_abstract&tlng=PT. Acesso em: 10 Out. 2017.

CORD, D. *et al.* As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. **Psicol. cienc. prof.** v. 35, n. 1, p. 40-53, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932015000100040&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 10 Out. 2017.

DOMINGUES, B. S. **Programa saúde na escola: dos documentos às concepções dos(as) gestores(as) de um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.** 2016. 208 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Rio Grande, RS, 2016.

FAIAL, L. C. M. *et al.* A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. **Revista Pró-UniversUS**, v. 07, n. 2, p. 22-29, 2016. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/344> Acesso em: 12 Out. 2017.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, suppl. 2, p. 240-50, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 25 Abr. 2020.

FERREIRA, C. P. S. *et al.* Estratégias pedagógicas para educação em saúde com adolescentes: uma revisão integrativa. J. res.: fundam. **Care**, v. 8, n. 2, p. 4197-4211, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3891> Acesso em: 12 Out. 2017.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Percepção de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde da Escola. **Rev Bras Educ.**, v. 19, n. 56, p. 61-76, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782014000100004&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 23 Abr. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educacional.** 53 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 144p.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Aprendizagem, cognição e educação em saúde: estudo em área endêmica para helmintoses. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 17, n. 3, p. 326-337, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862016000300002 Acesso em: 15 Out. 2017.

GUETERRES, E. C. R. *et al.* Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 46, p. 477-88, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00464.pdf Acesso em: 15 Out. 2017.

GUBERT, F. A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 1, p. 165-72, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a21.pdf> Acesso em: 15 Out. 2017.

LIMA, S. C.; MAGALHÃES, M. A.; SANTOS, F. O. Território escolar, práticas e ações: Promoção da Saúde na Escola. **OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia**, v. 4, n. 12, p. 144-156, 2012. Disponível em: <http://www.observatorium.ig.ufu.br/pdfs/4edicao/n12/08.pdf>. Acesso em: 25 Abr. 2020.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **J. Hum. Growth Dev.** v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1282201500030009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 17 Out. 2017.

MACIEL, E. L. N. *et al.* Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 389-396, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200014 Acesso em: 17 Out. 2017.

MELO, M. A. N. de.; CÂNDIDO, J. A. B. C.; MOREIRA, M. R. C. Visita à unidade de saúde por escolares: estratégia educativa para adesão ao Programa de Planejamento Reprodutivo. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 93-98, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621359> Acesso em: 12 Out. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018 Acesso em: 23 Abr. 2020.

MIGLIARI, F. F. F. Saúde escolar: relação entre o sobrepeso, obesidade e sedentarismo. **Colloq Vitae**, v. 8, n. 1, p. 29-42, 2016.

PENSO, M. A. *et al.* A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude soc.**, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200023 Acesso em: 20 Out. 2017.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 22, p. 4, p. 434-438, 2009.

SANTIAGO, L. M. de *et al.* Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. en-**

ferm., v. 65, n. 6, p. 1026-1029, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020 Acesso em: 22 Out. 2017.

SILVA, C. dos S.; BODSTEIN, R. C. de A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601777&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 Out. 2017.

SILVA, M. M.; MELLO, V. S. S. Escola e saúde: uma parceria produtiva. *In*: FABRIS, E. T. H.; KLEIN, R. R. (Org.). **Inclusão e Biopolítica**. Autêntica. Belo Horizonte, MG. 2013.

SOUSA, M. C. de.; ESPERIDIAO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781 Acesso em: 15 Out. 2017.

TORRES, G. M. C. *et al.* Práticas intersetoriais na promoção da saúde de escolares: reflexões sobre a atuação do Programa Saúde na Escola em Salitre - Ceará. *In*: PINTO, A. G. A. (Org.). **Experientia: reconhecendo saberes e práticas para a qualidade de vida e promoção da saúde**. Curitiba: CRV, 2018.

CAPÍTULO 9

HEMOVIGILÂNCIA E REAÇÕES TRANSFUSIONAIS: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA NO CENÁRIO REGIONAL DO CENTRO SUL CEARENSE

Anderson Gomes De Lima

Natália Bastos Ferreira Tavares

Riani Joyce Neves Nóbrega

Glícia Uchôa Gomes De Mendonça

Teodoro Marcelino Da Silva

INTRODUÇÃO

No Brasil, antes da década de 1990, havia uma deficiência no processo de vigilância na área do sangue, devido à operacionalização sem padrões técnicos ou até mesmo sem fiscalização. Em consequência disso, surgiam problemas que atingiam a população, já que nesse período as fiscalizações sanitárias estavam fragilizadas, desfavorecendo que as legislações específicas fossem efetivamente implantadas. Desse momento, com o desenvolvimento das políticas de sangue e regulações, juntamente com a evolução tecnológica, surgiram melhorias significativas no aspecto da segurança transfusional, desencadeando estratégias sinalizadoras que influenciariam no processo de reforma da política de sangue no Brasil (SILVA JÚNIOR; SILVA COSTA; BACCARA, 2015).

Os serviços de hemoterapia são sistemas complexos, de alta vigilância, devido à natureza dos procedimentos assistenciais de cuidados aos pacientes e doadores e da necessidade de utilização de tecnologia, insumos e produtos diversificados. Portanto, esses serviços obtêm aprovação da autoridade reguladora, apresentando-se nos parâmetros regulatórios, necessariamente no âmbito da avaliação normativa, objetivando verificar os níveis de controle, por meio de estruturas e processos definidos em normas, para exercer atividades que atendam as expectativas sociais de um tratamento seguro e eficaz, como um atributo para manter a segurança transfusional (SILVA JÚNIOR; RATTNER; MARTINS, 2016).

Ao longo dos últimos anos, a medicina transfusional passou da transfusão de pequenas quantidades de sangue total a uma das práticas terapêuticas mais comuns, abrangendo também o plasma e os seus derivados (OLIVEIRA, 2016).

O processo de controle dos riscos sobre o uso de sangue no Brasil teve início em um primeiro período, marcado pela elaboração do Decreto nº 54.494, de 16 de outubro de 1964, que teve como objetivo criar e propor legislação disciplinadora da hemoterapia no Brasil e estabelecer a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), órgão permanente do Ministério da Saúde (MS) incumbido em cumprir os postulados da Política Nacional de Sangue.

Apesar da existência de uma legislação, o sistema hemoterápico ainda era desorganizado, as evidências de doenças infecciosas eram elevadas e a atividade hemoterápica demandava de rígida fiscalização e de uma política consistente. Diante desse contexto, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), que estabelecia uma ordenação do Sistema de Hemoterapia no Brasil e medidas preventivas de segurança para doadores e receptores (REIS; MARTINS, 2017).

Com a criação de novas diretrizes nacionais e institucionais, algumas ações foram estabelecidas para aumentar a segurança do paciente, melhorar os dados clínicos e reduzir os procedimentos transfusionais injustificáveis, a exemplo da implantação de constituição de comitês transfusionais multidisciplinares, os sistemas de hemovigilância, os programas de auditoria interna e externa além da educação permanente (REIS *et al.*, 2016).

Os medicamentos derivados do sangue ou do plasma humano são medicamentos à base de componentes de sangue, preparados industrialmente por estabelecimentos públicos ou privados. Tanto esses medicamentos como as vacinas são considerados pelo Estatuto do Medicamento como produtos de origem biológica, os quais apresentam instabilidade enquanto produto, em relação a sua origem. Desse modo, para manter a segurança desses tipos de medicamentos biológicos, é essencial um controle rigoroso e documentação de todo o processamento de tratamento do material de origem (OLIVEIRA, 2016).

A segurança e a qualidade do sangue e hemocomponentes devem ser asseguradas em todo o processo, desde a captação de doadores até a sua administração ao paciente. Desse modo, a hemovigilância se insere nessa perspectiva como um sistema de avaliação e alerta, organizado com o propósito de buscar e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis ou incomuns da utilização de hemocomponentes, com a finalidade de prevenir seu aparecimento ou recorrência. A incorporação das ações de Hemovigilância no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um processo relevante dentro da qualificação da

medicina transfusional. Dessa maneira, o objetivo maior da Hemovigilância é o encaminhamento de ações que ampliem e desenvolvam a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais (ANVISA, 2007).

A hemovigilância pode ser definida como um conjunto de procedimentos de verificação da cadeia transfusional, que tem como principal objetivo coletar e processar informações dos efeitos colaterais ou incomuns decorrentes da transfusão de hemocomponentes. Propõe-se à tomada de providências e decisões que possibilitem prevenir a ocorrência ou a recorrência desses efeitos, considerando-se como um sistema de controle final na qualidade e segurança transfusional, sendo essas vantagens obtidas por intermédio de uma correta indicação clínica, prescrição do componente necessário representando a real necessidade da transfusão sanguínea (BESERRA *et al.*, 2014).

Para efetividade dessa importante atividade, torna-se de fundamental importância o monitoramento de todo o progresso, da captação do doador à transfusão. O sistema deve ser integrado, estruturado e mantido em todo o seu processo, com as informações necessárias para tomada de decisões e desencadeamento de ações, sistematicamente formando uma rede de alerta, consequentemente contribuindo para a segurança transfusional e a qualidade dos hemocomponentes (SOUSA *et al.*, 2016).

A terapia hematológica e o processo transfusional

A história da terapia hematológica (hemoterapia) é dividida em duas fases: empírica e científica. Na era empírica, que se estendeu até o século XIX, havia transfusões de animais para seres humanos e entre humanos, em que quase todas estas tentativas findavam em insucesso e morte dos indivíduos receptores e, da mesma forma, de alguns doadores. Já a era científica, a partir do século XX, é iniciada pelas descobertas de Karl Landsteiner quanto à existência de grupos sanguíneos, e mais tarde, em 1940, quando descreve o Fator Rh, sendo essas duas descobertas fundamentais no conceito de compatibilidade entre doadores e receptores (PARDO *et al.*, 2015).

Compreende-se como hemoterapia todo o processo de transferência de hemocomponentes desde o doador até o receptor. Por ser considerada uma forma de tratamento em saúde e uma intervenção essencial para salvar vidas, a transfusão sanguínea deve ser apropriada às necessidades terapêuticas do

paciente, proporcionada em tempo e administrada corretamente. Desse modo, todos os pacientes que necessitarem de transfusão devem ter acesso seguro a produtos sanguíneos, como exemplo, sangue total, componentes sanguíneos lábeis e produtos derivados do plasma. Entretanto, com o progresso da tecnologia, a hemoterapia moderna trouxe a ideia de transfundir no paciente, componentes específicos do sangue ou apenas aqueles que o mesmo necessita, opondo-se assim ao uso do sangue total (FORSTER *et al.*, 2018).

Atualmente, a hemoterapia se estabelece em umas das opções terapêuticas de maior eficiência no tratamento de determinadas patologias e na reposição de hemocomponentes e hemoderivados primordiais à manutenção da vida.

No Brasil, o sistema de hemoterapia está regulamentado pela Lei n. 10.205, de 21 de março de 2001, que sistematiza sobre a captação, proteção do doador e receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, de seus componentes e derivados, dispondo um importante papel no tratamento das mais variadas doenças. Surge, portanto, na prática, por intermédio de normas técnicas regulamentadoras, a necessidade de manutenção da segurança e da qualidade do sangue ou hemocomponentes, exigindo, desse modo, a atuação de profissionais de saúde altamente capacitados (CHEREM *et al.*, 2016).

Na década de 90 o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN regulamentou a hemoterapia como uma área relativamente nova na enfermagem. Não obstante, o enfermeiro se apresenta como parte integrante da equipe multidisciplinar de hemoterapia, tendo contribuído para o desenvolvimento do processo hemoterápico e êxito nos processos transfusionais (FOSTER *et al.*, 2018).

O aperfeiçoamento da assistência hemoterápica no país sobreveio de vários fatores, entre os quais enfatizamos o investimento na infraestrutura, a melhoria na qualidade dos insumos disponíveis atualmente e a disponibilidade de técnicas mais modernas, identificando-se que a legislação e a padronização das normas técnicas, por meio das leis e decretos, fortaleceram o Programa Nacional de Sangue e múltiplos esforços refletiram avanços do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

A transfusão de sangue e hemocomponentes é um ato médico, sendo, pois, empregada para reabilitar deficiências no transporte de oxigênio e hemostasia devido às perdas agudas ou crônicas de sangue, ou ainda modificações na produção de hemácias, plaquetas e/ou proteínas da coagulação sanguínea (ARRUDA; SARAIVA; VASCONCELOS, 2018).

Considera-se que grande parte das transfusões resulta em reposição temporária, adequada e segura de hemocomponentes. Do mesmo modo que outras intervenções médicas, as transfusões estão associadas a alguns riscos, podendo estes serem identificados no momento da realização do procedimento, observando os sinais e sintomas clínicos apresentados (PEREIRA *et al.*, 2016).

Reações transfusionais

São consideradas reações transfusionais quaisquer alterações ocasionadas como consequência da transfusão de hemocomponentes, durante ou após sua administração, podendo ser classificadas quanto a sua gravidade como: leve, quando não há risco de vida; moderada, que necessita de intervenção médica para evitar maiores danos à saúde; grave, que ameaça a vida, sendo necessária a intervenção rápida para evitar o óbito; e óbito, quando este é atribuído à transfusão (FOSTER *et al.*, 2018).

Podem ser categorizadas conforme sua gravidade, com o tempo de sua manifestação ou com sua causa. As complicações agudas graves, que põem em risco a vida dos pacientes, são mais raras, enquanto as reações leves são mais comuns, sendo, então, mais vistas durante a prática clínica de rotina (BELÉM *et al.*, 2011).

Equivalente ao que acontece com muitos tratamentos terapêuticos, a transfusão sanguínea detém a potencialidade de originar desfechos clínicos fatais. As reações transfusionais podem ocorrer de forma imediata (ocorrendo nas primeiras 24 horas após ter iniciado a transfusão) e de forma tardia (que surgem semanas, meses ou anos após a transfusão). Nesse sentido, é imperioso afirmar que estratégias sejam constantemente desenvolvidas e implementadas, tendo como foco reduzir, ou mesmo extinguir, o uso inadequado do sangue e seus componentes, uma vez que por ser uma escolha terapêutica primordial para o tratamento de inúmeras doenças e condições clínicas, esse tratamento demanda um controle sistematizado e rigoroso dos riscos, ampliando a segurança e melhorando os resultados clínicos (DINIZ; MORENO, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as reações transfusionais são apontadas como um dos principais problemas enfrentados na área da saúde, o que retrata uma incessante preocupação. A ocorrência das reações transfusionais está relacionada a diversas causas, sendo elas fatores de responsabilidade da equipe hospitalar: erros de identificação de pacientes,

utilização de insumos inadequados, contaminação da bolsa por agentes infecciosos e entre outros (FREITAS; ALMEIDA; GUEDES, 2014).

No Brasil, a prevalência/incidência real dos incidentes transfusionais não é absolutamente conhecida, sejam esses incidentes de má indicação e uso dos componentes sanguíneos ou de uma falha no processo do ciclo do sangue. A prevenção desses incidentes só se tornará possível quando estes forem identificados, diagnosticados, investigados e analisados de forma efetiva. Desse modo, a contribuição de todos os profissionais envolvidos no processo transfusional é de suma importância para manter a segurança no fornecimento de sangue a ser transfundido, bem como na segurança de seu receptor, consequentemente sendo fonte de prevenção do aparecimento ou recorrência desses efeitos (MACEDO; SILVEIRA; ATHAYDE, 2015).

Essas adversidades são situações emergenciais e podem oferecer sérios danos e prejuízos aos pacientes, inclusive fatais. A equipe de enfermagem, por permanecer à frente da assistência durante as 24 horas do dia, desenvolve papel fundamental na terapia transfusional. Os profissionais não apenas realizam a administração de transfusões de componentes sanguíneos, mas também determinam a checagem de dados importantes na prevenção de erros, orientam os pacientes sobre a transfusão, verificam e atuam no atendimento das reações transfusionais e documentam todo o processo assistencial. Desse modo, todos os profissionais de enfermagem devem ter a capacidade de identificar sinais e sintomas referentes a reações transfusionais e exercer todos os cuidados adequados diante dessas intercorrências (CARNEIRO; BARP; COELHO, 2017).

REAÇÕES TRANSFUSIONAIS NO CENÁRIO REGIONAL

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer favorável de número 3.707.244. Foi realizado na cidade de Iguatu, região centro-sul do Ceará, com prontuários de 56 indivíduos que sofreram algum tipo de reação por hemotransfusão e em acompanhamento pelo sistema de hemovigilância do Hemocentro Regional de Iguatu (HEMOCE) nos últimos cinco anos. Evidenciou-se que a média de idade encontrada entre os pacientes que apresentaram reação transfusional foi de 48 anos, tendo o Hospital Regional de Iguatu como a instituição de saúde que mais notificou casos adversos.

Pertinente se faz destacar que o município de Iguatu é o principal da região centro-sul do Ceará, distante 377 km da capital Fortaleza, sendo o mais populoso

da região, com aproximadamente 102.500 habitantes (IBGE, 2019). Por ser referência em comércio, educação e saúde, possui vários equipamentos públicos, dentre eles, a sede do Hemocentro Regional, sendo responsável pela política de sangue e pelo atendimento médico das doenças hematológicas em outras 25 cidades, 34 Hospitais e 06 Agências Transfusionais. Abrange ainda a 17ª e 18ª Células Regionais de Saúde (CRES), prestando assistência a uma população de aproximadamente 683.607 habitantes, (HEMOCE, 2019).

Quanto ao setor de internamento, a maior parte das reações transfusionais (40) aconteceu na clínica médica, apresentando uma incidência significativa e predomínio no estudo, seguido da unidade de urgência/emergência (5). As outras unidades que notificaram reações aos hemocomponentes foram: Clínica Cirúrgica (3), Centro Obstétrico (3), Centro Cirúrgico (1), UTU (1) e outros (1).

Observou-se, portanto, que nas unidades onde se encontram pacientes conscientes e orientados, a notificação da reação transfusional é facilitada, pois os próprios pacientes conseguem relatar as queixas (TAVARES *et al.*, 2015; BESERRA *et al.*, 2014).

Há discussão no meio científico sobre as questões de “subnotificações” ou de “superestimativas” de Reação Transfusional (RT) informadas aos sistemas de hemovigilância devido às suas peculiaridades intrínsecas. Dentre elas, a obrigatoriedade ou não das notificações, o sigilo, a confidencialidade das informações, a falta de ações educativas, erros nas prescrições das transfusões sanguíneas, o não reconhecimento das RT agudas e tardias e o desconhecimento de que todos os eventos transfusionais adversos devem ser informados, independente da sua gravidade (SILVA, 2015).

A subnotificação é um problema grave que leva a uma falsa impressão de harmonia no trabalho, quando na verdade representa uma inconsistência da definição de caso por falta de conhecimento técnico-científico dos envolvidos na terapia transfusional. Uma em cada cinco transfusões induz a algum tipo de complicação, entretanto, nem sempre é fácil identificar uma reação transfusional, pois, muitas vezes, são tão leves que passam despercebidas, contribuindo para uma incidência subestimada (GRANDI *et al.*, 2018).

No que concerne aos tipos de reações transfusionais mais frequentes apresentadas entre os pacientes nos últimos cinco anos, destacam-se as do tipo febril não hemolítica (20) e alérgica (14). Ressalta-se que o concentrado de

hemácias é o tipo de hemocomponente mais envolvido na maioria das reações transfusionais, considerando que é distribuído em maior quantidade quando comparado aos demais hemocomponentes.

A reação febril não-hemolítica (RFNH) é a intercorrência mais frequentemente relatada na literatura. É, pois, caracterizada pela elevação da temperatura corporal de 1 grau sem qualquer outra explicação. Ela ocorre durante a infusão de hemocomponentes ou até uma ou duas horas após o seu término, sendo geralmente acompanhada de tremor, que pode ser intenso e, em alguns casos, apresenta-se como única manifestação (BURATTI; ARAÚJO; ANDRIELLI, 2013). A reação alérgica é apresentada como o segundo tipo de incidente transfusional mais ocorrente, manifestada sobretudo por prurido e urticária.

Os incidentes transfusionais imediatos são mais frequentes após transfusões de hemocomponentes que não foram submetidos ao processo chamado leucorredução, em quem há redução dos leucócitos e citocinas presentes na bolsa de sangue. Além disso, tem-se percebido que o número de notificações de reação transfusional imediata é maior em pacientes politransfundidos (SOUSA NETO; BARBOSA, 2012).

No contexto transfusional, a equipe de enfermagem, como equipe de frente nos cuidados ao paciente submetido à hemoterapia, deve estar preparada para realizar tal atividade, gozando de todas as prerrogativas técnicas e científicas para o êxito de sua intervenção. Essa prática terapêutica exige conhecimento específico de toda a equipe, de modo que se possa distinguir as diferentes causas das reações transfusionais, além de classificá-las de acordo com o agente desencadeante o mais precocemente possível, evitando assim maiores riscos à saúde e à vida do paciente.

A implantação de estratégias capazes de dar visibilidade aos registros das ações em saúde no ato transfusional torna-se essencial para o alcance de uma assistência de enfermagem segura e eficaz. A análise desses registros possibilita identificar falhas nas ações, bem como a existência de lacunas no conhecimento dos profissionais em relação à prática hemoterápica, possibilitando direcionar ações de qualificação e reestruturação do processo de trabalho (REIS *et al.*, 2016).

A hemovigilância é uma importante ferramenta de ajuda na segurança na terapêutica transfusional. Sua adequada implantação terá subsídio para minimizar e prevenir a ocorrência dos eventos adversos relacionados a hemotransfusão,

permitindo o delineamento de medidas e atividades que objetivam melhorar, manter e promover a qualidade do atendimento prestado e, conseqüentemente, a melhoria de vida dos pacientes submetidos a hemotransfusão.

IMPLICAÇÕES DA HEMOTERAPIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sabe-se que a hemovigilância é um elemento fundamental para uma gestão de qualidade, uma vez que monitora o processo transfusional com aporte técnico e organizacional pertinentes. A área da hemoterapia tem progredido de modo significativo nas últimas décadas, sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inserida em política específica que propicia qualidade e esforços, tornando os hemocomponentes produzidos mais seguros (BRASIL, 2015).

Desde a criação do SUS, a partir da Lei nº 8080/90, a área de sangue e hemoderivados já era referenciada, inclusive em relação à investigação, identificação e notificação sistemática do processo transfusional, ressaltando ações que visam minimizar possíveis falhas e danos (SOUZA; CERQUEIRA, 2019). Assim, são desenvolvidos sistemas de qualidade para toda a cadeia transfusional, no intuito de fortalecer a segurança ao paciente no contexto do SUS, com melhoria contínua para favorecer boas práticas e ambiente favorável durante todo o processo, reduzindo a possibilidade de incidentes desfavoráveis (TELES, 2014).

Necessário se faz a construção de estratégias de educação continuada para desmitificar alguns aspectos e informar a população sobre a importância da hemotransfusão, com monitoramento adequado, como eixo fundamental da prática assistencial

A hemoterapia é, portanto, um serviço vinculado ao SUS e, para tanto, é essencial que as autoridades em saúde assumam a devida responsabilidade na condução adequada das práticas, com manutenção e suprimento seguro, com controle de riscos e qualidade do sangue e seus componentes, ancorados por normatização específica, inspeção sanitária, capacitação e educação continuada, além da notificação e monitoramento de eventos adversos (MOTA; FREITAS; ARAÚJO, 2012).

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Manual técnico de hemovigilância**: Investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Novembro de 2007.
- ARRUDA, G. F. P.; SARAIVA, N. C. G.; VASONCELOS, R. H. T. **Protocolo de transfusão segura de hemocomponentes**. EBSERH - Hospitais Universitários Federais: Universidade Federal da Paraíba. Agência transfusional. 2018.
- BELEM, L. F.; NOGUEIRA, R. G.; LEITE, T. R.; COSTA, L. C.; ALVES, L. C. P.; CARNEIRO, I. S. Descrições de reações transfusionais imediatas na fundação assistencial da Paraíba, Brasil. **Rev. B.S. Publica Miolo**. v. 34, n. 4. 2011.
- BESERRA, M. P. P.; PORTELA, M. P.; MONTEIRO, M. P.; FAÇANHA, M. C.; ADRIANO, L. S.; FONTELES, M. M. F. Reações transfusionais em um hospital cearense acreditado: uma abordagem em hemovigilância. **Arquivos de medicina**, v. 28, n. 4, p. 99-103, 2014.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em homoterapia: Livro texto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para uso de hemocomponentes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BURATTI, B. L. S.; ARAÚJO, S. R.; ANDRIELLI, F. **Reações transfusionais febris não hemolíticas ocorridas no hospital ipiranga no período de 2007 a 2012**. Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU, São Paulo, Brasil, 2013.
- CARNEIRO, V. S. M.; BARP, M.; COELHO, M. A. Hemoterapia e reações transfusionais imediatas: Atuação e conhecimento da equipe de enfermagem. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 21, e-1031, 2017.
- CHEREM, E. O.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; GUERRA, J. V. V.; SOUZA, F. D. L.; MACIEL, V. L. Cuidado pós-transfusional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-8, out/dez. 2016.
- DINIZ, D. P. R.; MORENO, A. H. Reações de transfusão de sangue e cuidados peritransfusionais. **Rev. CuidArte Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 59-66, jan.-jun., 2018.
- FORSTER, F.; CÂMARA, A. L.; MORAES, C. L. K.; HONÓRIO, M. T.; MATTIA, D.; LAZZARI, D. D. Percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional. **Enferm. Foco**; v. 9, n. 3, p. 71-75, 2018.

FREITAS, J. V.; ALMEIDA, P. C.; GUEDES, M. V. C. Perfil das reações transfusionais em pacientes pediátricos oncológicos. **Rev enferm UFPE online.**, v. 8, n. 9, p. 3030-3038, Recife, set, 2014.

GRANDI, J. L.; GRELL, M. C.; ARECO, K. C. N.; BARBOSA, D. A. Hemovigilância: a experiência da notificação de reações transfusionais em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 52, e03331, 2018.

HEMOCE. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará. **Hemorrede Pública Estadual.** 2019. Disponível em: <http://www.hemoce.ce.gov.br/index.php/hemocentro-coordenador>. Acesso em: 24 out. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Iguatu. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/iguatu/panorama>>. Acesso em: 24 out. 2019.

MACEDO, E. D.; SILVEIRA, V. M. J.; ATHAYDE, L. A. Índice de reação transfusional em pacientes submetidos a transfusão em um hemocentro do norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde.** 2015.

MOTA, D. M.; FREITAS, D. R. C.; ARAÚJO, W. N. Avaliação do Sistema de Vigilância Sanitária do Sangue em âmbito federal, Brasil, 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 191-202, 2012.

OLIVEIRA, G. C. **Plasma humano:** Componentes e derivados conservação e utilização terapêutica em ambiente hospitalar. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. 2016.

PARDO, L. P.; KUSAHARA, D. M.; PERTELINI, M. A. S.; AVELAR, A. F. A.; PEDREIRA, M. L. G. Hemólise de eritrócitos em dispositivos de infusão intravenosa: Revisão integrativa da literatura. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 180-190, Jan.-Mar., 2015.

PEREIRA, C. S.; SILVA, F. C.; MOBTEIRO, M. G. S.; RODRIGUES, A. M. U.; ABREU, R. N. D. C. Cuidados de enfermagem para segurança do paciente em hemoterapia. **Rev Enferm UFPE**, v. 5, n. 1, p. 28-33, Jan.-Mar., 2016.

REIS, L.; MARTINS, R. C. A. Histórico da política e da regulação do sangue no Brasil e Inspeção Sanitária em Serviços de Hemoterapia. *In:* ANVISA. **Curso de Boas Práticas no Ciclo do Sangue – Modulo 1.** Brasília, 2017.

REIS, V. N.; PAIXÃO, I. B.; PERRONE, A. C.; MONTEIRO, M. I.; SANTOS, K. B. **Monitorização transfusional:** análise da prática assistencial em um hospital público de ensino einstein; v. 14, n. 1, p. 41-46, 2016.

SILVA, E. M. **Ocorrência de reações transfusionais em um hospital público na cidade do Recife.** Monografia (Pós-graduação em Ciências Biológicas) - Universidade de Pernambuco, UPE. Recife, 2015.

SILVA JUNIOR, J. B. S.; RATTNER, D.; MARTINS, R. C. A. Controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil: uma abordagem para autoridades reguladoras. *Rev Panam Salud Publica*, v. 40, n. 1, 2016.

SILVA JUNIOR, J. B.; COSTA, C. S.; BACCARA, J. P. A. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 4, 2015.

SOUSA, C. N. S.; SILVA, L. N. M.; MAIA, J. B.; GÓIS, A. R. P.; SANTOS, M. A. S.; LIMA, P. C. P.; NOGUEIRA, R. **Avaliando a assistência de enfermagem na hemotransfusão**. Convibra. 2016.

SOUSA NETO, A. L.; BARBOSA, M. H. Incidentes transfusionais imediatos: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 146-150, 2012.

SOUZA, W. F. R.; CERQUEIRA, E. T. V. A atuação do enfermeiro na gestão do cuidado em reações transfusionais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health - REAS/EJCH**, v. Sup. 21, e586, 2019.

TAVARES, J. L.; BARICHELO, E.; MATTIA, A. L.; BARBOSA, M. A. D. Fatores associados ao conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital de ensino sobre hemotransfusão. **Rev. Latino- Ame. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 595-602, jul.-ago., 2015.

TELES, A. I. S. Patient Safety in Transfusion Medicine. **Res Biomedical and Biopharmaceutical Research**. V. 11, n. 2, p. 173-178, 2014.

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PARA O CONTROLE DO
TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Maria Darcylene de Souza Feitosa

Francisco Pereira Júnior Feitosa

Alex Josberto Andrade Sampaio

Maria Joelma Ferreira Calixto

Petrúcyra Frazão Lira

Jessica Lima de Oliveira

Rauana dos Santos Faustino

Patrícia Gomes Benevides

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica, considerada a principal causa evitável de morbidade e mortalidade prematura no Brasil e no mundo. Configura-se um problema de saúde pública, cuja mortalidade ocorre aproximadamente em metade dos fumantes, atingindo também os indivíduos expostos passivamente. A percepção dos riscos voltados ao uso do tabaco e seus derivados é presente entre seus usuários, no entanto, existe uma dificuldade em interromper o hábito de fumar (BRASIL, 2020).

Os riscos compreendidos ao uso de tabaco apresentam-se com o surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entre elas o desenvolvimento de neoplasias. Do ponto de vista econômico, há a perda de 50 bilhões de reais anualmente devido a tratamentos e despesas médicas, bem como a perda de produtividade dos fumantes (INCA, 2011). Compreende-se como intervenção com bom custo-benefício ao combate ao tabagismo, as ferramentas de educação em saúde, realizada de forma dialógica.

O Brasil participa da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS) desde 2005, em que foram determinadas algumas medidas que constituíram a Política Nacional para o Controle do Tabaco (PNCT). Essa política contribuiu para uma significativa

diminuição no número de fumantes, além da redução da morbimortalidade relacionada ao tabagismo (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Com a instituição da PNCT observou-se que Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), mostrou-se como o cenário favorável para a abordagem do tabagismo. Dessa forma, os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental no acolhimento e acompanhamento dos usuários de tabaco, fornecendo um cuidado integral e continuado a esses pacientes (PORTES *et al.*, 2014).

Contudo, nota-se que o apoio ofertado pelos serviços de saúde para a cessação do tabagismo ainda se mostra deficiente, embora seja de extrema importância na redução da prevalência de fumantes. O trabalho efetivo entre prevenção e tratamento podem favorecer a descontinuidade do hábito de fumar, e a APS, por meio das equipes de ESF, pode se tornar um grande elo no processo de tratamento do tabagismo (MELO; ARAGAKI, 2019).

Embora a PNCT seja um programa para o controle e prevenção do uso de tabaco, muitos tabagistas desconhecem a sua existência ou não compreendem a sua função, tornando-se uma barreira para adesão das ações realizadas pela APS (PEREIRA; GRITSCH; PASSOS; FURTADO, 2018). Assim, aponta-se a necessidade de ampliar a acessibilidade dessas informações relevantes a toda população, a fim de contribuir para que os tabagistas participem das atividades em busca de sua qualidade de vida.

Nesse sentido, torna-se imprescindível a implementação da PCNT na ESF de modo a possibilitar o acesso dos usuários ao programa (SANTOS; SANTOS; CACCIA-BRAVA, 2019). Este estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada da descentralização do Programa de Controle do Tabagismo nas ESFs no município de Barbalha – CE, Brasil.

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência acerca da descentralização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo para as Estratégias Saúde da Família de Barbalha - Ceará, realizado no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020.

A cidade de Barbalha localiza-se no extremo sul do Estado do Ceará, possui um território de 599 km², com uma população da zona urbana de 38.022 e população rural de 17.301, perfazendo um total de 55.323 habitantes (IBGE, 2010). O município encontra-se organizado nos três níveis de atenção à saúde. Apresenta-se com capacidade instalada para realização dos serviços primários, secundários e terciários, e integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS (BRASIL, 2007).

A princípio, as ações voltadas à prevenção e ao tratamento do tabagismo eram desenvolvidas de forma centralizada no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), localizado na sede no município de Barbalha - CE. As atividades ocorriam em formato aberto para a população em geral do município.

O público assistido apresentava-se em estágios diferentes de dependência, dificultando as intervenções direcionadas e continuadas, favorecendo a baixa adesão ao tratamento. Nesse sentido, por possuir maior capilaridade e vinculação, surgiu a necessidade da descentralização da PNCT para a APS, visto que a ESF possibilita o favorecimento do vínculo com a comunidade.

No intuito de realizar um planejamento estratégico operacional para a descentralização do referido programa, buscaram-se parcerias com a Universidade Federal do Cariri (UFCA), por meio da Faculdade de Medicina (FAMED) e Escola Técnica do SUS (ETSUS).

A equipe multiprofissional de apoio às intervenções foram compostas por psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeira, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, profissionais instruídos no desenvolvimento de ações de capacitações grupais acerca do tabagismo.

A equipe de apoiadores discutiu adaptações preconizadas pela PNCT, elaborando o roteiro, fichas e prontuários para serem adotados pelas equipes da atenção básica, vislumbrando a sistematização do cuidado centrado nas medidas de promoção e prevenção em saúde. Utilizaram-se ainda os Cadernos de Atenção Básica-CAB Nº 40 do Ministério da Saúde, que orienta a formação e condução de grupos (BRASIL, 2015).

Posteriormente, iniciou-se a elaboração de uma agenda para os encontros nas unidades com o objetivo de dialogar e construir, junto às equipes, reuniões

estruturadas e embasadas no preconizado pelo PNCT e, sobretudo, ancoradas nas potencialidades e necessidades dos territórios.

Como critérios de seleção das unidades de ESF para o início da descentralização, estabeleceu-se a localização, equipe completa, baixa rotatividade de profissionais, insumos e medicamentos disponíveis para a efetividade das ações. Optou-se pelo desenvolvimento de capacitações grupais sobre o tabagismo como apoio de uma equipe multiprofissional. Os grupos de intervenção ocorreram em quatro unidades de ESF do município de Barbalha – CE, com quatro sessões em cada equipe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a implementação da descentralização houve a necessidade da capacitação e sensibilização dos profissionais das unidades de saúde quanto à temática e à metodologia das sessões estruturadas do programa. Os temas foram abordados de forma expositiva e dialógica e ancorados no manual do coordenador do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Retratou-se a história do tabagismo, bem como as temáticas de cada sessão, além da utilização do prontuário do fumante.

Durante o encontro com os profissionais nas unidades, foram feitos planejamentos constando de levantamentos sobre o número de fumantes dos territórios, cronograma das sessões, bem como sua duração, número de participantes, metodologia utilizada, avaliação dos encontros e agendamento dos profissionais facilitadores de cada sessão. Ficou definido que em cada sessão estruturada haveria um profissional apoiador na condução dos grupos junto aos profissionais da ESF.

Na avaliação do encontro com os profissionais da ESF, uma das problemáticas apontadas foi a dificuldade de realizar ação educativa em grupos, o que corrobora com pesquisa realizada no referido município, a qual destacou que os profissionais referiram a necessidade de um embasamento teórico para realização de ações de educação em saúde (FEITOSA, 2014).

Diante da demanda apresentada realizou-se oficina sobre educação em saúde na perspectiva da aprendizagem significativa para o grupo, lançando possíveis estratégias de condução, tendo as características de cada território como principal disparador dos grupos.

Figura 1 – Reunião de apoiadores, Barbalha – CE, 2019



Fonte: Autoria própria.

Figura 2 – Parceria com Universidade Federal do Cariri, Barbalha – CE, 2019



Fonte: Autoria própria.

Com base nas recomendações do PNTC, prosseguiu-se com a captação de usuário. Para evitar a possibilidade de evasão, optou-se pela formação dos grupos com limite de dezoito usuários. Foram realizadas quatro sessões estruturadas com apoio de material didático – manual do participante elaborado pelo INCA –, dinâmicas de grupo, realização de práticas integrativas e complementares de saúde-PICS de acordo com o perfil dos usuários de cada território. As sessões duraram em média sessenta minutos.

Os encontros aconteciam na ESF ou em instituições parceiras no território. Todo o processo foi ancorado nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). Vale salientar que em toda sessão buscava-se levantar os conhecimentos trazidos de cada participante e valorizava-se as suas experiências prévias.

Figura 3 – Grupos de capacitação com usuários. Barbalha – Ceará, 2020



Fonte: Autoria própria.

A tabela a seguir mostra o perfil dos usuários tabagistas que participaram das ações realizadas por profissionais da saúde em algumas Estratégias Saúde da Família no município de Barbalha-CE.

Tabela 1 – Perfil dos tabagistas participantes das ações realizadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Barbalha – CE, 2020

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	41	58,6
	Masculino	29	41,4
Total		70	100
Idade	<18	01	1,4
	18 + 59	56	80
	>59	13	18,6
Total		70	100

Fonte: Autoria própria.

O público assistido apresentou uma frequência de 70 usuários. Nota-se que, em relação ao sexo, as equipes apresentaram mais usuários do público feminino. Conforme a literatura, há prevalência maior de tabagistas do sexo feminino, tendo em vista que esse público costuma procurar com mais frequência os serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2019).

Observa-se que a faixa etária mais prevalente entre os usuários de todas as unidades foi a de 18 a 59 anos, com um número de 56 usuários, seguido de 13 usuários maiores de 60 anos e apenas 1 pessoa menor de 18 anos. Muller *et al.* (2017) apresenta em seu estudo que a idade média em que os indivíduos iniciam o hábito de fumar é aos 16 anos, no entanto, a maior prevalência de tabagistas é na faixa de 20 a 59 anos.

A Tabela 02 apresenta os participantes em cada sessão de capacitação ofertada em cada unidade de ESF, bem como o resultados de usuários que eliminaram o hábito de fumar.

Tabela 2 – Participantes das sessões realizadas pela iniciativa do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Barbalha – CE, 2020

Unidades	Tabagistas	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	Eliminaram o hábito de fumar
Bulandeira	20	12	15	09	07	3
Estrela	16	16	10	11	05	7
Malvinas	17	13	09	07	03	5
Rosário	17	08	04	06	05	6
Total	70	49	38	33	20	21

Fonte: Autoria própria.

As equipes conseguiram captar um número significativo de tabagistas, contudo, observou-se uma progressiva diminuição da participação dos usuários nas atividades, sobretudo na última sessão estruturada, que coincidiu com os festejos natalinos, cujo número de usuários reduziu consideravelmente.

Observa-se que as estratégias de enfrentamento ao tabagismo, muitas vezes, desconsideram, reduzem ou simplificam as complexas dimensões da vida humana. Além disso, cada usuário, em sua individualidade, possui singularidades que dificultam a sua participação nas estratégias realizadas e o êxito na cessação do hábito de fumar (CARVALHO *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que, após a implementação dos grupos, 21 tabagistas conseguiram cessar o hábito de fumar e referiram melhora da qualidade de vida, relacionamento familiar e sobretudo da autoestima. Nessa perspectiva, evidencia-se a efetividade de ações de prevenção e controle ao tabaco e compreende-se a importância dos serviços de saúde para realização de intervenções com a população tabagista (ZAMPIER *et al.*, 2019).

As equipes de saúde, durante a realização dos grupos com os tabagistas, mostraram-se bastante motivadas. Durante as atividades os profissionais realizaram a escuta qualificada, utilizaram metodologias ativas para dinamizar os encontros e fixar a atenção dos usuários, com base no princípio de aprendizagem significativa. As metodologias ativas tratam-se de modelos de aprendizagem dinâmicos, por possibilitarem a participação ativa em busca de novos saberes que ressignificam os conhecimentos e experiências prévias do sujeito (FREITAS; CUNHA; BATISTA, 2016).

O conhecimento não foi apenas repassado aos tabagistas presentes nos grupos, o aprendizado foi mútuo. Os usuários despertaram nos profissionais o desejo de realizar outras atividades e estratégias para além daquela que estava sendo realizada. Foram apresentadas informações, principalmente pelos próprios usuários, que destacaram a importância dos encontros não só para a cessação do tabagismo, mas também no âmbito do autocuidado e autoconhecimento.

Diante do exposto, compreende-se a necessidade da realização de ações de educação em saúde com os tabagistas. Assim, os profissionais de saúde devem planejar a realização dessas ações educativas e manter continuamente uma avaliação para estimar a efetividade dessas atividades. Para a realização de atividades grupais, os usuários mostram-se mais interessados quando implementado o lúdico, chamando a atenção dos participantes e melhorando a aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

A descentralização do PNTC no município de Barbalha foi uma acertada decisão de gestão, favorecendo ao cuidado continuado dos usuários fumantes e apoiando-os na decisão de parar de fumar.

A maioria desses usuários, pelos relatos, já procuram a UBS em função de diversas comorbidades: são idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, e/ou apresentam problemas respiratórios, cardiovasculares, mentais – ou sofrimento psíquico – e transtornos polimedicamentosos.

Apesar dos muitos esforços na estruturação dos grupos, percebeu-se dificuldade na adesão por parte dos usuários tabagistas em virtude, sobretudo, da síndrome da abstinência ao grupo de educação em saúde.

Embora o programa inclua a terapia medicamentosa como recurso importante, disponibilizar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde-PI-Cs, como relaxamento, fitoterapia, meditação, reiki, aromaterapia, realizar práticas populares de cuidado, dinâmicas de grupo, favorecer a convivência, a comunicação assertiva e o reforço ao protagonismo dos usuários, contribuíram significativamente para a cessação do tabagismo dos participantes.

O programa de tabagismo possibilita que os usuários se encontrem com frequência regular, que os profissionais das ESFs desenvolvam expertise na facilitação de grupos, quebrando possíveis resistências ao uso e impacto das tecnologias leves e das práticas de cuidado, valorizando a necessidade da primazia da promoção da saúde, e com isso contribuir para o bem viver das comunidades implicadas.

Conclui-se que há uma maior interação e adesão à proposta de cessação do tabagismo ao passo que são criados vínculos entre os usuários e a equipe de saúde, verificando a importância da descentralização das ações preconizadas pela PNCT no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do SUS: DATASUS. **Informações de Saúde: Demográficas e Socioeconômicas. População Residente: Censo, Contagem e Projeções intercensitários, segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio.** Ceará: Barbalha, 2007. Disponível em: <www.datasus.gov.br>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo:** Relatório de recomendação, 78p. Brasília, DF, 2020.
- BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, 20 Nov 2013. 2013a.
- CARVALHO, A. A. *et al.* Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1119-1130, Apr. 2013.
- CAVALCANTE, T. M. *et al.* Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v.33, Sup 3, 2017.
- FEITOSA, M. D. S. **Saberes e práticas de profissionais da estratégia saúde da família na educação em saúde: análise baseada na aprendizagem significativa.** 2014. 74 f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.
- FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K.; BATISTA, S. H. S. S. Aprendizagem significativa e andragogia na formação continuada de profissionais de saúde. **Revista/Meaningful Learning Review**, v.6, n.2, p.1-20, 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Cidades:** Barbalha Ceará, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br /cidadesat/link.php?uf=CE>.
- INCA. Instituto Nacional De Câncer (Brasil). **A situação do tabagismo no Brasil:** Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MELO, E. S.; ARAGAKI, S. S. Ampliação do tratamento do tabagismo para a atenção básica no município de Palmeira dos Índios-AL: uma atuação multidisciplinar. **Gepnews**, Maceió, a.3, v.2, n.2, p.439-447, abr./jun. 2019. Disponível em: <http://200.17.114.107/index.php/gepnews/article/view/7935/5770>. Acesso em: 06 de junho de 2020.

MULLER, E. V. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em usuários da estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, v.22, n.4, 2017.

PEREIRA, A. A. C.; GRITSCH, L. J.; PASSOS, M. S.; FURTADO, M. D. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, v.23, n.3, 2018.

PORTES, L. H. *et al.* Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.19, n.2, fev. 2014.

SANTOS, C. B.; SCORTEGAGNA, S. A.; FRANCO, R. R. C; WIBELINGER, L. M. Variáveis clínicas e razões para busca de tratamento de pacientes tabagistas. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.15, n.2, abr./jun. 2019.

SANTOS, M. D. V.; SANTOS, S. V.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 563-572, Feb. 2019.

ZAMPIER, V. S. B. *et al.* Abordagem do enfermeiro aos usuários tabagistas na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**, v.72, n.4, p.1001-8, 2019.

CAPÍTULO 11

PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

Lívia de Sousa Rodrigues

Ana Lorena Brito Cruz

Danielly Gonçalves da Silva

Jessica Lima de Olivera

INTRODUÇÃO

Atualmente o mundo enfrenta um período de grande tensão decorrente de uma pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). Compreende-se como um dos maiores desafios vivenciados neste século, tendo em vista a alta taxa de transmissibilidade de um vírus, ainda desconhecido, que tomou grandes proporções em poucos meses, expandindo-se para uma grande área geográfica mundial. Diante disso, todo o setor e trabalhadores da saúde tiveram que reorganizar os serviços prestados à comunidade, adaptando-se ao novo cenário epidemiológico de acordo com as recomendações dos órgãos mundiais de saúde.

A implementação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) qualificada mostra-se um grande desafio no Brasil, tendo em vista que a conjuntura social do país é marcada pela desigualdade socioeconômica e cultural. Na década de 90 houve a instituição do Programa Saúde da Família (PSF) a fim de reorientar e melhorar as práticas assistenciais oferecidas pela APS. Modificações estruturais importantes converteram a denominação desse programa em estratégia Saúde da Família (eSF), que se mantém até os dias atuais (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

A Atenção Básica, no Brasil, é definida como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. É ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Nesse contexto, a Saúde da Família é adotada como estratégia prioritária de consolidação e organização da Atenção Básica,

devido seguir os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2017).

Em suma, esses princípios partem do pressuposto de que os serviços de saúde devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram atendimento, de modo universal, sem diferenciações excludentes, além de ofertar o cuidado de acordo com as necessidades das pessoas, minimizando as desigualdades sociais existentes nos territórios, planejando e implementando ações para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos e agravos, bem como para a promoção da saúde (BONALDI; RIBEIRO, 2014).

A equipe da eSF tem uma composição multiprofissional, agindo na individualidade e coletividade, com vistas a uma assistência integral e longitudinal, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, além de práticas direcionadas à cura e à reabilitação, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Dessa forma, os profissionais de saúde atuam intervindo nos fatores determinantes e condicionantes da saúde a fim de minimizar o impacto que eles exercem na vida da população (SANTOS *et al.*, 2020).

A eSF oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. Durante surtos e epidemias, exerce um papel fundamental na resposta à doença em questão, devido a ser uma das portas de entrada da RAS, com grande potencial de identificação precoce de casos graves, oportunizando seu manejo em tempo hábil na atenção secundária ou terciária.

Em dezembro de 2019, o mundo foi surpreendido por uma doença respiratória com grande poder de transmissibilidade, tendo como agente etiológico o SARS-CoV-2. Esse novo vírus provoca a COVID-19, sendo agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China), em um primeiro momento.

Em pouco tempo, essa síndrome gripal difundiu-se para outros países. Seu espectro clínico pode variar de infecções assintomáticas ou oligossintomáticas a quadros graves, com forte comprometimento da capacidade respiratória. No Brasil, o primeiro caso identificado ocorreu em fevereiro de 2020, em São Paulo. No mês seguinte, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação epidemiológica como Pandemia, ou seja, considerou a disseminação mundial sustentada da nova doença (OMS, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 tem transmissão interpessoal, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal, quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. No momento, não existem vacinas ou tratamentos específicos para a COVID-19 e, no contexto de transmissão comunitária, a principal recomendação é o isolamento social (BRASIL, 2020).

Assim, o manejo da síndrome gripal, para os casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até a alta do isolamento. Para os casos graves, demanda estabilização clínica e encaminhamento aos serviços de urgência/emergência ou hospitalares. Os idosos e portadores de condições crônicas, por serem grupos de risco, estão em situação prioritária para atendimento; os demais casos, sem complicações ou comorbidades, devem ser conduzidos na APS (BRASIL, 2020).

Diante do exposto, e considerando a magnitude do impacto da pandemia de COVID-19, bem como a relevância dos serviços de APS para o seu enfrentamento, objetivamos relatar a experiência vivenciada pela equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior do Ceará no contexto pandêmico.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência que visa construir a descrição da metodologia de trabalho adotada por duas equipes de Saúde da Família (EqSF) de uma UBS do município de Várzea Alegre – CE, para o atendimento à população adscrita na perspectiva da equidade e da integralidade no contexto da pandemia de COVID-19.

A técnica utilizada para captação da realidade foi a observação participante, já que a vivência foi relatada por um observador que assume o papel de membro do grupo que delinea a realidade observada (GIL, 2017).

A descrição se deu no curso da implementação da experiência, sendo, portanto, algo em construção, o que acentua o seu caráter dinâmico. O período relatado compreende o espaço temporal de 21 de março de 2020 a 20 de abril do mesmo ano. Ressalte-se que, mesmo após concluído este escrito, as atividades continuaram sendo desenvolvidas, com possíveis modificações da metodologia de trabalho, já que o momento vivenciado demanda reavaliação contínua do processo implementado como parte do planejamento da equipe.

Lócus da Experiência

Várzea Alegre está localizada ao sul do estado do Ceará, distando 467 Km da capital Fortaleza. Sua população, estimada pelo censo de 2010, era de 38.434 habitantes distribuídos pelos seus 839,89 Km² de território. Possui como limites geográficos os municípios de Farias Brito, Cariús, Cedro, Caririaçu, Granjeiro e Lavras da Magabeira, e integra a macrorregião de saúde do Cariri.

A rede local de saúde conta com quinze equipes da eSF, distribuídas em doze UBS. Dispõe, ainda, de serviços multiprofissionais do antigo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e de apoio diagnóstico com exames de imagem e eletrocardiograma, este último com a estratégia TELESSAÚDE, além de um hospital filantrópico, laboratórios de análises clínicas e consultórios de vários profissionais conveniados com o SUS.

A UBS, cuja experiência buscou-se relatar, está localizada no centro da cidade e abriga duas equipes da eSF, com atendimento da população do centro da cidade e de um bairro vizinho. Além disso, nessa mesma unidade e direcionados à população de todo o município, funcionam alguns serviços especializados, de caráter multiprofissional e de apoio diagnóstico, além do atendimento de demanda espontânea no período noturno. Logo, desenha-se como um grande desafio conter o acúmulo de pessoas em espaços como recepção e salas de espera, bem como a necessidade de redução do fluxo e da exposição dos profissionais e trabalhadores de saúde aos riscos de infecção por ocasião da pandemia de COVID-19.

Vale ressaltar que essa unidade de saúde possui grande visibilidade no contexto municipal, o que, em parte, é devido à sua localização privilegiada em relação às demais, ao grande número de pessoas que acessam a RAS em seus espaços diariamente, assim como à herança histórica de funcionamento de um pronto-socorro em períodos anteriores à implementação da eSF. Tais características a tornam elegível para o desenvolvimento de projetos-piloto, como a certificação pelo Qualifica APSUS, por exemplo.

Estratégia Municipal: o ponto de partida das nossas ações

Diante da situação de emergência em Saúde Pública decretada pelo gestor municipal, determinou-se o funcionamento apenas dos serviços considerados

essenciais à população, a exemplo do setor de comercialização de alimentos, medicamentos, saneamento urbano, fiscalização e organização do trânsito, além dos serviços de saúde.

Nesse contexto de atuação atípico, demandou-se a elaboração de novas metodologias para enfrentamento da crise sanitária vigente de forma que a atividade dos serviços fosse mantida sem que, com isso, houvesse aglomeração de pessoas nos espaços assistenciais.

O Plano de Contingência para Enfrentamento da Pandemia de Coronavírus foi elaborado com a participação dos diversos atores envolvidos na prestação de serviços públicos e privados de abrangência municipal, no tocante à saúde e aos demais setores.

No âmbito das UBS, a estratégia recomendada foi a suspensão temporária dos atendimentos programados, como consultas de acompanhamento, procedimentos diagnósticos eletivos, visitas domiciliares de rotina e atendimentos de demanda espontânea não urgentes. Para tal feito, utilizaram-se canais de comunicação diversos por meio dos quais as informações ganharam a capilaridade necessária com alcance à população de uma forma geral. Além dos canais virtuais, como as redes sociais, também adotou-se o espaço dos programas de rádio, vinhetas veiculadas em carros de som e a já usual divulgação dos informes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em seus respectivos territórios, contando com mutirões informativos organizados pela secretaria de saúde em todos os bairros, com o valioso apoio intersetorial.

O plano municipal instituiu, ainda, a existência de uma “equipe volante”. Composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um motorista, esse importante e fundamental dispositivo presta apoio às equipes da eSF por meio de visitas domiciliares a pessoas com sintomas respiratórios, com instituição de terapêutica pertinente, evitando, quando possível, o seu deslocamento às unidades de saúde. Os profissionais dessa equipe são estrategicamente deslocados de equipes da eSF para que não haja prejuízo assistencial neste momento.

Em virtude da vigência da campanha nacional de vacinação contra influenza, e seguindo a recomendação do ministério da saúde, as atividades rotineiras de imunização também ficaram suspensas, em um primeiro momento, com vistas a evitar o grande fluxo de pessoas na UBS.

Estratégia adotada na UBS

Visando a redução das possibilidades de aglomerar pessoas em espaços públicos, a gestão municipal determinou, por meio de decreto, a suspensão das atividades de saúde programadas durante um período de 45 dias. Nesse espaço temporal deveriam ser realizadas apenas atendimentos de urgência e emergência, bem como de demandas administrativas ou clínicas sem possibilidade de adiamento e com a adoção de estratégias próprias em cada equipe para o enfrentamento da situação, em observância ao definido pela normativa municipal.

Considerando a diminuição no fluxo de pessoas na UBS, optou-se por garantir a extensão do horário de funcionamento (das 7h00 às 19h00) com a divisão da equipe em dois turnos, com seis horas de duração cada um. Dessa forma, foi mantido em cada turno um médico, uma enfermeira, três a quatro técnicas de enfermagem, dois agentes administrativos, duas auxiliares de serviços gerais. Cargos para os quais não se dispunham pares para alternância de turnos foram mantidos em seus horários habituais, como cirurgiã dentista, auxiliar de consultório dentário, copeira e lavadeira. O atendimento noturno foi temporariamente suspenso, em consenso com a gestão municipal, devido à impossibilidade de compensação das horas-extras dos profissionais escalados, por meio de folgas diurnas, o que acarretaria em prejuízo assistencial.

O atendimento especializado teve sua demanda agendada suspensa, ficando a equipe multiprofissional à disposição para demandas urgentes solicitadas pelas equipes da eSF.

Dessa forma, além de cumprir o decreto municipal, conseguiu-se minimizar o tempo de exposição dos profissionais a casos suspeitos ou a portadores assintomáticos, que passou de oito horas diárias para seis, tranquilizando e promovendo a saúde mental da equipe, visto que mostrava-se uma grande preocupação com o bem-estar de todos.

Vale ressaltar que foram ofertados equipamentos de proteção individual, necessários ao desempenho de cada atividade laboral, para todos os trabalhadores da UBS, assim como ficou a cargo da enfermeira de cada turno orientar e supervisionar o uso adequado.

Garantia da Integralidade e da Equidade

Inicialmente, deve-se destacar a concepção do direito à saúde em tempos de pandemia. Essa garantia, instuída no Brasil pela Lei nº 8.080/90, pressupõe a observância dos princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade. Dispõe, ainda, sobre a relação existente entre os níveis de saúde da população e a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

O direito à saúde possui garantia constitucional, integrando o rol de direitos humanos fundamentais e inalienáveis. A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 196, define a saúde como direito de todos e dever do estado, e vincula sua garantia à existência de políticas sociais e econômicas, com vistas à redução de riscos de doenças ou agravos, e estabelece que sua consecução está condicionada ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde com atendimento integral das necessidades (BRASIL, 1988).

Dessa forma, todas as estratégias elaboradas neste momento, com tantas peculiaridades sanitárias, buscaram considerar os aspectos definidos pela CF de 1988 e corroborados pelas leis orgânicas do SUS.

Além do princípio da universalidade, tão relevante para a garantia da sobrevivência da população brasileira na crise sanitária vigente, considerou-se a integralidade e a equidade como centrais na definição para o plano de trabalho utilizado no contexto da estratégia Saúde da Família.

Para as ponderações deste escrito, define-se equidade como o tratamento a todos de forma igualitária, de acordo com a ideia de igualdade e universalidade do acesso, e tratar os desiguais de forma desigual, priorizando grupos específicos a partir de critérios de riscos (BARROS; SOUSA, 2016).

Já a integralidade é definida como um princípio do SUS, que, considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Constrói-se na práxis das equipes com e nos serviços de saúde (SILVA; SENA, 2008).

Elaborou-se um fluxo de acolhimento das demandas na UBS para a garantia da equidade e da integralidade na atenção. Apesar das estratégias de informação à população sobre a necessidade de distanciamento social e da suspensão das atividades programadas, a busca pelos serviços permaneceu, embora reduzida.

A construção de um fluxo de procedimentos para o atendimento humanizado torna-se uma ferramenta imprescindível para a prática profissional das equipes, com organização das etapas do seu processo de trabalho (BRASIL, 2013).

Chegando à UBS, o acolhimento inicial ocorre com identificação da demanda na recepção e encaminhamento à triagem de sinais e sintomas pelo técnico de enfermagem. Os sintomáticos respiratórios são atendidos pelo médico em sala única, definida para este fim, aspecto que facilita a limpeza e desinfecção do ambiente e dos materiais e equipamentos utilizados a cada pessoa atendida.

Os casos de demandas administrativas, como renovação de prescrições de medicamentos de uso contínuo, solicitação de exames, imunização e necessidades de orientação específicas ou relacionadas ao autocuidado na vigência da situação de emergência de saúde pública, ficam a cargo da enfermeira, que institui o direcionamento adequado para cada situação.

O acolhimento adequado das demandas apresentadas favorece o alcance da equidade, orientando as etapas seguintes do atendimento de forma a garantir a integralidade no cuidado e a distribuição equitativa das ações.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde (BRASIL, 2010). O acolhimento relaciona-se, portanto, com o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, com a resolubilidade do atendimento e com a adequação do serviço às necessidades dos usuários (LIMA *et al.*, 2007).

Outras situações, como demandas de pessoas idosas, com ou sem sintomas respiratórios, são solucionadas pela equipe por meio de visitas domiciliares previamente agendadas ou pela equipe volante, nos casos em que é inviável o agendamento do atendimento. Alguns acessos à UBS podem ser evitados, sem que com isso o direito à saúde seja desrespeitado. Um exemplo importante nesse aspecto são demandas administrativas e encaminhamentos para serviços terciários não paralisados, como oncologia. Nesses casos, e em outros semelhantes, o ACS capta a necessidade em domicílio e intermedia a solução junto à equipe, evitando que a pessoa tenha que se deslocar além do estritamente necessário.

A função do ACS é essencial para a consolidação da eSE, não só por promover o acesso das famílias às ações e serviços de saúde, mas por constituir contato constante com a comunidade e transformá-la. Seu papel é fundamental na divulgação de informações seguras para a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Principalmente em situações de crise, nas quais existe carência de informações ou estas são pouco confiáveis, tal profissional é muito importante para a divulgação de avisos dos serviços para a população (LORENZI; PINHEIRO, 2016).

O período é crítico e peculiar, pois, concomitante à recomendação de não promover aglomeração de pessoas, foi iniciada a campanha nacional de vacinação contra influenza. O público-alvo da primeira etapa da campanha é justamente o grupo das pessoas com idade superior aos 60 anos e dos profissionais de saúde, ambos integrantes da população com alto risco para infecção pelo coronavírus.

As equipes, sobretudo os profissionais da enfermagem e ACS, buscaram alternativas para alcançar o público-alvo minimizando os riscos decorrentes da exposição. Nessa perspectiva, optou-se pela vacinação em espaços abertos, que permitissem a livre circulação do ar e o distanciamento entre as pessoas, preconizado pelos organismos internacionais de saúde e normativas técnicas nacionais oficiais. Implementou-se essa estratégia utilizando espaços da comunidade, como escolas, associações e outros, gentilmente cedidos pelos seus organizadores, o que demonstra o fortalecimento das parcerias comunitárias e intersetoriais para a promoção da saúde. Além disso, as pessoas com idade superior aos 80 anos, bem como aqueles com mobilidade reduzida, foram vacinados em seus domicílios, o que requereu um esforço extra das equipes de vacinação para a implementação da estratégia extramuros.

A vacinação, ao lado das demais ações de vigilância epidemiológica, vem ao longo do tempo perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de ações da APS. As campanhas, as intensificações, as operações de bloqueio e as atividades extramuros são operacionalizadas pela equipe da atenção primária, com apoio dos níveis distrital, regional, estadual e federal, sendo fundamental o fortalecimento da esfera municipal (BRASIL, 2014). A vacinação extramuro é de extrema importância, uma vez que, dessa forma,

são imunizados os grupos que têm dificuldade de se dirigir a uma unidade de saúde, contribuindo para o alcance das metas da vacinação e, conseqüente, redução dos casos de gripe.

Tendo em vista todas essas particularidades, o planejamento direcionado ao funcionamento desse serviço é uma constante na prática dos profissionais da eSF. Organização da demanda, gestão de pessoas, gerenciamento de materiais e insumos, análise de situação de saúde e implementação de processos de trabalhos resolutivos são atividades cuja execução se soma ao acolhimento de populações residentes fora dos limites das áreas de abrangência de nossas duas equipes da eSF.

A continuidade das ações

Após as primeiras semanas de readequação do processos de trabalho, um novo momento se inicia, pois o primeiro caso com testagem positiva para COVID-19 no município reside na área de abrangência da UBS descrita e já recebeu alta por cura. O seu manejo pós alta hospitalar e retorno para o domicílio foi realizado pela equipe correspondente, com toda a atenção necessária à situação de vulnerabilidade social e econômica familiar, inclusive com apoio intersetorial.

Novos casos começam a ser confirmados em outras áreas de abrangência. O medo e a insegurança, peculiares aos profissionais em momentos de crise, começam a ser substituídos pelo compromisso ético e legal de garantir a atenção integral e equitativa à população para a qual somos referência sanitária.

Urge a necessidade de retorno de algumas atividades que possuem sua temporalidade como um aspecto indispensável à construção das práticas de saúde, a exemplo do acompanhamento pré-natal e das atividade de imunização, dentre outros. O retorno dessas atividades está sendo planejado e executado com toda cautela de agendamento de horários individuais e consideração de particularidades de cada pessoa/atendimento, de forma a garantir o distanciamento temporal e espacial inerentes à situação sanitária atual.

Quadro 1 – Síntese de ações na UBS durante a pandemia de COVID-19

SERVIÇO	SITUAÇÃO	RESPONSÁVEIS	PERÍODO/ TURNO
Acolhimento	Disponível	Equipe de enfermagem e recepcionistas	7h às 18h
Triagem (Sinais vitais e identificação de queixas)	Disponível	Equipe de enfermagem (Técnica de enfermagem sob supervisão da enfermeira)	7h às 18h
Atendimentos de demanda espontânea (casos específicos)	Disponível	Médico (a)/ Enfermeira	7h às 18h
Atendimento individual a sintomas respiratórios	Disponível	Médico (a)/ Enfermeira	7h às 18h
Triagem de demandas administrativas (cuidado continuado)	Disponível	Enfermeira	7h às 18h
Atendimento de demandas administrativas	Disponível	Enfermeira	7h às 18h
Pré-Natal	Disponível	Médico (a)/ Enfermeira	7h às 18h
Atendimento odontológico	Disponível para urgências	Dentista/ auxiliar de consultório dentário	Manhã/ Tarde
Orientações específicas	Disponível	Enfermeira	7h às 18h
Imunização	Disponível	Equipe de enfermagem (Técnica de enfermagem sob supervisão da enfermeira)	7h às 18h
Resolução de demandas administrativas não presenciais	Disponível	Enfermeira, agentes comunitárias de saúde e recepcionistas	7h às 18h
Serviços de apoio (Limpeza/ desinfecção, manutenção, copa/ cozinha e rouparia)	Disponível	Auxiliares de serviços gerais, copeira e lavadeira.	7h às 18h
Atendimento Especializado	Disponível para urgências	Equipe multiprofissional (Obstetra, ultrassonografista, pediatra, fonoaudióloga)	Manhã/ Tarde
Atendimento Noturno	Suspensão (temporariamente)	-	-

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

As atividades ora desenvolvidas têm demandado das equipes da eSF um incremento na articulação interprofissional com vistas ao fortalecimento da APS enquanto ferramenta imprescindível no enfrentamento da situação sanitária vigente.

A estratégia descrita está em curso e seu caráter dinâmico requer dos profissionais a flexibilidade necessária às sucessivas adequações do processo de planejamento para garantia da integralidade e da equidade do cuidado

ofertado. Porém, isso também se configura como uma das limitações deste relato, já que a inserção no contexto de prática e a concomitância com a execução da experiência podem alienar o processo analítico oportuno.

A descrição, não menos que a vivência descrita, possibilita a reflexão acerca da relevância que os processos de planejamento assumem na produção do cuidado em saúde, em situações típicas ou atípicas.

Importantes ferramentas de trabalho se desenham neste momento como potentes instrumentos de promoção da saúde e prevenção da infecção pelo novo coronavírus no âmbito do SUS. No cotidiano das ações, estratégias como teleatendimento e organização da demanda por horários traçam um delineamento de possibilidades para a continuidade da assistência com adequação das práticas assistenciais à realidade de isolamento social.

Novos aspectos no contexto das necessidades de saúde também emergem de acordo com as particularidades deste cenário. Saúde do trabalhador, saúde mental, atenção continuada às condições crônicas, acolhimento à demanda espontânea, entre outros, somam-se às orientações de um rigoroso controle de infecções, de instituição de barreiras físicas, químicas e operacionais à disseminação de agentes biológicos e à consolidação da longitudinalidade e do fortalecimento do vínculo entre equipes e populações adscritas.

Assim, o caráter reticente deste momento requer práticas centradas em evidências científicas e uma contínua análise da situação de saúde, com exaustiva utilização da epidemiologia social e amplificação da sua contribuição, para a compreensão do contexto de atuação, com vistas à promoção da saúde das populações adscritas e minimização do impacto da pandemia de COVID-19 no contexto local e global.

REFERÊNCIAS

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000100009&script=sci_abstract&tlng=pt.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio ao Saúde da Família: ações de promoção da saúde no cenário da estratégia saúde da família. **Rev APS**, v.17, n.2, p.195-203, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15320>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 2436, de 21 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a aprovação da nova Política da Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de Setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII Da Ordem Social, Seção II Da Saúde artigo 196-200. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf.

BRASIL. **Fluxograma do processo de atendimento e referenciamento da rede de Núcleos e Postos de ETP1**. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. **Lei 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid -19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 7. 37p. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-Protocolo-Manejo-ver07.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p.1327-1337, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000401327&lng=pt&nrm=iso.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.**, v.20, n.1, p.12-17, Jan-Mar, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000100003&script=sci_abstract&tlng=pt.

LORENZI, C. G.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.8, p.2537-2546, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000802537&script=sci_abstract&tlng=pt.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. 2020. Disponível em: Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Acesso em: 03 de abr. de 2020.

SANTOS, R. S. *et al.* Conflito armado na atenção básica: desafios para a formação e prática profissional. **Rev Bras Enferm.** v.73, n.2, p.1-9, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000200180&lng=en&nr-m=iso

SILVA, K.L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p.48-56, 2008. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28\(2\)042.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28(2)042.pdf)

Ato II

*Entrelaces das Resistências:
Cuidado, Afeto, Proteção e Qualidade assistencial*



**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

Beatriz de Castro Magalhães;

Ana Lorena Brito Cruz;

Morgana Vanessa da Silva Santos;

Celena Pedrosa Cavalcante;

Juliana Saraiva de Alencar;

Camila Almeida Neves de Oliveira;

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara;

Moziane Mendonça de Araújo

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, destaca-se como preocupação mundial, uma vez que causa danos à saúde individual e coletiva, eleva os índices de morbimortalidade populacional, requer auxílio de toda a sociedade para sua prevenção e enfrentamento, bem como a articulação de políticas e ações que se direcionem à assistência da mulher em toda sua integralidade (MENEZES *et al.*, 2014).

As violações ocorrem no cotidiano das mulheres, muitas vezes sem que elas percebam, tendo em vista a naturalização do poder masculino sobre o feminino (BLACK, 2011). Iniciam-se como pequenos atos que se intensificam dia após dia, em um ciclo contínuo de relação abusiva, a qual não é percebida como tal (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011; SOUSA *et al.*, 2018). No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica, sendo que 70% desses crimes são causados pelo próprio companheiro ou marido (LIMA; DESLANDES, 2014).

Destaca-se, assim, a violência por parceiro íntimo (VPI), a qual se caracteriza como violência física, sexual, abuso emocional e comportamentos controladores por um parceiro íntimo, durante ou após o término da relação (KRUG *et al.*, 2002; WHO, 2010).

Em estudo de Teofilo e colaboradores (2019), que analisaram dados do Sistema de Notificações e Agravos (SINAN) no período de 2010 a 2014, observou-se a maior predominância de notificação da violência psicológica, seguida das violências física e sexual. Ressalta-se, ainda, a pouca alimentação dos sistemas de informação, os quais dispõem de uma base temporal pequena e desatualizada, corroborando para a invisibilidade da violência contra a mulher.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como porta de entrada para o atendimento de mulheres em situação de violência. No entanto, as violências executadas pelo parceiro íntimo ainda são invisibilizadas nesse serviço, tendo em vista que não existem condutas padronizadas a serem executadas, levando a barreiras na assistência à vítima (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009; MOREIRA *et al.*, 2014).

Assim, cabe evidenciar o trabalho do enfermeiro dentro da APS, o qual está pautado nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e se baseia no novo modelo assistencial, centrado na integralidade do cuidado, nas intervenções frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e agravos e na promoção da saúde. Além disso, a prática do enfermeiro nesse serviço é realizada a partir das necessidades sociais de saúde, o que leva a refletir sobre a relevância desse profissional na assistência à mulher que é vítima de violência (MATUMOTO *et al.*, 2011; FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Ante ao exposto, a atuação do enfermeiro torna-se importante meio para assistência à mulher vítima de violência, seja para a identificação, acolhimento, formação de vínculo e empoderamento da mulher para o enfrentamento da problemática. Com base nessas prerrogativas, o presente estudo objetivou realizar uma revisão integrativa da literatura acerca da abordagem do enfermeiro referente a violência contra a mulher na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão integrativa da literatura. Para o alcance do objetivo proposto, utilizaram-se as seguintes fases, a saber: elaboração da questão norteadora; definição da base de dados para pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;

avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, por último, apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Considerou-se a estratégia Population, Variables and Outcomes (PVO) para a seleção dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) adequados a responder à pergunta: Como se dá a atuação do enfermeiro frente à assistência à saúde da mulher vítima de violência dentro da Atenção Primária à Saúde?

A busca bibliográfica foi realizada no início de outubro de 2018, estendendo-se até janeiro de 2019, por meio das seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

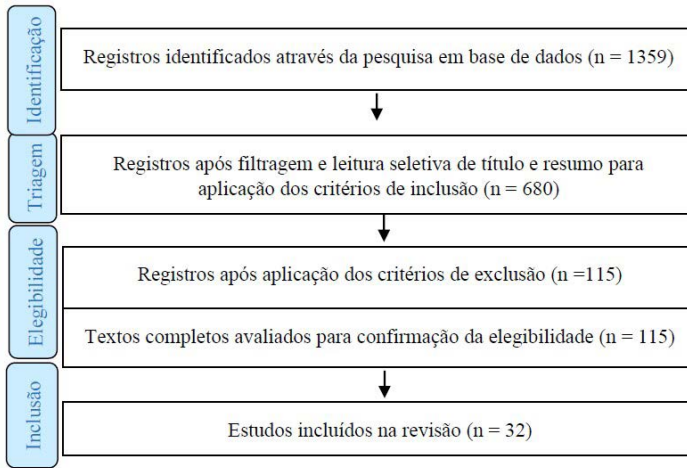
Para busca dos artigos, foram utilizados cruzamentos em cada base ou biblioteca de dados com o operador booleano AND, na estratégia busca avançada, e categorizaados título, resumo e assunto, mediante consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em inglês: Violence Against Women AND Primary Care Nursing, Violence Against Women AND Women's Health e Violence Against Women AND Primary Care Nursing AND Women's Health.

Os arquivos encontrados foram submetidos a um processo de filtragem que obedeceram às etapas texto completo, idiomas (português, inglês e espanhol) e base temporal de 2008 a 2018, visando à ampliação e avaliação dos estudos no período pós-implantação da Lei Maria da Penha.

Para a seleção dos estudos, utilizaram-se, como critério de inclusão, pesquisas originais que apresentassem resultados sobre a identificação e a atuação do enfermeiro frente à violência contra a mulher; e, como critério de exclusão, revisões de literatura, resumos, resenhas, monografias, dissertações, estudos não disponíveis para download gratuito, estudos repetidos e duplicados.

Foi utilizado o fluxograma do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Análises (PRISMA) para descrever o processo de seleção dos estudos com as etapas do processo de busca e seleção (MOHER *et al.*, 2009), demonstrado a seguir:

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Diagrama de Fluxo segundo a recomendação PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

A análise ocorreu de forma interpretativa e os resultados foram confrontados com a literatura pertinente sobre a temática.

RESULTADOS

O quadro a seguir apresenta uma síntese dos estudos avaliados e incluídos para a revisão, com dados sobre autoria e ano de publicação, titulação, método e resumo dos principais resultados.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos avaliados. Iguatu, 2020

Autor e ano		Título	Abordagem do estudo e/ou tipo de estudo	Resultados do estudo
1	VISENTIN, F. <i>et al.</i> , 2015.	A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero	Exploratório-descriptivo, qualitativo.	Estratégias para reconhecimento e combate da violência: acolhimento, empatia, estabelecimento de vínculo de confiança e diálogo e escuta ativa; além da notificação da violência.
2	ALBUQUERQUE NETTO, L. <i>et al.</i> , 2017.	As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo	Análítica, qualitativa.	O posto de saúde foi relatado como rede de apoio secundária. É importante reconhecer as redes de apoio para o manejo da violência contra a mulher.
3	SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. <i>et al.</i> , 2014.	Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?	Abordagem qualitativa	A importância do vínculo entre os profissionais da saúde e a mulher grávida no processo de identificação e intervenção da violência doméstica. Há também a necessidade de discussão dos aspectos ético-legais.

4	MARQUES, S.S. <i>et al.</i> , 2017.	Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes	Descritivo, qualitativo	Os indicativos de violência foram centrados apenas nas lesões físicas. As estratégias de enfrentamento foram os encaminhamentos a serviços especializados e discussão conjunta com a equipe de saúde.
5	SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. 2013.	Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial	Pesquisa participante, qualitativa	O acolhimento mostra-se potencializado com a escuta qualificada e elaboração de plano assistencial compartilhado com a usuária respeitando sua decisão e seu contexto familiar, assim como a visita domiciliar.
6	BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T., 2009.	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Pesquisa exploratória, qualitativa	O grupo de planejamento familiar e o grupo de gestantes são estratégias para se discutir, prevenir e identificar a violência de gênero.
7	ACOSTA, D.F. <i>et al.</i> , 2017.	Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica	Pesquisa qualitativa	Há necessidade de esclarecer a diferença entre denúncia policial e notificação compulsória.
8	D'OLIVEIRA, A.F.P.L. <i>et al.</i> , 2009.	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	Não apresenta	Defende-se a possibilidade de atendimento integral a violência, e não apenas suas repercussões.
9	GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S., 2011.	A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero	Pesquisa exploratória, qualitativa	Os significados conformam a necessidade de autonomia relacionada à mulher como sujeito na tomada de decisões.
10	HASSE, M.; VIEIRA, E.M., 2014.	Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	Quantitativa	Condutas adequadas são realizadas, mas são insuficientes devido à complexidade do problema da violência, assim como ocorre com os encaminhamentos. A violência de gênero deve ser abordada na formação de profissionais de saúde, processo que deve continuar nos serviços, objetivando sensibilizar e preparar esses profissionais para lidar com o tema.
11	GOMES, N.P. <i>et al.</i> , 2013.	Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família	Estudo qualitativo	Pontua-se para a importância da relação de confiança e da escuta no processo de identificação do agravo.

12	CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M., 2016.	Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde	Pesquisa qualitativa	É importante proporcionar bem-estar emocional, apoio e a continuidade do cuidado, para que as mulheres possam construir uma vida sem violência.
13	GOMES, N.P. <i>et al.</i> , 2015.	Apoio social à mulher em situação de violência conjugal	Pesquisa qualitativa	Revela-se que as demandas se encontram relacionadas às ameaças dos companheiros e à dependência econômica, o que justifica os encaminhamentos intersetoriais e a inserção da mulher em programa de geração de renda e emprego.
14	ALMEIDA, L.R.; SILVA, A.T.M.C.; MACHADO, L.S., 2014.	O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica	Pesquisa qualitativa	Os resultados evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento da categoria Gênero e da sua complexidade, devendo essa ser inserida no trabalho em saúde.
15	RODRIGUES, V.P. <i>et al.</i> , 2014.	Prática de trabalhadora(s) de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero	Pesquisa qualitativa	As ações não contemplam as questões de gênero e o encaminhamento/referência aos serviços assistenciais não recebem a contrarreferência.
16	GOMES, N.P. <i>et al.</i> , 2015.	Rede social para o enfrentamento da violência conjugal: representações de mulheres que vivenciam o agravo.	Estudo qualitativo	O estudo mostra que o apoio religioso, de familiares, de amigos e de ONGs, como o Coletivo de Mulheres do Calafate, permitem às mulheres se sentirem amparadas, o que favorece a busca por uma vida sem violência.
17	HESLER, L.Z. <i>et al.</i> , 2013.	Violência contra as mulheres na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde	Pesquisa exploratória-descriptiva, qualitativa	Em relação às práticas de cuidado e enfrentamento, observaram-se algumas ferramentas: a construção de estratégias de cuidado junto com a equipe; vínculo, escuta e diálogo com a mulher vítima de violência.
18	MARTINS, L.C.A. <i>et al.</i> , 2018.	Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família	Estudo descritivo, quantitativo.	Quanto às condutas, evidenciou-se dificuldade em questionar as mulheres sobre a violência e sua notificação.
19	SIGNORELLI, M.C.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G., 2013.	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Estudo etnográfico, qualitativo	A pesquisa revelou atendimentos centrados em: (1) preceitos biologicizantes, com foco em lesões físicas e medicalização; (2) diálogo, escuta ativa, questões psicossociais e estabelecimento de vínculos.

20	BITTAR, D.B.; NAKANO, A.M.S., 2018.	Violência simbólica entre adolescentes nas relações afetivas do namorado*	Pesquisa qualitativa	Entende-se que atuar sobre a origem da violência, já no início dos relacionamentos dos adolescentes, seja a melhor forma de combatê-la ou minimizá-la, visando à democratização das relações de gênero e à prevenção da violência conjugal.
21	LEIVA, A.A.P., 2015.	Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla	Estudo de caso de coorte	Destacam o workshop como a intervenção técnica mais amplamente planejada. O conteúdo é estruturado em torno das mulheres e defende seus direitos.
22	MEDINA MALDONADO, V.E.; CAMARÃO CUEVAS, M.C.; TORRES, L.M., 2011	Construcciones subjetivas sobre la Violencia de Género. Aportes para la prevención del problema	Estudo investigativo, qualitativo	Aceitação da dominação de homens, observado como normal ao cotidiano dos participantes. Desenvolvimento de estratégias para prevenção da violência de gênero, como: inclusão de mulheres e homens no processo de aprendizagem, modelagem de funções onde mulheres e homens assumem papéis e responsabilidades dentro de casa, a preparação de membros da comunidade para agir como um fator de proteção.
23	RODRÍGUEZ-BLANES, G.M. <i>et al.</i> , 2017.	Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados	Estudo Transversal	As ações mais frequentes referem-se a outros serviços, aconselhamento individual e entrega de informações.
24	CLARK, H.M. <i>et al.</i> , 2018.	Moms' Empowerment Program participation associated with improved physical health among Latinas experiencing intimate partner violence	Estudo de caso-controle	O maior acesso a recursos e maior apoio social pode melhorar saúde mental e física entre mulheres que experimentam IPV.
25	LOPES, C., 2016.	Intimate partner violence: A helpful guide to legal and psychosocial support services	Estudo descritivo	O estudo visou informar aos profissionais de saúde em como apoiar e aconselhar mulheres vítimas de abuso sobre aspectos práticos da obtenção de ordens de proteção e do acesso a serviços de abrigo.
26	GOMES, N.P; ERDMANN, A.L., 2014.	Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher	Pesquisa qualitativa	O modelo teórico foi delimitado a partir do fenômeno "Reconhecendo a violência conjugal como problema de saúde pública e a necessidade de gestão do cuidado à mulher", que reflete a vivência dos profissionais no que tange ao cuidado à mulher, bem como os significados atribuídos a esse cuidado.

27	AZEVEDO, A.C.C. <i>et al.</i> , 2013.	Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factor	Estudo transversal	Violência por parceiro íntimo antes da gravidez foi associada com gravidez não pretendida. Os achados apontam a necessidade de rastreamento da violência por parceiro íntimo nos serviços de saúde reprodutiva.
28	ALBUQUERQUE NETTO, L. <i>et al.</i> , 2018.	Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência	Pesquisa descritiva, qualitativa	O cuidado precisa possibilitar conservação de energia, por meio da atenção integral às mulheres, e não apenas focado na violência.
29	ZUCHI, C.Z. <i>et al.</i> , 2018	Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta	Pesquisa qualitativa	A escuta foi concebida pelos profissionais como uma prática que precisa ir além do que a mulher relata, sendo necessárias empatia, sensibilidade, calma e ausência de julgamento.
30	HEISLER, E.D. <i>et al.</i> , 2018.	Mulheres em situação de violência: (re) pensando a escuta, vínculo e visita	Relato de experiência, descritivo, qualitativo	As ações educativas possibilitaram aos participantes refletir e discutir sobre as práticas de escuta, vínculo e visita domiciliar às mulheres em situação de violência.
31	GOMES, N.P. <i>et al.</i> , 2013.	Cuidado à mulher em situação de violência conjugal: teoria fundamentada nos dados	Pesquisa qualitativa	A gestão da ESF para o cuidado a mulher vítima de violência deve valorizar a fala das usuárias, formação de vínculo, criação de espaços de discussão sobre a temática e a articulação intersetorial e com a universidade.
32	DUTTON, M.A. <i>et al.</i> , 2015.	Coordinated Public Health Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents	Não apresenta	O Project Connect fornece assistência técnica a donatários financiados por meio do título de saúde da Violência Contra a Mulher e envolve o desenvolvimento, implementação e avaliação de novas formas de identificar, responder e prevenir a violência.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Na perspectiva da abordagem do enfermeiro à mulher que sofre violência, é importante a criação de vínculo e intimidade com a paciente, que são otimizados mediante a observação das suas expressões e falas, criação de campo visual olho-no-olho, bem como preservação da privacidade e de um ambiente no qual a mulher não seja interrompida. Além disso, o acolhimento deve ser realizado com empatia e escuta ativa qualificada, visando à construção da confiança na relação enfermeiro-paciente (ZUCHI *et al.*, 2018).

Destaca-se que, além do acolhimento empático, é necessária a elaboração de um projeto terapêutico singular a cada mulher atendida, com atendimento

integral e com enfoque não apenas na violência. O acolhimento subdivide-se em postura, técnica e reorientação dos serviços, e dentro desse instrumento de cuidado reitera-se a importância da assistência singular, dada a diversidade de situações de violência que requerem soluções distintas, em que protocolos fixos não são recomendados (SCHAIBER *et al.*, 2012; CAMARGO *et al.*, 2008; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2018.).

Protocolos tradicionais com orientações tecnicistas de ação impedem que o problema seja abordado por meio da escuta qualificada e seja discutido como problema social. Assim, cabe destacar que a saúde da mulher é resumida basicamente na saúde reprodutiva e em aspectos curativistas, o que explica os profissionais da saúde apresentarem dificuldades em discutir e intervir na violência, por ser um problema de cunho social. Com isso, um grande desafio se refere ao não reconhecimento da libertação da opressão de gênero como requisito para o trabalho em saúde da mulher (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014).

Desse modo, tendo em vista que o modelo biomédico e tecnicista não surte efeito total no manejo da violência, é essencial a instituição de práticas baseadas em tecnologias leves/relacionais, que considere as subjetividades da mulher e trabalhe através delas (KISS; SCHAIBER, 2011).

Com relação à utilização de tecnologias leves/relacionais, a empatia se faz necessária para o enfermeiro compreender, antes de tudo, os motivos que levam a mulher à situação de violência e sua permanência nela, considerando os sentimentos e vivências da usuária (VISETIN *et al.*, 2015). Nesse sentido, a escuta qualificada é um instrumento essencial para obtenção de informações sobre condições de moradia, educação, condições de saúde da mulher e seu núcleo familiar, permitindo a compreensão da mulher, além das lesões físicas, que também culmina na identificação de lesões psicológicas (FONTANA, 2010; BRASIL, 2011c; GUIMARÃES *et al.*, 2011). Nessa perspectiva, destaca-se que o estigma e a vergonha são fatores que contribuem para o silenciamento da violência, cabendo ao enfermeiro conquistar a confiança da mulher (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011).

Outro ponto a ser considerado no manejo da vítima de violência é o reconhecimento das redes de apoio social, com o intuito de dar apoio à mulher caso precise, e de solicitar essa rede de apoio quando necessário. Para tanto, o enfermeiro, junto à mulher, deve conversar a respeito das pessoas ou instituições

com que a paciente mantém vínculo e sempre busca apoio, seja emocional, informativo ou social (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017).

Destaca-se que, para o fortalecimento do vínculo e das estratégias de manejo da violência, cabe ao enfermeiro manter vínculo também com a família e comunidade, que são, geralmente, as redes sociais de apoio que a mulher tem (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011). Após determinar a rede social de apoio, o enfermeiro deve instruir quanto aos centros de saúde disponíveis e orientar sobre a busca de ajuda. O enfermeiro deve deixar claro que a APS é uma porta de entrada para o manejo da violência, deixando a mulher ciente dos serviços a que pode recorrer. É necessário também que o profissional esteja atento às particularidades da mulher em cada fase do seu ciclo biológico, como a gestação. Esse público merece destaque pela maior possibilidade de frequentar a unidade de saúde durante o atendimento pré-natal, em que se deve trabalhar na perspectiva da violência (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017; SALCEDO-BARRIENTOS *et al.*, 2014).

Dessa forma, é essencial que o enfermeiro aborde questionamentos sobre violência no início das consultas e mantenha-se atento aos casos de gestantes relapsas ao pré-natal (VIELLAS *et al.*, 2013). Outras ações realizadas no acompanhamento à gestante dizem respeito à realização de ações educativas que visem a sensibilização de gestantes e profissionais, tornando o abuso visível. Vale ressaltar que, mesmo que a mulher não relate violência, cabe ao enfermeiro atentar-se aos sinais, bem como realizar remarcação de consultas com intervalos mais frequentes (ACOSTA *et al.*, 2017; COSTA; LOPES, 2012; BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Com relação ao diálogo que o enfermeiro terá com a mulher após a criação de vínculo, deve-se orientar a mulher sobre seus direitos e o apoio que a unidade pode prestar. Ademais, ressalta-se a importância em se contextualizar a conversa e dispor de perguntas indiretas, que não assustem a mulher, bem como perguntas diretas. Com relação às perguntas indiretas, pode-se indagar a mulher da seguinte forma: “Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro?” ou “Você está com problemas no relacionamento familiar?” entre outras formas. Já os questionamentos diretos podem ser: “Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente. Isso aconteceu alguma vez com você?” (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

É importante conferir voz às mulheres, uma vez que isso permite a apreensão das histórias e a elaboração de ações que atendam às suas reais necessidades e particularidades (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

O estudo possibilitou o conhecimento relacionado à atuação do enfermeiro frente à violência sofrida pela mulher no contexto da APS. Refletir sobre a temática em questão é importante para a melhoria do atendimento às vítimas, bem como para o planejamento adequado da assistência.

Sabe-se que há fragilidades no atendimento à mulher, quais sejam, despreparo dos enfermeiros para identificar e atuar ante a violência por parceiro íntimo, insegurança dos profissionais e mulheres por medo de retaliações vindas do agressor, subnotificação de casos, desarticulação intersetorial dos serviços de apoio, dentre outras. Dessa forma, discutir as fragilidades pode contribuir para que a atuação dos enfermeiros na APS seja mais efetiva no que diz respeito ao enfrentamento da violência contra a mulher.

A partir da realização deste estudo, poderá ser possível maior reflexão e sensibilização quanto à temática em questão, refletindo na qualidade da assistência ofertada na APS, por meio da percepção da violência pelo enfermeiro, acolhimento da mulher, criação de vínculo, notificação dos casos, minimização dos danos às vítimas, responsabilização do agressor, dentre outras ações que poderão minimizar os danos decorrentes da violência, melhorando os indicadores relacionados à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto contexto - enferm.**, v.26, n. 3, e.6770015, 2017.
- ALBUQUERQUE NETTO, L. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **REME -Rev Min Enferm.**, v.22, e-1149, 2018.
- ALBUQUERQUE NETTO, L. *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto contexto - enferm.**, v.26, n.2, e.07120015, 2017.
- ALMEIDA, L. R. de; SILVA, A. T. M. C. da; MACHADO, L. D. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interf. comum. saúde e**

educ., v.18, n.48, p. 47-59, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0047.pdf>. Acesso em: 30 ago 2018.

AZEVEDO, A. C. C. *et al.* Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.12, p.2394-2404, 2013.

BITTAR, D. B.; NAKANO, A. M. S. Violência simbólica entre adolescentes nas relações afetivas do namoro. **Rev. esc. enferm. USP**, v.51, e.03298, p. 01-08, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reesp/v51/pt_1980-220X-reesp-S1980-220X2017003003298.pdf. Acesso em: 16 set 2018.

BLACK, M. C. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. **Am J Lifestyle Med**, v.5, n.5, p.428-39, 2011. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1559827611410265>. Access em: 16 set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, 2011.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.28, p.165-174, 2009.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.24, 2008. Supl1.S58-S68.

CLARK, H. M. *et al.* Moms' Empowerment Program participation associated with improved physical health among Latinas experiencing intimate partner violence. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e39, 2018.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, e20160083, 2016.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n. 5, p. 1088-1095, Oct. 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciê. saúde coletiva**, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.

DUTTON, M. A. *et al.* Coordinated public health initiatives to address violence against women and adolescents. **J Womens Health**, v.24, n.1, p. 80-5, 2015.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras Enferm.**, v.71, supl. 1, p. 752-7, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf. Acesso em: 28 out 2018.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev Rene**, v.11, n.1, p. 200-7, 2010.

GOMES, I. S. Feminicídios e possíveis respostas penais: dialogando com o feminismo e o direito penal. **Gênero & Direito**, João Pessoa, n. 1, p. 188-218, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/24472>. Acesso em: 25 set 2018.

GOMES, N. P. *et al.* Rede social para o enfrentamento da violência conjugal: representações de mulheres que vivenciam o agravo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.24, n.2, p.316-324, 2015.

GOMES, N. P. *et al.* Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Rev. Salud Pública**, v.17, n.6, p.823-35, 2015.

GOMES, N. P. *et al.* Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, v.22, n.3, p.789-96, 2013.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, p.76-84, 2014.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, e.2, p.1731-5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/16.pdf>. Acesso em: 20 set 2018.

GUIMARÃES, A. R. C. *et al.* Serviço de atendimento especializado a mulheres em situação de violência no Pará. **Revi Nufen.**, v.1, n.2, p.25-38. 17, 2011.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

HEISLER, E. D. *et al.* Mulheres em situação de violência: (re) pensando a escuta, vínculo e visita. **Rev enferm.**, v.12, n.1, p.265-72, 2018.

HESLER, L. Z., *et al.* Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.1, p.180-186, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/23.pdf>. Acesso em: 15 out 2018.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médicos sociais e a intervenção em saúde: a violência contra as mulheres no discurso dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.3, p.1943-52, 2011.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEIVA, A. A. P. Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla. **Psicología desde el Caribe**, v. 32, n. 2, p. 327-342, 2015.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.787-800, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>. Acesso em: 29 set 2018.

LOPES, C. Intimate partner violence: A helpful guide to legal and psychosocial support services. *South African Medical Journal*, v. 106, n.10, p.966-968, 2016.

MARQUES, S. S. *et al.* Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n.3, p.01-08, 2017.

MARTINS, L. C. A. *et al.*, Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.39, e2017- 0030, 2018.

MATSUMOTO, S. *et al.* Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p.123-30, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>. Acesso em: 28 set 2018.

MEDINA MALDONADO, V. E.; CAMARÃO CUEVAS, M. C.; TORRES, L. M. Construções subjetivas sobre a violência de gênero: contribuições para a prevenção do problema. **Doente. glob.**, v. 10, n.23, p.346-358, jul. 2011.

MENEZES, P.R. de. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.778-786, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf>. Acesso: 23 out 2018.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **Plos Medicine**, v.6, n.7, jul. 2009. e1000097. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em: 15 abr 2020.

MOREIRA, T. N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc.**, v.23, n.3, p.814-27, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>. Acesso em: 18 set 2018.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicol Soc.**, v.23, n.2, p.398- 406, 2011.

REIS, D. T.; SANTOS, R. S.; JÚNIOR, A. P. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **REME - Rev Min Enferm.**, v.16, n.1, p.129-35, 2012.

RODRIGUES, V. P. *et al.* Prática de trabalhadora(s) de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Texto contexto - enferm.**, v.23, n.3, p. 735-43, 2014.

RODRÍGUEZ-BLANES, G. *et al.*, Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, v.31, p. 410-18, 2017.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. *et al.* Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.3, p.448-53, 2014.

SCHRAIBER, L. B. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea**, v.12, n.3, p.237-54, 2012.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1230-1240, 2013.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.6, p.608-13, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/16.pdf>. Acesso em: 13 out 2018.

SOUSA, A. R. de. *et al.* Violência conjugal: discursos de mulheres e homens envolvidos em processo criminal. **Esc. Anna Nery**, v.22, n.1, e.20170108, p. 01-07, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0108.pdf. Acesso em: 13 set 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein**, v.8, p.102-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 30 out 2018.

TEOFILO, M. A. M. *et al.* Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 437-44, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000400437&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2020.

VIELLAS, E. F. *et al.* Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **J Pediatr.**, v.89, n.1, p.83-90, 2013.

VISETIN, F. *et al.* A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. **Invest. educ. enferm.**, v.33, n.3, p.556-564, 2015.

WHO. World Health Organization; London School of Hygiene and Tropical Medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization; 2010. Dispo-

nível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 10 out 2018.

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **REME - Rev Min Enferm.**, v.22, e-1085, 2018.

O PAPEL DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares Alcântara

Francisca Evangelista Alves Feitosa

Daiana de Freitas Pinheiro

Juliane de Lira Mendes

Letícia Gomes da Silva

Lindalva Maria Barreto Silva

Rachel Cardoso de Almeida

INTRODUÇÃO

A situação de saúde no Brasil se expressa por uma rápida transição, tanto demográfica como também epidemiológica, acarretando uma tripla carga de doenças, dentre elas as doenças infecciosas, as de causas externas e as condições crônicas. Nesse cenário, surge o aumento da incidência de acidentes e violência, classificados como agravos de causas externas (MENDES, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física, do poder real ou ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, e que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2012).

Nesse contexto, evidencia-se que a violência contra a mulher repercute na saúde e na qualidade de vida das vítimas (BRASIL, 2019). Por conseguinte, a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, comumente conhecida como Lei Maria da Penha, define violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

Com graves consequências, são inúmeras as repercussões para a saúde e qualidade de vida dessas mulheres, situação que deixa marcas, mutila e pode até ceifar a vida. Por isso, a Violência Contra a Mulher (VCM) se constitui em um importante problema de saúde pública no Brasil, acarretando altos custos

ao sistema de saúde, requerendo atendimento integral e humanizado, como também um conjunto de políticas públicas articuladas que envolvam gestores e profissionais para o seu enfrentamento (CORTES *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017).

O percentual de mulheres que já sofreram, pelo menos, uma agressão física por parte de um parceiro íntimo, varia entre 10% e 34,4%, conforme o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS de 2002. Tais relatos reforçam o reconhecimento das desigualdades de gênero (BRASIL, 2016). O Atlas da Violência destaca que houve um crescimento dos homicídios femininos no Brasil em 2017, com cerca de 13 assassinatos por dia. Ao todo, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007 (BRASIL, 2019).

Em 2014, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram registrados, no Brasil, 223.796 atendimentos de saúde relativos à violência, dos quais 147.691 eram mulheres. Ou seja, duas mulheres eram vítimas em cada três casos de violência, sendo o domicílio o cenário das situações e o cônjuge ou namorado, os agressores (DUARTE *et al.*, 2015; CORTES; PADOIN, 2016).

Diante disso, os profissionais da saúde precisam estar se capacitando para atuarem na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, contribuindo para redução do ciclo de violência, bem como evitar que casos simples se tornem mais graves. Para isso, devem conhecer as articulações dos serviços em rede para dar maior fluidez e eficácia no atendimento. Entretanto, a violência é subnotificada e pouco identificada nos serviços de saúde, mascarando a gravidade da situação. Além disso, é considerada como problema de extrema dificuldade para ser abordado (SILVA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ir além do cuidado imediato aos danos físicos e emocionais. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Os serviços de APS mantêm contato com praticamente a totalidade da população feminina ao longo da vida, facilitando o reconhecimento do problema para acolher a vítima, prestar assistência e referenciar para a rede especializada de justiça, assistência social, segurança pública, trabalho e moradia, a fim de garantir os direitos das mulheres (BRASIL, 2017).

Como um ponto de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo defendida pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais como um ponto importante do desenvolvimento de ações de uma equipe multiprofissional (FIGUEIREDO, 2011).

Cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, desenvolver o processo de cuidado, desde o diagnóstico de enfermagem relacionado à situação de violência até o acompanhamento das demandas e do desfecho da denúncia na vida da mulher e sua família. O enfrentamento da situação exige um olhar e uma escuta diferenciada, com o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, em diferentes âmbitos. O enfermeiro, por gerenciar o cuidado e, de maneira geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços, é um profissional-chave na discussão da assistência à mulher vítima de violência (VIEIRA *et al.*, 2013).

Diante disso, justifica-se a realização deste estudo pela atuação da enfermagem, por ser alicerçada no cuidar e pela provável sensibilidade que emana da profissão, e em virtude da VCM ser caracterizada pela OMS como um problema global de saúde pública de proporções epidêmicas.

À face do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Qual o papel do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na assistência à mulher vítima de violência? Como se caracteriza essa assistência? Posto isso, a pesquisa teve como objetivo analisar o papel do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde na assistência à mulher vítima de violência, possibilitando, assim, a ampliação das discussões acerca da assistência prestada pelo enfermeiro às mulheres vítimas de violência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória propicia uma maior familiaridade com o problema, uma vez que o torna mais explícito, facilitando o levantamento de hipóteses. Já as pesquisas descritivas objetivam descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. A pesquisa qualitativa foi aplicada neste estudo a partir do entendimento que essa abordagem expande o esquema explicativo ao trabalhar com um mundo de significados, interesses, crenças, valores e costumes, compreendendo o espaço das relações,

processos e fenômenos não capturados por outros tipos de abordagens (GIL, 2008; MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2008).

A coleta de dados foi realizada nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Iguatu - Ceará, entre os meses de março e maio de 2019. O município conta com um total de 31 ESF, sendo 13 estratégias na zona rural e 18 na zona urbana. Considerou-se, como critérios de inclusão, enfermeiros(as) da ESF lotados na zona urbana atuando na unidade por um período mínimo de seis meses; e de exclusão enfermeiros(as) afastados de suas atividades por motivo de férias, licença e/ou doença. Da amostra total, finalizou-se com 14 enfermeiros.

A coleta de dados foi instrumentada, inicialmente, pela aplicação de um questionário, contendo dados sociodemográficos, tempo de formação, tempo de atuação na ESF e vínculo empregatício. Em seguida, foi realizada uma entrevista semiestruturada, contendo questões subjetivas referentes aos objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada mediante encontro previamente agendado com os participantes, respeitando a disponibilidade de cada um. Ocorreu no seu próprio ambiente de trabalho, em dias úteis da semana, em sala confortável, para assegurar sigilo e confidencialidade das informações. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, visando à melhor interpretação dos diálogos, assegurando assim fidedignidade das informações e enriquecimento da coleta de dados.

Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, dividida em três fases: fase de pré-análise, fase de exploração do material e fase de tratamento e interpretação dos resultados obtidos. A partir de leituras exaustivas, as ideias análogas presentes nos trechos das falas dos participantes foram destacadas. A fase de exploração do material possibilitou o recorte de elementos comuns dos depoimentos transcritos, constituindo-se categorias. Assim, nessa fase, primeiramente foram buscados os temas que constituíram as unidades de registro. Após encontrar tais unidades, determinou-se a categoria temática. Na última fase, tratamento dos dados obtidos e interpretação, buscou-se propor inferências e interpretações acerca dos resultados, retomando o objetivo do estudo. Assim, os recortes anteriores foram analisados com base na literatura correlata (MINAYO, 2014).

O estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Regional do Cariri – URCA, com CAAE 07564319.3.0000.5055 e parecer nº 3.247.305. Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados com pseudônimos de flores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 14 enfermeiros da APS que trabalham na zona urbana do município de Iguatu, Ceará. A média de idade foi de 38 anos, variando de 28 a 61 anos, com predominância do sexo feminino e dos casados. Quanto ao tempo de formação, houve variação entre 5 e 34 anos, com tempo de atuação na ESF entre 2 e 4 anos, com vínculo empregatício de efetivos/concursados, excetuando-se apenas um, por ser profissional contratado.

Categorias temáticas

Os dados obtidos das questões norteadoras do estudo foram analisados e discutidos em categorias temáticas, favorecendo a correlação entre os discursos dos participantes e a interferência de outros estudos. Nessa perspectiva, surgiram as seguintes categorias: categoria 1 - Conhecimentos dos Enfermeiros acerca da violência contra a mulher; e categoria 2 - Assistência prestada pelo enfermeiro às mulheres vítimas de violência.

Conhecimento dos enfermeiros acerca da violência contra a mulher

Nesta categoria, expõem-se aspectos essenciais na assistência integral às mulheres vítimas de violência, refletindo acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre a VCM e seus tipos, a legislação pertinente e a rede de assistência a esse público.

Na primeira abordagem busca-se identificar o conhecimento acerca da VCM e quais os seus tipos. Pelas falas, percebe-se esse nível de conhecimento:

A violência contra a mulher muitas vezes a gente vê que ela não está só a nível familiar ou conjugal com os esposos, a violência contra a mulher é de uma forma geral, muitas vezes ela pode existir no ambiente de trabalho, no ambiente das relações sociais e também ela não é só física e nem psicológica e sexual, ela

também pode mexer com a questão moral da pessoa, a falta de respeito relacionado a toda a vida da mulher. (Margarida)

São todos os tipos de agressão, desde a agressão verbal, psicológica que venha agredir a mulher; não só o marido, o companheiro, o parceiro como outras pessoas, mas no geral, o grande violador, violentador é o marido, são qualquer forma de violência feita contra a mulher. Tem física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e verbal. (Flor de cerejeira)

Diante dos achados, observa-se que os profissionais enfermeiros conseguem formular uma definição acerca da VCM e trazem diferentes conceitos que caracterizam essa violência sob as diversas vertentes.

Contudo, os participantes apresentam uma definição incompleta, comparado ao Guia Instrutivo de Notificação, que define a violência como qualquer conduta, sendo ação ou omissão de caráter intencional, que possa causar ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial (BRASIL, 2016).

Embora os participantes não formulem uma definição exata para a violência, trazem vertentes importantes na sua causalidade, concernentes às desigualdades de gênero, bem como abordam as tipologias. Isso é bastante positivo, pois a sociedade patriarcal e o modelo biomédico traduzem a naturalização e tecnicismo a VCM, os quais tratam a violência como um problema social que impacta na saúde (LIRA; BARROS, 2015; SILVA; PADOIN; VIANA, 2013).

Percebe-se, ainda, uma lacuna demonstrando a carência de conhecimento dos profissionais sobre a VCM, com falas bem suscitadas e superficiais, presentes nos discursos:

Violência contra a mulher é violência verbal, violência física, violência doméstica e os tipos são esses. (Tulipa)

São atentados a mulher através de agressões verbais, psicológicas ou físicas. (Rosa do deserto)

As falas denotam um conhecimento superficial acerca da VCM que pode trazer consequências negativas à assistência prestada, visto que, quando um profissional não domina bem uma determinada área, há grande possibilidade de haver comprometimento no serviço prestado.

Nesse sentido, é de fundamental importância os profissionais conhecerem a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), sobretudo o artigo 7º, que aborda as cinco formas de violência doméstica e familiar. Dessa forma, o serviço prestado às vítimas já seria potencialmente melhorado.

Quando questionados sobre o conhecimento da referida Lei, a maioria respondeu não conhecê-la ou ainda informaram possuir pouca leitura sobre a legislação que aborda o tema. Além disso, parte desses profissionais afirmou conhecer a ficha do SINAN, disposta em seu ambiente de trabalho, ressaltando não fazerem uso dela. As falas abaixo reforçam essa fragilidade:

Conheço pouca coisa, conheço a ficha sim, tem sim. (Margarida)

Não, já vi, baixo aqui no computador. (Lírio)

Não conheço muito, conheço a mais famosa né, a Maria da Penha e sei dessas questões de assédio enfim que as violências são regidas por lei, mas eu não conheço especificamente quais são essas leis e como funciona isso. Conheço, já tive acesso e tenho ela no serviço. (Girassol)

Tem a Maria da Penha e tem também a Política de Saúde da Mulher que também tem esse viés da violência. Sim, tenho. (Lavanda)

De tal forma, fica clara a importância de os profissionais, principalmente os enfermeiros, conhecerem a legislação vigente, visto que o desconhecimento dela pode gerar a subnotificação, ainda que seja obrigatória a notificação. Vale salientar que os dados gerados pelas notificações subsidiam ações do MS e fomentam políticas públicas para o atendimento e enfrentamento da VCM. Por isso, faz-se necessário fortalecer a política de assistência por meio dos treinamentos e das capacitações em VCM (SILVA *et al.*, 2017).

Reafirmando isso, quando indagados sobre a participação em alguma capacitação, por unanimidade, os participantes destacam que nunca passaram por uma formação sobre o tema. Percebe-se uma lacuna, sobretudo, no que diz respeito à educação continuada desses profissionais. As falas ilustram:

Não, nunca recebi capacitação sobre isso. (Orquídea)

Eu acho que já participei de algum momento na secretaria com o tema, mas capacitação mesmo, não. (Girassol)

Não, sobre esse tema é muito importante mais é deixado de lado, nem tem capacitação para isso, a gente tem profissionais no município que tem capacitação para tá abordando mas não é feito. (Tulipa)

A formação e a capacitação dos profissionais configuram-se como uma possível causa da não notificação da VCM. Além disso, o profissional preparado tem maior potencial para identificar precocemente a violência, evitar maiores agravos e qualificar o atendimento, contribuindo, assim, para maior visibilidade e resolutividade (SILVA *et al.*, 2017).

No entanto, Silva e Oliveira (2015) destacam que a formação dos profissionais acerca da temática VCM se dá de forma fragilizada, visto que as universidades ou negligenciam a temática ou abordam-na de forma pontual.

Reforçando essa ideia, Martins *et al.* (2017) corroboram com esta afirmação quando em estudo apontam fragilidades na formação dos enfermeiros quanto à VCM, como também no atendimento integral das mulheres vítimas de violência e na identificação dos casos. Com isso, no Brasil, vêm acontecendo algumas tentativas de educação continuada e permanente sobre a temática, como cursos pela Escola de Saúde Pública e cursos on-line na plataforma Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS).

Em outro aspecto investigado, os participantes do estudo, quando questionados sobre a rede de assistência, relatam não conhecê-la. Esse achado preocupa, uma vez que os encaminhamentos podem deixar de acontecer pelo desconhecimento da rede. Os trechos a seguir revelam essa problemática:

Não, não conheço. (Lírio)

Não, o que eu sei, eu já sabia não porque foi repassado por nenhum profissional da rede a questão do Centro de Referência da Mulher (CRM) somente. (Violeta)

Sim que tem os centros de apoio, tem assistente social, a psicóloga. (Margarida)

Denota-se, assim, a necessidade do profissional enfermeiro conhecer a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, sendo composta pelo conjunto de ações e serviços de diferentes setores que visam à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres, bem como à integralidade e humanização do atendimento. Para isso, é preciso que os profissionais tenham conhecimento tanto da rede como também da atuação de cada serviço (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Assistência prestada pelo enfermeiro às mulheres
vítimas de violência

A partir dos achados, também se faz uma análise sobre as práticas do atendimento e da assistência à mulher vítima de violência, uma vez que tal categoria se propõe a discutir sobre a aptidão do enfermeiro em realizar o cuidado. As falas abaixo trazem alguns relatos dos entrevistados sobre isso:

Sim, sei que tenho que acolher essa mulher, orientar e encaminhar se houver necessidade. (Margarida)

É porque o atendimento nosso é assistencial, chegou, você não vai entrar na questão social, a mulher pode até nos dizer, mas compete a gente um VDRL, um HIV, para ver como é que tá, entendeu. (Lótus)

Não tanto, porque apesar da gente já ter tratado é muito complexo, mexe com muitas coisas, questões também sociais e as vezes a gente se vê de mãos atadas para resolver. (Lavanda)

Pelas falas é possível perceber que o atendimento ofertado por alguns profissionais limita-se ao cuidado biológico pautado na cura da doença, por ter um entendimento que adentrar no assunto da VCM é algo pessoal, que não compete a ele, mas à assistência social e à justiça.

Algo que também merece atenção e está relacionado diretamente com a qualidade dos cuidados prestados às vítimas de violência, refere-se aos sentimentos e convicções pessoais do enfermeiro. Ou seja, o atendimento às diferentes situações torna-se difícil ao passo que suas crenças, valores, preconceitos podem interferir na sua postura ética e no julgamento profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Assim, para que os profissionais realizem essa abordagem, é preciso a qualificação da escuta, pois a partir dela, com uma atitude de aproximação, torna-se possível o cuidado e apoio no enfrentamento da violência (ZUNCHI *et al.*, 2018).

A insegurança e sensação de despreparo experimentadas pelos profissionais resultam na não identificação de VCM na ESF e, conseqüentemente, na não notificação de casos na sua rotina de trabalho. Os trechos a seguir retratam essa realidade:

Já, não, não notifiquei porque as pessoas não querem, a mulher nega, não quer e assim, deu vontade, mas a pessoa se negava, eu sabia que era, mas ela não aceitava e acabei não notificando. (Lírio)

Não, não fiz notificação porque assim, a gente sempre sabe de alguma comentário mas assim oficialmente alguém chegar pra você e te falar não. É uma das perguntas inclusive que a gente faz no pré-natal no cartão do pré-natal tem a pergunta, se ela sofre algum tipo de violência, mas sempre dizem que não. (Girassol)

Sim, não notifiquei, a gente peca por ser omissos, mas o que eu fiz, eu chamei a assistente social para ela dar encaminhamento no processo. A gente pode pecar por duas coisas ou omissão ou por negligência. (Lótus)

Não, até agora nenhuma procurou não. Não. (Rosa do deserto)

Percebe-se, assim, que em muitas situações o profissional chega perto de desvendar a violência, porém, por falta de qualificação, acaba por direcionar para o modelo biomédico, desconsiderando o principal problema envolvido que, muitas vezes, é o social, envolvendo questões de gênero.

Vale ressaltar que a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra as mulheres são considerados obrigatórios para todos os serviços públicos e privados. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde notificar quaisquer casos de violência, ainda que a vítima ou a família discorde. Trata-se de um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição, pois faz o registro sistematizado dos dados possibilitando definição de prioridades nas políticas públicas (FREITAS *et al.*, 2017).

Silva *et al.* (2017) trazem que a subnotificação da VCM na APS assume caráter emergencial. Entretanto, é um desafio construir estratégias que permitam essa assistência efetiva. Fato corroborado por Pereira *et al.* (2014) e Neto *et al.* (2016) quando reforçam que existem entraves que colaboram para a subnotifi-

cação discutidos na literatura: a inexistência de regulamentos que direcionem o fluxo dos atendimentos de saúde dentro da rede, a falta de articulação dos diferentes setores dessa rede, a insegurança da notificação e o medo de sofrer represálias pelo agressor.

Quando questionados em relação ao setor para o qual as mulheres são mais encaminhadas, observa-se que foram citados muitos pontos da rede, embora de forma desordenada. As falas ilustram esses achados:

Nunca encaminhei, e assim, se acaso acontecer eu vou procurar o CRAS e o CREAS, mesmo sem saber o que posso fazer eu vou procurar assistência. (Lírio)

Atualmente encaminho mais para a delegacia mesmo. (Violeta)

Eu tenho conhecimento que aqui tem CRMI, o NASE, o CREAS e o CRAS e conheço também o conselho da mulher, a gente procura trabalhar intersetorial, formar parcerias. Os encaminhamentos dependem da situação. (Cravo)

Diante disso, sabe-se que as principais dificuldades são as articulações com as instituições e serviços, associadas à pouca percepção dos profissionais de que a vivência da violência representa um agravo que requer articulação intersotorial (MENEZES *et al.*, 2014).

Essa fragilidade também é apontada pelo profissional enfermeiro, que reconhece a necessidade do cuidado multiprofissional articulado com outros serviços. Contudo, é evidente a dificuldade do acompanhamento e comunicação entre os serviços, repercutindo negativamente na atenção à saúde das mulheres.

A inexistência de fluxo específico obriga as mulheres a aguardarem o agendamento da consulta, o que pode desestimulá-las. Faz-se necessário realizar um atendimento desburocratizado voltado para as necessidades das mulheres (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Observa-se que muitos profissionais afirmam possuir medo e insegurança ao realizar atendimento à mulher vítima de violência, ainda que nunca tenham sofrido intimidações decorrentes do atendimento ou da notificação da violência.

Não ate hoje não. (Violeta)

Não porque como eu nunca atendi né? (Girassol)

Não, assim eles acham que é mais o agente de saúde, até como eu lhe disse que tenho muita cautela. (Cravo)

Não, nunca sofri. (Hibisco)

Assim, evidencia-se que o profissional enfermeiro demonstra receio em sofrer represálias por parte do agressor, visto que esse medo também é compartilhado, na maioria dos casos, pela vítima (AMARIJO *et al.*, 2017). Entretanto, a Lei Maria da Penha inclui as medidas protetivas, como: suspensão da posse ou restrição do porte de armas do agressor; afastamento do agressor do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida; proibição do agressor de aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor; proibição de contato do agressor com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação; entre outras (BRASIL, 2006).

Com isso, as principais dificuldades na assistência estão relacionadas à falta de capacitação dos profissionais, o receio de possíveis ameaças dos autores da VCM, questões estruturais relacionadas com a atuação insatisfatória dos órgãos competentes e o não cumprimento das medidas protetivas. Fica clara, portanto, a necessidade de uma reorganização e reestruturação para o atendimento dessas demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Mediante a realização do estudo foi possível analisar o papel do enfermeiro da ESF e verificar a importância de reflexões para o melhor planejamento de ações que transformem e fortaleçam as condutas desses profissionais, incluindo a revisão do modelo assistencial e das diretrizes que pautam as práticas.

O estudo permitiu o conhecimento da abordagem do profissional enfermeiro, identificando que ainda existem várias lacunas na assistência prestada, sobretudo, em virtude do medo que as mulheres têm em denunciar, bem como da vulnerabilidade vivenciada pelos enfermeiros durante essa abordagem.

Embora seja um tema atual e amplamente debatido e investigado em diferentes áreas do conhecimento, a VCM configura-se como um fenômeno social

complexo que necessita de uma rede de suporte adequada e de profissionais capacitados para identificar as situações de violência, além de orientar as vítimas e intervir efetivamente no problema, contribuindo com o fortalecimento de políticas de saúde a partir da notificação.

O enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde, deve ter potencial para realizar um atendimento humanizado e integral às vítimas de violência, colaborando não apenas para na identificação precoce dos casos, mas atuando na prevenção dos fatores agravantes.

Verificou-se que o despreparo dos enfermeiros influi negativamente na articulação satisfatória na rede de apoio às mulheres vítimas de violência, e que esse fato se mostrou como uma limitação na qualidade da assistência.

Espera-se que o estudo contribua para uma maior reflexão acerca dos entraves que permeiam o papel desses profissionais frente às mulheres vítimas de violência, servindo de base para outros estudos que se proponham a trabalhar com essa problemática de grande relevância para nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

AMARIJO, C. L.; GOMES, V. L. O.; GOMES, A. M. T.; FONSECA, A. D.; SILVA, C. D. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23648/22019>. Acesso em: 05 mai 2019.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/680107/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-08-08-2006>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Sistema Nacional de Saúde, 18 maio 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M. Intencionalidade ao cuidar mulheres em situação de violência. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.4, Out-Dez, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016-000400202&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2018.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; KINALSKI, D. D. F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37(esp), 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp2016-0056.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B.; LANDERDAHL, M. C.; ARBOIT, J. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, p. 15, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

DUARTE, M. C.; FONSECA, R. M. G. S.; SOUZA, V.; PENA, E. D. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 2, p. 325-332, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0325.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

FIGUEIREDO, E. N. **Especialização em Saúde da Família: A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. 2. ed. Una-SUS: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 30 ago. 2018.

FREITAS, R. J. M.; SOUZA, V. B.; COSTA, T. S. C.; FEITOSA, R. M. M.; MONTEIRO, A. R. M.; MOURA, N. A. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91-97, abr./jun. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufff.br/index.php/hurevista/article/view/2585/pdf_1. Acesso em: 22 mai. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

LIRA, K. F.; BARROS, A. M. Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco. **Revista Ágora**, Vitória, n. 22, p. 275-297, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/13622>. Acesso em: 25 de mai. 2019.

MARTINS, D. C.; GOIS, O. J. O.; SILVA, J. O. M.; ROSA, M. P. R. S.; GONÇALVES, M. C. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 155-168, Out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4603>. Acesso em: 05 mai. 2019.

MENDES, E. V. **A Construção Social Da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENEZES, P. R. M.; LIMA, I. S.; CORREIA, C. M.; SOUZA, S. S.; ERDMANN, A. L.; GOMES, N. P. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sau-soc-23-3-0778.pdf>. Acesso em: 12 set 2018.

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

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 108.

NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; SILVA, G. F.; PENNA, L. H. G.; FIGUEIREDO, A. L. F. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Rev Gaúcha Enferm.**, n.36(esp), p. 135-42, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0135.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

OLIVEIRA, P. P.; VIEGAS, S. M. F.; SANTOS, W. J. S.; SILVEIRA, A. A.; ELIAS, S. C. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem Fenomenológica. **Texto Contexto Enferm**, n. 24, v.1, p. 196-203, Florianópolis, Jan-Mar, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf. Acesso em: 25 de jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência** [Internet]. São Paulo; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1. Acesso em: 30 ago. 2018.

PEREIRA, V. P.; SILVA, M. A.; NETO, C. N. F.; CHAVES, C. V.; BELLO, R. P. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.7, p. 2255-2264, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02255.pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2019

SILVA, E. B. da.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.6, p.608-13, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016. Acesso em: 07 de mai. 2019.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.11, p. 3523-3532, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103523&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 abr. 2019.

SILVA, N. N. F.; LEAL, S. M. C.; TRENTIN, D.; VARGAS, M. A. O.; VARGAS, C. P.; CVIEIRA, L. B. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. Foco**. v. 8, n. 3, p. 70-74, 2017. Disponível em:<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290>. Acesso em: 07 mai. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C.; TERRA, M. G. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**. v. 13, n. 2, p. 197-205, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pi=S1657-59972013000200006. Acesso em: 14 set. 2018.

ZUCHI, C. Z.; SILVA, E. B.; COSTA, M. C.; ARBOIT, J.; FONTANA, D. G.R.; HONNEF, F. HEISLER, E. D. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta. **Rev Min Enferm**. p. 22, e-1085, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223>. Acesso em: 21 de jun. 2019.

CAPÍTULO 14

ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara

Daiana de Freitas Pinheiro

Francisca Evangelista Alves Feitosa

Rachel Cardoso de Almeida

Marina Barros Wenes Vieira

Emanoely Holanda Silva

Beatriz de Castro Magalhães

INTRODUÇÃO

Atualmente, tem se reconhecido não somente as doenças infecciosas e crônicas como problemas de saúde pública, mas também os agravos decorrentes de causas externas, que, juntamente com as anteriores, caracteriza a tripla carga de doenças. Os agravos decorrentes de causas externas se expressam como acidentes e violências (ALMEIDA, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é reconhecida como lesão, morte ou dano psicológico contra si ou outras pessoas, devido ao uso de força física, poder ou ameaça. Nesse âmbito, o tipo de violência praticada contra a mulher ocorre por meio das relações de gênero, e nas diferentes culturas, baseadas na construção social do ser feminino e ser masculino, conhecida desde as gerações antepassadas (MACHADO *et al.*, 2017).

A violência contra a mulher (VCM) destaca-se como problema de saúde pública que está imbricado às desigualdades de gênero, a qual naturaliza o domínio do homem sobre a mulher (GOMES *et al.*, 2012; MENEZES *et al.*, 2014). Corroborando com essa ideia, Lira e Barros (2015) destacam que a VCM está socialmente construída mediante o espaço social de dominação masculina e submissão feminina criada pelo patriarcado e pelas diferenças de gênero. Essa situação de desigualdade é reforçada em diversos sistemas sociais, como a família, a religião, a escola e o trabalho, impondo ao homem a detenção de poder sobre a mulher e contribuindo para a perpetuação da naturalização da Violência por Parceiro Íntimo (VPI) contra a mulher.

O número de casos desse tipo de violência tem aumentado, anualmente, devido aos crimes serem tratados com certa naturalidade (CERQUEIRA *et al.*, 2018). É importante destacar que esse problema mantém sua ocorrência e impactos sobre a saúde das mulheres frequentemente “ocultados”, mascarando os níveis dos danos causados (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; WHO, 2010).

Dentro do cenário de serviços de assistência à mulher, a Estratégia Saúde da Família (ESF) destaca-se como modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que possui capacidade de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário, com ações concernentes à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tais ações são de grande valia no contexto da violência contra a mulher, mediante viabilização na sua identificação, reconhecimento, manejo e prevenção (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015; MACINKO; HARRYS, 2015).

Dentre os profissionais da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), por atuar como elo entre unidade de saúde e comunidade, favorecendo a visualização das reais necessidades da população (SILVA *et al.*, 2015). Exercem função de mediar os conhecimentos populares e técnicos entre a equipe de saúde e a comunidade. Uma das grandes competências relacionadas ao trabalho dos ACS é a viabilidade de superação da divisão que existe entre os saberes da população e os saberes técnicos, promovendo a construção de discursos que possibilite a compreensão e vivência expandida de saúde. Assim, eles se sobressaem como agenciadores de práticas e ações emancipadoras em saúde (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

No contexto da assistência à saúde, o ACS é um profissional essencial, posto suas ações junto à comunidade que favorecem o reconhecimento e intervenção nos casos de VCM (SILVA *et al.*, 2015).

O estudo se faz relevante no contexto assistencial, por viabilizar a construção de práticas baseadas em evidências científicas e permitir maior visibilidade do combate à violência contra a mulher, bem como suscitar a criticidade dos leitores acerca dessa realidade e instigar novas perspectivas de pesquisas relacionados ao problema social da violência contra a mulher.

Nesse sentido, questiona-se: Qual a compreensão e atuação dos ACS frente à VCM? O que os ACS compreendem acerca da Lei Maria da Penha? Diante disso, o presente estudo se propôs a analisar a compreensão e as condutas dos Agentes Comunitários de Saúde frente à Violência Contra a Mulher, bem como o conhecimento destes acerca da Lei Maria da Penha.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, pretendendo assim não se preocupar com a representatividade numérica, e sim, aprofundar-se nos significados das ações e relações humanas, com um nível de compreensão não quantificável (GUERRA, 2014; MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado nas equipes das Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Iguatu, Ceará, localizado na região centro-sul do Estado, com aproximadamente 365 km de distância da capital, Fortaleza. Segundo estimativa do IBGE (2016), possui uma média de 102.614 habitantes, sendo polo da 18ª Região de Saúde. No contexto da Atenção Básica, possui 30 equipes da ESF, sendo 12 distribuídas na zona rural e 18, na zona urbana.

Participaram do estudo 40 ACS das ESF da zona urbana, em virtude da maior concentração das equipes. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2019, mediante contato e agendamento prévio com os participantes do estudo. Utilizou-se, como critério de inclusão, possuir, no mínimo, seis meses de atuação na ESF na qual se encontrava lotado, visto que esse critério de limitação temporal mínima evidenciasse a possibilidade de formação de vínculo com a comunidade; e de exclusão, ACS afastados das suas atividades laborais por motivo de férias, licença e/ou doença no período da coleta de dados.

Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista previamente elaborado com questões abertas para responder ao objetivo da pesquisa. Após a coleta, os dados passaram pela análise de conteúdo de Minayo (2014), que se divide em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Essa pesquisa obedeceu aos aspectos éticos das Resoluções nº 510/2016 e nº 466/2012 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob CAAEnº 12205319.3.0000.5055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa versaram sobre a compreensão acerca da violência contra a mulher no seu contexto de atuação, apresentando posicionamentos em conformidade com a realidade na qual estão inseridos. Nesse contexto, emergiram as seguintes categorias: Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre Violência Contra a Mulher, Atuação do Agente Comunitário de Saúde frente à Violência Contra a Mulher e Percepções sobre as contribuições da Lei Maria da Penha. A seguir são abordadas cada uma delas.

Categoria 1: Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre violência contra a mulher

Nesta categoria, observa-se o entendimento dos ACS sobre VCM, cuja maioria apresenta uma visão ampliada sobre a definição e causalidade desse problema, como se constata a seguir:

Acho que o homem é muito machista, ele discrimina muito a mulher ele quer sempre ser por cima da mulher. (ACS 3)

A mulher sempre foi mais rebaixada, por ser mulher, aí ficou aquela coisa, para o homem mandar nela, por conta disso eles se acharam no direito de ser o dono, de bater, de mandar mas isso não pode ser mais assim no mundo de hoje. (ACS 26)

Eu acho que violência contra a mulher nem sempre é com pancadas né? As vezes só com palavras já tá violentando dependendo do seu linguajar você já atinge a mulher por violência. (ACS 9)

Eu creio que a psicológica ainda ocorre mais do que a física, que é a aquela camuflada que muitas vezes não tem como as pessoas verem... (ACS 17)

A própria mulher que está sendo violentada ela desconhece. (ACS 18)

Partindo dos resultados obtidos, observa-se que o entendimento dos ACS acerca da VCM ultrapassa a violação física, perpassando os aspectos imbricados na causalidade da violência, como o machismo acima citado. Nesse sentido, os comportamentos de gênero impostos na sociedade são favorecedores de episódios violentos, em que o homem acredita que a VCM é permitida e justi-

ficada em detrimento dos costumes sociais machistas (GRANJA; MEDRADO, 2009; FIGUEROA-PEREA, 2013).

Sobre as manifestações da VCM, percebe-se que os ACS possuem uma visão ampliada para situações facilmente invisibilizadas que constituem violência. Nesse aspecto, Kurtz (2017) expõe que os tipos mais visíveis de violência são as formas física e sexual, enquanto a psicológica e econômica são as menos detectáveis à primeira vista, podendo ser negligenciadas.

Para Black (2011), as violações ocorrem no dia a dia das mulheres, e, na maioria das vezes, estas não se dão conta, tendo em vista a naturalização do poder masculino sobre o feminino. Outros autores ressaltam que as violações têm início insidioso, com pequenos atos que se intensificam dia após dia, em um ciclo contínuo de relação abusiva, não sendo percebida como tal (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011; SOUSA *et al.*, 2018).

Corroborando com esses achados, ainda cabe expor que as vítimas muitas vezes não se reconhecem como tal, posto que o pensamento feminino também anda em consonância com os preceitos machistas e patriarcais, o que a faz naturalizar as condutas abusivas do parceiro (BOURDIEU, 2014).

Destaca-se que a violência pode ocorrer das mais variadas formas, umas mais visíveis e outras menos. Nesse sentido, percebe-se uma potencialidade nos resultados encontrados em relação ao reconhecimento do abuso simbólico contra a mulher, especialmente a violência psicológica, tendo em vista que, se os ACS estão atentos às formas mais naturalizadas de violência, facilmente identificarão as formas mais visíveis, como o abuso físico. Tal fato diverge do que alguns autores abordam, que trazem o abuso psicológico como a violência mais negligenciada e raramente reconhecida (SILVA, COELHO, CAPONI, 2007; MACHADO, 2015).

Reforça-se a importância do reconhecimento da violência psicológica, posto que a violência geralmente se inicia de forma psicológica e posteriormente manifesta abuso físico; além disso, configura a manifestação precursora dos demais tipos de violência e até mesmo do feminicídio (GOMES, 2015; ALCÂNTARA *et al.*, 2018).

Categoria 2: Atuação do Agente Comunitário de Saúde frente a violência contra a mulher

Nessa categoria, observam-se as ações que os participantes do estudo executam frente à VCM em relação ao acolhimento e intervenção, percebendo suas fragilidades e potencialidades, como exposto a seguir:

Às vezes é difícil... Pra combater, as vezes fica um pouco complicado por conta daquilo que falei da impunidade. (ACS 5)

Aconselharia a fazer denuncia. (ACS 6)

Eu encaminharia ela a um setor responsável. (ACS 9)

Eu como ACS a única atitude é encaminhar ao PSF pra ser orientada pela enfermeira ou pela medica. (ACS 25)

Primeiro momento orientar a procura do serviço de saúde e depois orientar os equipamentos que dão apoio que tem o Centro de Referência da Mulher tem o CREAS pra ela tá buscando ajuda e solucionar o seu problema. (ACS 7)

É possível observar, nas três primeiras falas dos ACS, algumas fragilidades, como a impunidade e o medo de denunciar. Para Leite *et al.* (2016), dentre muitas fragilidades, destaca-se o medo do agressor, visto que ainda não se dispõe de uma política de segurança para os profissionais de saúde.

Outro aspecto que denota fragilidade diz respeito ao encaminhamento e à sugestão de denúncia imediatos, relatados pelos ACS 6 e 9, o que pode sugerir à vítima que a unidade de saúde não é um ambiente para tratar da violência, levando à quebra do vínculo com o profissional (GOMES; ERDMANN, 2014).

Outro ACS demonstra uma visão limitada de sua atuação frente à VCM, estando atrelada à condução dessa vítima a outros profissionais, ao invés destes atuarem de forma mais ativa, otimizando as visitas domiciliares com orientações para autonomia da mulher e para que esta se reconhecera como vítima. O estudo de Lira, Silva e Trindade (2012) aborda uma visão empoderada das ações desse profissional, que está atrelada ao rastreamento das formas físicas e das formas não visíveis, que, devido o vínculo ACS-comunidade, torna-se mais palpável, bem como o manejo do caso junto à equipe de saúde.

Também é exposta a potencialidade do conhecimento acerca das orientações e do encaminhamento oportuno aos equipamentos corretos da rede de apoio, sendo essa última conduta observada nos participantes deste estudo. É essencial que os profissionais de saúde possam divulgar o setor saúde como ambiente para o cuidado à vítima, bem como os demais serviços de apoio para os quais a mulher pode ser encaminhada mediante prévio trabalho e decisão em equipe (BRASIL, 2011; GOMES; ERDMANN, 2014). Esse conhecimento sobre a rede é exposto nas falas dos participantes 7 e 25, em que se infere um aspecto positivo na atuação dos ACS.

Categoria 3: Percepções sobre as contribuições da Lei Maria da Penha

Nesta categoria, os ACS possuem percepções divergentes, apontando aspectos positivos da Lei Maria da Penha, assim como alguns desafios ainda enfrentados no que concerne à violência contra a mulher, mesmo após o sancionamento da Lei, sendo apresentando a seguir:

[...] depois da Lei Maria da Penha diminuiu eu acho que 90%. (ACS 2)

Eu acho que a lei amenizou. Primeiro porque os homens temem né? E segundo, porque elas viram na lei um abrigo que antes não tinham. (ACS 4)

Melhorou um pouco, mas assim mesmo ainda tem muita violência contra a mulher. (ACS 10)

[...] não sei se é verdade, mas recentemente parece que ela foi modificada, agora não é só a vítima que pode acusar então acho que isso é uma modificação boa a respeito. Acho que cada dia ela vai mudando e vai melhorando em relação a isso. (ACS 12)

Melhorou muito só que tem que melhorar mais porque existe essa lei só que elas têm medo de denunciar e as vezes já não denuncia porque em casa eles falam: se você me denunciar eu lhe mato. (ACS 14)

Melhorou um pouco mais continua acontecendo né, como toda lei existe as falhas. (ACS 20)

Mulher, pra falar a verdade eu acho que tá é pior, porque aumentou foi o índice de violência contra a mulher. (ACS 21)

[...] vimos muita a questão que a mulher muitas vezes ela não quer que o companheiro seja preso que ela se arrepende por al-

gum momento e ela acaba até ficando prejudicada de certa forma, porque ele fica ameaçando ela por trás mesmo dentro de um presídio e fazendo com que ela cometa várias outras coisas e eu acredito que essa lei não se torna eficaz por conta disso. (ACS 23)

É uma lei muito boa para proteção da violência contra mulher, baseado em uma mulher que sofreu muito e quando se cansou de tanto sofrer surgiu essa lei. (ACS 28)

A Lei Maria da Penha garante proteção jurídica específica para as mulheres, coibindo a violência doméstica e familiar contra as mulheres, por meio de medidas de prevenção e repressão à violência contra elas. Em consonância com os resultados do presente estudo, observa-se que a Lei Maria da Penha apresenta medidas positivas para o enfrentamento à violência contra a mulher, segundo a percepção dos ACS.

Dentre as medidas voltadas à prevenção da violência doméstica e familiar previstas na lei ressalta-se a proteção de urgência, que, em relação ao agressor, poderá implicar na suspensão da posse ou restrição do porte de armas, o afastamento do lar e a proibição de aproximação da ofendida (BRASIL, 2006; SANTOS; MOREIRA; FONSECA, 2019). Percebem-se compreensões positivas em relação à lei Maria da Penha, em acordo com suas descrições, principalmente no que se refere à lei como amparo à vítima.

Já em relação à vítima, estão previstos o encaminhamento ao programa de proteção, a recondução ao domicílio após afastamento do agressor, o afastamento do lar e a separação de corpos. Outra medida relevante é a implementação de atendimento policial especializado para as mulheres, em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher – DEAM (BRASIL, 2006). O presente estudo exemplifica condutas previstas na lei ao expor que o agressor, após o sancionamento da Lei Maria da Penha, passou a temer punições; ao mesmo tempo que ainda percebe-se um controle muito forte do agressor em relação à vítima, pois esta ainda se apresenta temerosa na denúncia tanto por possíveis consequências como por receio de arrependimento.

O estudo de Garcia, Freitas e Höfelmann (2013) apresenta que nos períodos de 2001 a 2006 (antes da implementação da Lei Maria da Penha) e de 2007-2011 (após a implementação da Lei Maria da penha) não houve redução nas taxas de mortalidade de mulheres por agressões de parceiro íntimo. Isso infere a retórica de que, se a forma mais acentuada de violência contra a mulher não

reduziu em quatro anos de implementação da lei, quem dirá as demais formas menos visíveis alicerçadas pelo domínio do homem em relação à mulher, que é perceptível quando as participantes relatam que as mulheres não querem a prisão do companheiro.

Cabe reiterar ainda que os índices referentes à percepção da redução da violência contra a mulher, expostos pelos ACS, representam apenas a “ponta do iceberg”. Dessa forma, não tem como mensurar exatamente o quanto a Lei Maria da Penha proporcionou em redução. No entanto, é válido mencionar que os índices, hoje em dia visualizados graças à lei, servem para tornar o problema visível. Assim, considerando o que alguns ACS mencionaram em relação à lei ter aumentado os índices, na verdade o que ocorreu foi o desvelamento dos casos naturalizados e marginalizados às sombras do machismo. Ou seja, a lei possibilitou uma visualização do problema que até então era normalizado e escondido (WHO, 2013; BOURDIEU, 2014).

Cabe ressaltar que o “lado submerso do iceberg” esconde um mundo de violências não declaradas, especialmente a violência rotineira contra mulheres no espaço do lar. Essa violência tende a ser tratada como natural, ou mesmo considerada aceitável em algumas circunstâncias, devido a relações assimétricas de gênero em que a mulher ocupa posição inferior. No presente estudo, a ocorrência de manifestações não fatais da violência contra a mulher não foi investigada, mas é reconhecível que a magnitude das diversas formas de violência contra a mulher seja elevada (WHO, 2013).

Assim, é válido mencionar que as construções históricas e sociais sobre o gênero influenciam a violência contra a mulher, e que, a despeito do que foi mencionado pelos ACS com relação a umas mulheres buscarem seus direitos e outras não, cabe ressaltar que, com as reivindicações dos movimentos feministas, foi possibilitado à mulher conquistar muitos direitos, embora seja necessário que todas sejam empoderadas (SANTOS; MOREIRA; FONSECA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Diante dos achados, verificou-se que os participantes dessa pesquisa demonstraram compreensão ampliada acerca da VCM, o que é de extrema relevância para a sua identificação e manejo. No entanto, as condutas adotadas apresentam um meio termo de coesão com o que é preconizado, ora apresentando fragilizadas pela impunidade e pela ideia limitante de encaminhamento

e denúncia imediata para resolução do problema, ora apresentando potencialidades acerca do uso correto das redes de apoio.

Com relação ao conhecimento da Lei Maria da Penha, observa-se que os ACS possuem opiniões diversas acerca da funcionalidade da lei, expondo desde percepções positivas sobre a redução dos casos, até certa incredulidade da lei na diminuição da violência contra a mulher. Assim, torna-se essenciais ações de educação continuada em saúde para que esses ACS se apropriem do conhecimento no sentido de potencializar as condutas de forma assertiva e eficiente.

Acredita-se que o estudo contribuiu de forma relevante para o público-alvo em questão e para a sociedade que vivencia esse preocupante e alarmante problema de saúde pública, que se intensifica ao longo das gerações. Espera-se que a pesquisa subsidie novos estudos no mundo da ciência para que resoluções sejam evidenciadas e colocadas em prática, a fim de amenizar a problemática em questão.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P. P. T.; ARAÚJO, A. F.; PINTO, A. G. A.; MOREIRA, M. R. L.; MARINHO, M. N. A. S. B.; SILVA, J. P. X.; FACUNDO, M. A. C. Perfil Da Mulher Vítima De Violência De Gênero: Um Estudo Documental. **Revista E-Ciência**, [s. l.], v. 6, ed. 1, 2018. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/02/PDF%20321>. Acesso em: 10 dez. 2019.

ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 47-60, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100047&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 dez. 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0560>.

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, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12 dez. 2019.

BLACK, M. C. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. **American Journal of Lifestyle Medicine**, vol. 5, no. 5, Sept. 2011, p. 428-439, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4302952/>. Acesso em: 11 dez.2019.

- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Alexandre Rocha Santos Padilha. **Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012**. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 11 dez. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 06 de maio de 2017.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Enfrentamento à Violência Contra as mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, [S. l.]: **Secretaria Nacional de Segurança Pública**, Secretaria de Políticas para Mulheres, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 10 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**, [S. l.], 7 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB**. Brasília, 2015.
- CERQUEIRA, D. C. *et al.* **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Atlas da violência, junho de 2018, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432. Acesso em: 11 de nov 2019.
- FIGUEROA-PEREA, J. G. Algunas reflexiones sobre el estudio de los hombres desde el feminismo y desde los derechos humanos. **Estudios Feministas**, v.21, n.1, p. 371-393, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2013000100019&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 15 nov 2019.
- GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HÖFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.3, p.383-394, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2019.
- GOMES, I. S. Femicídios e possíveis respostas penais: dialogando com o feminismo e o direito penal. **Gênero & Direito**, João Pessoa, n. 1, p. 188-218, 2015.

Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/24472>. Acesso em: 20 nov 2019.

GOMES, N. P. *et al.* Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev Gaúcha Enferm**, Jun; v.33, n.2, p. 109-16, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200016. Acesso em: 20 nov 2019.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000100076&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 nov 2019.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.1, p. 25-34, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 nov 2019.

GUERRA, E. L. A. **Manual de pesquisa qualitativa**. Educação à distância. Belo Horizonte, p. 52, 2014. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

KURTZ, G. B. Manifestações de violência simbólica contra a mulher nos videogames: uma revisão bibliográfica. **Rev Metamorfose**, v. 2, n.1, 90-109, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/metamorfose/article/view/21312>. Acesso em: 20 nov 2019.

LEITE, J. T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37, n.2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200415&script=si_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 dez 2019.

LIRA, C. E. P.; SILVA, P. P. C.; TRINDADE, R. F. C. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.4, p.928-36, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/12237>. Acesso em: 22 de nov 2019.

LIRA, K. F. S.; BARROS, A. M. Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco. **Rev Ágora**, Vitória, n. 22, p. 275-297, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/13622>. Acesso em: 25 out 2019,

MACHADO, M. E. S. *et al.* Perception of health professionals about violence against women: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5596/html>. Acesso em: 24 out 2019.

MACHADO, M. R. de A. (org.). **A violência doméstica fatal: o problema do feminicídio íntimo no Brasil**. Diálogos sobre Justiça. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: https://www.justica.gov.br/seus-direitos/politicas-de-justica/publicacoes/Biblioteca/publicacao_femicidio.pdf. Acesso em: 05 de nov de 2019.

MACIAZEKI-GOMES, R. C., *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1637-1646, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501637&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 de nov de 2019.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med.**, v.372, n.23, p. 2177-81, 2015. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. Acesso em: 20 de dez de 2019.

MENEZES, P. R.de. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.778-786, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf>. Acesso em: 27 de nov de 2019.

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

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., NJAINE, K., (Org.). **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros [on-line]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 236 p. ISBN: 978-85-7541- 385-2. Available from: SciELO Books.

SANTOS, R. G.; MOREIRA, J. G.; FONSECA, A. L. G. Violência contra a Mulher à Partir das Teorias de Gênero. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.13, n. 44, p. 97-117, 2019.

SILVA, C. D. *et al.* Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342015000100022&lng=en&nrn=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 de nov de 2019.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface**, v.11, n.21, p.93-103, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100009. Acesso: 27 de dez de 2019.

SOUSA, A. R. de. *et al.* Violência conjugal: discursos de mulheres e homens envolvidos em processo criminal. **Esc Anna Nery**, v. 22, n.1, e.20170108, p.

01-07, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452018000100204&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

WHO. World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. World Health Organization. London School of Hygiene and Tropical Medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization, 2010.

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO:
CONHECIMENTO PARA ENFRENTAMENTO PELO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Maria Isabely Felix

Samara Calixto Gomes

Felice Teles Lira dos Santos Moreira

Grayce Alencar Albuquerque

John Carlos de Souza Leite

INTRODUÇÃO

A violência é o ato de agredir uma pessoa, grupo de pessoas ou comunidade, podendo ser caracterizada de acordo com a sua natureza, seja física, sexual, psicológica, verbal ou moral (KRUG; DAHLBERG; MERCY *et al.*, 2002). Nesse amplo conceito encontra-se a violência obstétrica (VO), caracterizada pelo dolo da integridade física ou moral de uma mulher por meio da violação de seus direitos e que ocorre durante o processo de pré-parto, parto e pós-parto, advindo de um profissional da saúde (FRANZON; SENA, 2012).

Esse tipo de violência é resultado da negligência na assistência, discriminação, agressões verbais e físicas, incluindo o ato de negar a administração de analgésicos prescritos, uso inapropriado de procedimentos e condutas, principalmente aquelas não preconizados pelos órgãos de saúde e não comprovadas por fundamentos científicos, além da violência sexual (SENA; TESSER, 2017).

Os atos violentos no país se configuram em níveis elevados, principalmente no quesito violência obstétrica, advindo do despreparo dos profissionais de saúde e do momento vulnerável em que a parturiente se encontra, culminando em um problema de saúde pública que, em sua maioria, encontra-se oculto na sociedade, tornando-se um problema estimativo, quando em sua realidade deveria ser considerado estatístico (FRANZON; SENA, 2012). Destaca-se que em 25% dos partos vaginais em maternidades brasileiras existe violência obstétrica, ocasionando grande impacto à saúde feminina, física e emocional (VENTURI; AGUIAR; HOTIMNSKY, 2010). Assim, percebe-se a necessidade de essas gestantes serem informadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre esse tipo de violência, ainda nas consultas de pré-natal.

Usualmente, nas consultas de pré-natal, as gestantes recebem informações sobre sua gestação e sobre os cuidados a serem tomados nesse período, bem como dos sintomas relacionados à gravidez e suas intercorrências e ao trabalho de parto em si (SÃO PAULO, 2010). Esse momento é bastante propício para que sejam informadas quanto aos seus direitos enquanto parturientes. Tais direitos abrangem o período gestacional, parto e puerpério, sendo de natureza social, trabalhista, assistencial, educacional e familiar, além dos cuidados com o recém-nascido e garantia do direito a amamentar. Assim, durante realização dessas consultas, vislumbra-se um bom momento para serem informadas sobre a violação desses direitos e, conseqüentemente, sobre possíveis atos de violências que podem ser identificados na assistência (LIMA, 2015).

Nesse sentido, o estudo justifica-se pelo baixo conhecimento das mulheres acerca do tema, o que eleva nestas a susceptibilidade de sua ocorrência na realidade brasileira. Embora recentemente tenha o Ministério da Saúde se posicionado alegando que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério (FEBRASGO, 2019). Quando a instância máxima de um país acerca da assistência em saúde emite nota contrariando o uso do referido termo, abre-se possibilidades maiores para sua ocorrência e permanência. No entanto, ressalta-se que Ministério da Saúde reconheceu legitimidade do uso do termo violência obstétrica após recomendação do Ministério Público Federal, depois de a pasta assinar um despacho pedindo que a expressão fosse evitada e, possivelmente, abolida em documentos de políticas públicas (BRASIL, 2019).

Assim, torna-se importante o compartilhamento de informações sobre esse agravo, servindo como uma importante ferramenta de empoderamento, em que a autonomia feminina é valorizada com base nas leis que as amparam. Uma vez devidamente empoderadas e reconhecedoras de seus direitos, essas mulheres terão voz ativa e presença nos espaços de poder e de decisão na instância do SUS, exercendo o controle social e reivindicando melhorias no sistema de saúde, especialmente frente às ações voltadas à assistência materna e infantil, o que repercutirá em inovações no serviços, maior capacidade de resolutividade, profissionais qualificados e indicadores reduzidos de violação dos direitos dos pacientes, dentre eles, a violência obstétrica. Para tanto, o objetivo deste estudo foi identificar as percepções de puérperas sobre violência obstétrica na assistência ao parto mediante seus saberes e experiências.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa, realizado em 12 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizadas na zona urbana do município de Iguatu, Ceará, Brasil.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2018. Utilizou-se, como critérios de inclusão, estarem no período puerperal, que se enquadra nos primeiros 45 dias pós-parto no momento da coleta de dados; terem sua assistência realizada integralmente na rede pública de saúde, com um mínimo de seis consultas de pré-natal realizadas, como recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) (SÃO PAULO, 2010); e serem maiores de 18 anos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra contou com 19 participantes.

A seleção das puérperas foi realizada por intermédio do contato com os respectivos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada área, sendo que mediaram o contato entre pesquisadora e participante, promovendo uma melhor receptividade ao estudo. Após levantamento do número de puérperas, estabeleceu-se contato por meio do telefone celular com as selecionadas e/ou realizou-se uma visita acompanhada pela ACS para que fosse possível o estabelecimento de uma data e horário propícios para se prosseguir com a pesquisa. Nesses contatos, realizados até a saturação dos dados das entrevistas, também foram avaliados os critérios de inclusão na pesquisa. Foram abordadas 23 puérperas, das quais quatro foram excluídas do estudo por não se encontrarem em casa no momento da visita agendada, seja devido à mudança de unidade de saúde após o parto ou estarem viajando no período da coleta de dados, além de mulheres que tiveram intercorrências no parto, quando houve a possibilidade destas situações serem confundidas com possíveis atos de violência.

Os dados da pesquisa foram coletados mediante entrevista semiestruturada, que contou com dados socioeconômicos, histórico obstétrico, conhecimento sobre violação dos direitos e situações de violência obstétrica, além de relatos de violência obstétrica pelas puérperas e assuntos abordados nas consultas de pré-natal. As respostas foram registradas com a ajuda de um aparelho smartphone para gravação dos relatos, processo explicado às participantes no contato inicial. Tal recurso foi empregado para que houvesse uma maior fidedignidade das respostas transcritas (POLIT; BECK, 2011).

Inicialmente, as entrevistas foram organizadas no programa Libre Office Writer, versão 5.3, onde foi realizada a preparação do material por meio de aprofundadas leituras, correções e decodificação da variável fixa PUE 1 a PUE 19 para identificação das puérperas integrantes do estudo. Os discursos transcritos foram analisados à luz da análise de conteúdo do tipo categorial temática, cujas categorias elaboradas foram discutidas pela literatura referente à temática (MINAYO, 2010).

Ressalta-se que o presente estudo foi guiado pelas normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece condições para pesquisa com seres humanos, considerando o conceito de ética, preceitos das Ciências Humanas e Sociais e os Direitos Humanos (BRASIL, 2012), e recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o parecer nº 2.958.842.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dezenove puérperas que participaram do estudo tinham idade média de 27,1 anos. No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria das mulheres declarou ter concluído o Ensino Médio (n= 06) e três participantes tinham título de Ensino Superior. No quesito cor ou raça, a maior parte das participantes se considerou parda (n= 12). Quanto a sua identidade de gênero, todas as entrevistadas se autodeclararam cisgênero. Em relação ao estado civil, a maioria era casada (n= 10) e dez não exerciam trabalho remunerado.

Diante do histórico obstétrico das mulheres entrevistadas, observou-se que a maioria teve duas gestações (n= 10), seguida de cinco primíparas e apenas uma mulher com quatro gestações. Destas, oito compareceram a mais de dez consultas de pré-natal, e três, a seis consultas.

A seguir, ressaltam-se as categorias criadas para organização e análise dos dados coletados. A categoria I “Conhecimento sobre violência obstétrica”, a categoria II “Conhecimento sobre os Direitos da Gestante e da Puérpera”, a categoria III “Relatos de violência obstétrica na assistência ao parto” e a categoria IV “Acesso às informações nas consultas de pré-natal”.

Conhecimento sobre violência obstétrica

Esta categoria aborda o conhecimento das puérperas sobre a violência obstétrica, destacando exemplos de manifestação desse tipo de violência. Das dezoito participantes do estudo, nove não souberam informar do que se trata a violência obstétrica, fato que pode ser observado nos seguintes relatos:

Não ouvi falar disso aí lá no posto não. Eu fui duas palestras só, lá. Não, não vou mentir pra você e dizer que vi. Não sei dizer não. (PUE 1)

Também não. (PUE 19)

A VO não é rotineiramente reconhecida enquanto uma atitude violenta, pois, quando ocorre, há um misto de emoções vivenciadas pelas mulheres que as fazem omitir reações frente aos atos de natureza violenta durante a assistência (OLIVEIRA; PENNA, 2017). Ainda, há uma falta de conhecimento sobre quais são as atitudes consideradas como violentas pelas mulheres no processo de parto, deficiência que se mostra pela incapacidade de elaboração de uma ideia acerca do assunto, com respostas curtas e negativas.

Em contrapartida, dez mulheres sabiam falar sobre VO, tendo uma ideia do que são considerados comportamentos violentos, como se percebe nestas falas:

Sei. Cortes desnecessários, né? [...] Uma violência, enfim, durante o trabalho de parto. (PUE 5)

Sim [...] Mas eu já ouvi depoimentos de colegas minhas de que eles forçam bastante que a criança nasça até o ponto de você... praticamente ser rasgada naturalmente sem ter nenhum auxílio de uma anestesia, de um corte mais providenciado pelo médico, né? (PUE 13)

Já... já li bastante sobre isso. Eu conheço uma pessoa que foi 'ter' e ele tava beliscando a vagina dela sem 'precisão'. Várias vezes. (PUE 10)

As falas das puérperas retratam as atitudes consideradas como forma de violência, a saber episiotomia de rotina, expressado como “cortes desnecessários”, ausência de anestesia no momento do parto, dentre outros. Relatam, ainda, os

perpetradores desse tipo de violência, podendo ser profissionais da saúde, como o(a) médico(a) que realiza o parto, e pessoas do seu convívio familiar.

Acerca do procedimento de episiotomia, observa-se que este ainda é utilizado na assistência ao parto, sendo uma técnica que consiste em um corte transversal que parte da vagina em direção ao períneo, e embora não tenha comprovação científica de seus benefícios, ainda assim é difundida entre os profissionais de saúde, na maioria das vezes, sem o consentimento das parturientes (REZENDE, 2016).

Conhecimento sobre os Direitos da Gestante e da Puérpera

Esta categoria refere-se à percepção que as puérperas possuem de seus direitos, enquanto gestantes e parturientes. Das entrevistadas, doze participantes relatam não saber sobre os Direitos da Gestante e da Puérpera, fazendo apenas o uso da palavra “Não” para demonstrar.

Não. (PUE 1)

As participantes demonstram faces de estranheza e de surpresa, aparentando nunca terem ouvido falar sobre o assunto e admiradas ao saber que possuem direitos garantidos por lei em suporte a elas. Em estudo realizado em Patos - PB com 79 mulheres, cerca de 31,93% não souberam identificar os direitos das gestantes e puérperas (RODRIGUES; TORQUATO; DAVIM *et al.*, 2016), o que contraria os dados encontrados neste estudo.

Entre os exemplos citados pelas participantes em relação a tais direitos estavam inclusos o direito de acompanhante, respeito e tratamento apropriado e direito às consultas de pré-natal gratuitas, como pode se observar nas seguintes falas:

Uma é que você tem o direito ao acompanhante, né? De alguém lá no momento lhe acompanhando. (PUE 2)

Sim, uhum. Eu sei que assim, a questão do respeito, né? Na hora do momento do parto, das dores, né? (PUE 13)

Ao atendimento com todas as consultas, né? Ter a consulta com a médica, com a enfermeira, ter consultas gratuitas também, Acompanhante, orientações, né? (PUE 5)

Observa-se que, quando se trata de conhecimento sobre o direito à presença de acompanhante no momento da assistência, a maioria das mulheres de-

monstrou ter entendimento. Sabe-se que ter alguém próximo às parturientes, ofertando suporte durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, na rede pública de saúde, é assegurado pela Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005).

O relato dado pela PUE 13 sobre respeito mostra que as mulheres consideraram como seus direitos o bom tratamento no atendimento, por meio da demonstração de atenção, paciência e compreensão, tratando todas as pacientes com o devido zelo e assegurando sua integridade de maneira geral (SANTOS; ZAGUINE; MACHADO *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao direito às consultas gratuitas, as mulheres demonstraram entender que estas estão compreendidas em lei, e demonstram também saber do que se tratam as consultas de pré-natal, como devem acontecer e que estas visam ao acompanhamento multiprofissional das gestantes e de seus respectivos fetos (CARVALHO, KERBER, AZAMBUJA *et al.*, 2014). Embora não tenha sido mencionado pelas participantes, estas ainda possuem o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade, em que receberão assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade, no sentido de garantir boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, o direito de acesso às ações do planejamento reprodutivo, direito ao transporte seguro, dentre outros, conforme consta na Rede Cegonha, instituída pela Portaria Nº 1.459/2011 (BRASIL, 2011).

Relatos de violência obstétrica na assistência ao parto

A violência contra a mulher é um evento que pode ser constatado em todas as épocas, por isso, acaba sendo muitas vezes considerado um ato banal, e com o passar do tempo encontram-se justificativas que objetivam proteger aqueles que a cometem (MARTINS; FERREIRA; ARAGÃO *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, a violência obstétrica se torna uma vertente da violência contra a mulher e, em sua maioria, ocorre pela ausência das condutas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelos profissionais de saúde, no que diz respeito à realização de procedimentos que não são comprovadamente benéficos, mas danosos e prejudiciais para a saúde física e mental da parturiente (CUNHA, 2014).

Nesta categoria, a maioria das mulheres participantes do estudo, quando

questionadas acerca das suas experiências com relação à VO durante assistência ao parto, relatam não ter vivenciado situações desconfortáveis e de natureza violenta, como demonstrado nos seguintes relatos.

Não teve não. Todo mundo foi ok. (PUE 1)

Não, sempre fui tratada muito bem, as três gestações foi tudo bem. (PUE 11)

Não, graças à Deus sempre fui muito bem atendida, tanto no postinho como na cesariana que eu tive que fazer. (PUE 13)

Pode-se inferir que, muitas vezes, essas mulheres mencionam que não sofreram nenhuma forma de violência obstétrica, por desconhecerem todas as suas formas de manifestações, que vão desde as situações mais sutis até as mais fortes, além de considerar a diversidade de perpetradores que pode ter esse agravo.

Por outro lado, pelos relatos de participantes que passaram por situações de VO, mesmo sendo minoria, foi possível observar diversos tipos de agressões, ressaltando que ainda é um acontecimento presente na assistência, como é possível observar nas falas a seguir:

Eu me senti jogada ao léu. (PUE 2)

Então de certa forma sim, de vez em quando a gente escuta, né? Os 'carões', essa questão de que você tá fazendo manha. (PUE 5)

Diante dos relatos, nota-se que a negligência é um tópico relevante, pois esse tipo de conduta ainda pode ser observado na assistência à mulher no setor obstétrico, sendo relatado com pesar pela entrevistada. Além da negligência de assistência, o repasse de informações quanto ao seu estado de saúde e outras dúvidas das mulheres é frequentemente negligenciado (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A agressão verbal é uma das violências mais comuns na assistência ao parto, em diferentes âmbitos e situações, em que os profissionais de saúde, seja de maneira velada ou explícita, comportam-se com padrões comunicativos inadequados, a fim de controlar as reações da parturiente frente a dor sentida no processo de parto, com frases agressivas (ANDRADE; AGGIO, 2014).

As participantes que relatam agressões, quando questionadas em relação às suas reações naquele momento, demonstram diversas reações e sentimentos vivenciados, presentes nas falas:

O pior é que a gente fica tão desorientada que a gente não sabe nem o que fazer. A gente só escuta calado. (PUE 2)

Fiz cara de paisagem. Eu já tava com muita dor então preferi deixar pra lá. (PUE 5)

É meio constrangedora, né? Porque eu estava com... Não sei se era uma hemorragia, uma coisa... perdendo muito sangue e ele disse que não podia fazer nada e foi dormir e disse que não chamassem ele, não incomodasse ele. (PUE 7)

A falta de reação diante de situações de VO é compreendida como um comportamento comum entre as mulheres, pois o processo de parto, em si, já é um momento de extremo desgaste físico e emocional, deixando a gestante ainda mais vulnerável. Além disso, muitas mulheres consideram os gritos de dor e choro em alto volume como comportamentos proibidos, que não devem ser expressos. Dentro dessas afirmações é possível compreender que as mulheres preferem não responder a situações de agressão verbal a fim de que estas acabem mais rápido, ou seja, querem interromper a violência sofrida (FABBRO; MACHADO, 2017).

Já no que tange ao constrangimento relatado pelas participantes, nota-se que é um dos principais sentimentos retratados em suas falas. Diante das atitudes violentas que afligem seus direitos, o constrangimento se configura como uma experiência negativa, demonstrando que esse comportamento é comum no trabalho de parto, trazendo sentimento de tristeza e vergonha nas mulheres submetidas a tais situações (AMORIM, 2015). Além disso, o relato da PUE 7 também mostra a negligência a qual foi submetida durante sua assistência ao parto, quando o médico comunica para não ser chamado e incomodado novamente, pois não poderia fazer nada por ela.

Acesso à informação sobre a temática durante as consultas de pré-natal

Esta categoria aborda as informações sobre violência obstétrica que as puérperas obtiveram durante suas consultas de pré-natal, por parte dos profissionais de saúde.

Destaca-se que a importância da autonomia e do poder decisório da mulher no momento do parto é indiscutível, mas este poder se reduz a partir do

momento em que se dá o desenvolvimento dessa assistência de forma institucionalizada, diminuindo a influência da mulher nas decisões tomadas pela equipe de saúde responsável por sua assistência (SOUZA, 2014).

Os profissionais atuantes na rede de saúde têm um papel muito importante nesse cenário, pois, além de prestar cuidados clínicos, deve ter conhecimento acerca de todos os direitos legais que a mulher tem enquanto gestante e puérpera, para que se cumpra o dever de assegurá-la o cuidado integral, preservando seus direitos e sua autonomia (SOUZA *et al.*, 2016).

Desse modo, é também papel da equipe de saúde assegurar a troca de informações acerca de toda assistência ao parto, incluindo sinais e sintomas específicos, seus direitos garantidos por lei, além da oferta de cuidado integral (BEN- TES *et al.*, 2016).

Diante disso, as participantes do estudo, quando questionadas quanto ao tipo de informações que lhes foram repassadas nas consultas de pré-natal, e se tiveram conversas acerca de violência obstétrica propriamente dita, sobre Direitos da Gestante e da Puérpera, ou ainda se não houve nenhuma troca de informações dessa natureza, por unanimidade relatam que, quanto ao assunto VO, não houve nenhuma informação, como se observa a seguir:

Não, no pré-natal ela não explicou nada não. (PUE 3)

Não, ninguém falou nada. (PUE 8)

Não, não orientaram nada. (PUE 9)

Os relatos variam de falas curtas e negativas com apenas uma palavra para falas que descrevem outros tipos de informações recebidas, entretanto, nenhuma sobre o tema aqui especificado.

Em concordância a isso, verifica-se que há uma escassez de orientações quanto à violência obstétrica nas consultas de pré-natal, onde os profissionais escolhem por orientar as gestantes sobre diversos outros temas, como amamentação, vacinação e cuidados com o recém-nascido (LIMA; CASTRO, 2017). Esta afirmação se confirma nos relatos de outras entrevistadas.

Não, porque as palestras eram só sobre amamentação, sobre as... sobre as... falando só sobre a criança só, falou mais nada não. (PUE 1)

[...] eu tive só a palestra com o médico sobre o risco de pegar infecções, porque eu queria fazer a cirurgia e fazer a laqueadura, só que ele disse que não, só se fosse preciso pra poder o bebê, se fosse de risco, mas por enquanto eu tinha que ter normal pra eu não correr o risco de infecção e depois fazia a laqueadura. (PUE 11)

As informações recebidas pelas gestantes sobre amamentação, sobre o cuidado com o recém-nascido, cuidados de higiene, cirurgias em potencial, tipos de parto, dentre outras, são de grande importância e acontecem com frequência em diversas realidades no país, porém, não isentam a equipe de saúde de informar as mulheres acerca de assuntos importantes e de comum ocorrência, como é a violência obstétrica (SILVA *et al.*, 2016).

Quando indagadas quanto às informações recebidas sobre os seus direitos nas consultas de pré-natal, pôde-se observar dois diferentes tipos de relatos. Algumas participantes relatam de forma positiva, citando inclusive, a menção da parte da Caderneta da Gestante (BRASIL, 2016), onde esses direitos são citados.

Já tem anotado na caderneta também, aí elas só explicaram. (PUE 15)

Tive, mas a gente nem presta muita atenção não, mas tem a caderneta também, ensinado tudo. (PUE 18)

Apesar de minoria, algumas mulheres demonstram que tiveram informações sobre seus direitos nas consultas e nos momentos educativos durante o pré-natal, como o direito à presença de um acompanhante de sua escolha (CARVALHO *et al.*, 2013).

No entanto, a maioria das entrevistadas expressam não terem recebido nenhuma informação sobre os seus direitos nas suas consultas de pré-natal, respondendo com frases de negação e mostrando faces de total desconhecimento acerca da temática, aparentando surpresas com o questionamento.

Se me informaram sobre isso? Não. (PUE 4) Não. (PUE 9)

Não [...] de informação que o posto passou pra mim, não. (PUE 2)

Nota-se que a maior parte das mulheres não teve contato com esse tipo de orientação durante a assistência pré-natal, o que significa um ponto negativo do cuidado e na educação em saúde. As consultas de pré-natal e os momentos educacionais nas unidades de saúde são considerados propícios para a propa-

gação de tais informações. As mulheres recebem informações relevantes sobre seu estado de saúde e suas particularidades, sendo de grande pertinência para o desenvolvimento do cuidado, não podendo ser ignorado o fato de que o conhecimento acerca dos seus direitos, enquanto mulher que vivencia este momento, é extremamente importante (RODRIGUES, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

A violência obstétrica, ainda que velada, é um fato de grande recorrência na assistência prestada às mulheres no seu processo de parto. Os direitos da gestante e da puérpera, apesar de serem respaldados por lei e de estarem disponíveis ao alcance da maioria das pessoas, ainda se fazem de ínfima relevância para mulheres nas situações de violência, pois destas, a maioria não possui o conhecimento necessário acerca das leis e diretrizes que as protegem.

Os resultados encontrados nesta pesquisa mostraram uma significativa quantidade de mulheres que não receberam informação sobre seus direitos. Quando se trata das orientações sobre direitos da gestante e da puérpera, uma estratégia para diminuir a falta de conhecimento das mulheres acerca deste tema seria a prática da leitura da caderneta da gestante, que aborda esse conteúdo, pois elas teriam acesso à informação de maneira simples que estariam disponíveis e alcançáveis em um simples folhear de páginas. Outra solução seriam diálogos em forma de roda de conversas com as gestantes que estão vivenciando o pré-natal, antes da realização das consultas, para exposição sobre os direitos e esclarecimento de dúvidas pelos profissionais da saúde, além dos esclarecimentos realizados pelo profissional de saúde durante as consultas de pré-natal.

As consultas de pré-natal são momentos exemplares para realização de tais atividades, possibilitando às gestantes sanar seus questionamentos, fazendo todo esse processo ser favorável à sua realização. Com a disseminação de informação no ambiente da Unidade Básica de Saúde para as gestantes que vivenciam o pré-natal, é possível que estas passem por uma assistência ao parto respeitosa e humanizada em suas respectivas unidades hospitalares e maternidades, informadas acerca das leis e diretrizes que dispõem sobre seus direitos, tornando-as empoderadas para saber que atitudes podem tomar diante das situações que as afligem.

O conhecimento das puérperas sobre seus direitos e quais as condições que os violam são de fundamental importância para o embate deste problema. Uma característica que se destaca é o fato de que, quanto maior a carga de conhecimento, maior o empoderamento das mulheres no enfrentamento destas situações. Dito isto, o SUS, como um programa que visa manter a integralidade da saúde, tem como função promover esses momentos de troca de saberes entre os profissionais atuantes nas áreas mais próximas à população e às pessoas que a compõe. Essa estratégia necessita de estímulo do sistema de saúde por meio dos seus meios de comunicação, a fim de tornar esse fluxo de conhecimento uma rotina do cuidado pré-natal.

As soluções propostas neste estudo mostram como é possível aplicar ações de educação em saúde e orientação sobre este tema com as ferramentas já existentes no SUS. As UBS servem como um local seguro e apropriado para que essas estratégias sejam utilizadas pelos profissionais de saúde que já atuam na Estratégia de Saúde da Família.

As dificuldades encontradas na pesquisa foram a resistência por parte de algumas Agentes Comunitárias de Saúde e estratégias na disponibilização do contato das puérperas inseridas em seu território, a falta de participação de gestantes nas consultas de pré-natal na unidade básica de saúde, além da distância entre unidades de saúde na cidade, pela extensão do seu território.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M. C. **Experiências de parto e violação aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica.** Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Goiás. Goiânia-GO, 2015.
- ANDRADE B. P.; AGGIO C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. **III Simpósio Gênero e Políticas Públicas.** Londrina-PR, 2014.
- BENTES, N. F. S.; MELO, Q. N.; MARTINS, T. S. A humanização da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto na Maternidade Mãe Luzia. **Rev Eletrônica Estácio Saúde,** 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Lei N° 11.105,** de 24 de março de 2005. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria N° 1.459,** de 24 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução N° 466,** de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Caderneta da Gestante.** 3º ed. Distrito Federal, 2016.

- BRASIL. Ministério da saúde. **Ofício N°296**. Distrito Federal, 2019. Brasília, DF, 2019.
- CARVALHO, C.M.; ALMEIDA, D.R.; AGUILAR, V. D.; GARCIA, E. C.; TOMAZELLI, R.; CAMPOS, F. M. C. Orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. Mato Grosso, 2013.
- CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; AZAMBUJA, E. P.; BUENO, F. F.; SILVEIRA, R. S.; BARROS, A. M. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Rev Bras Leprols**. São Paulo, 2014.
- CUNHA, B. M. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado**: perspectivas de combate à violência de gênero. Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2014.
- FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. A Violência Obstétrica segundo a percepção das mulheres que a vivenciaram. **Investigação Qualitativa em Saúde**. São Paulo, 2017.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>.
- FRANZON, A. C. A.; SENA, L. M. **Teste de violência obstétrica**: Violência Obstétrica é violência contra a mulher. São Paulo, 2012.
- KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. Relatório mundial sobre violência e saúde. **Organização Mundial da Saúde**. Geneva, 2002.
- LIMA, J. F. **O direito à saúde das mulheres gestantes e puérperas no Sistema Penitenciário Feminino do Distrito Federal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília. Distrito Federal, 2015.
- LIMA, P. M.; CASTRO, J. F. L. Orientações no pré-natal de baixo risco acerca do parto humanizado: um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória, 2017.
- MARTINS, Q. P. M.; FERREIRA, G. S. M.; ARAGÃO, A. E. A.; GOMES, F. M. A.; ARAÚJO, L. M.; FERREIRA, F. I. S. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARA**. Sobral, 2015.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. Teoria, Método e Criatividade. Editora Vozes, 29º ed. Petrópolis, RJ, 2010.
- NASCIMENTO, L. C.; SANTOS, K. F. O.; ANDRADE, C. G.; COSTA, I. C. P.; BRITO, F. M. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Rev de Enfermagem UFPE**. Recife, 2017.
- OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Text Contexto Enf**. Minas Gerais, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. **ArtMed**. Porto Alegre, RS, 2011.

REZENDE, M. A. Aviolência obstétrica pela visão das mulheres mães. **X Colóquio Internacional - Educação e Contemporaneidade**. São Cristóvão, 2016.

RODRIGUES, E. S. R. C.; TORQUATO, J. A.; DAVIM, R. M. B.; OLIVEIRA, L. F. M.; ALVES, E. S. R. C.; NÓBREGA, M. F. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, 2016.

RODRIGUES, I. R. **Consulta de enfermagem no pré-natal**: representações sociais de gestantes e enfermeiros. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2015.

SANTOS, J. O.; ZAGUINE, A. C.; MACHADO, B.; SILVA, K. R.; ASSENCO, M.; SILVA, S. R. **Conhecimento de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde sobre o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto**. Trabalho Monográfico - Universidade Paulista. São Paulo, 2016.

SÃO PAULO. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. **Atenção à Gestante e à Puérpera no SUS-SP. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo, 2010.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Com Saúde e Educação**. Santa Catarina, 2017.

SILVA, R. S.; ROSA, M.; CORTES, R. M.; ABRAHÃO, D. P. S. Conhecimentos e orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério acerca do aleitamento materno e as dificuldades apresentadas durante a prática da amamentação. **Facthus**. Uberaba, 2016.

SOUZA, A. B.; SILVA, L. C.; ALVES, R. N.; ALARCÃO, A. C. J. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, 2016.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2014.

VENTURI, J. G.; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. **7o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Belo Horizonte, 2010.

CAPÍTULO 16

PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DO CENTRO-SUL CEARENSE ACERCA DA REPRODUÇÃO E SEXUALIDADE: REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Dayanne Oliveira de Matos

Roger Rodrigues da Silva

Lorena Pinheiro Braga

José Gerfeson Alves

Leonarda Marques Pereira

Edilson Rodrigues de Lima

Camila Almeida Neves de Oliveira

INTRODUÇÃO

A reprodução e a sexualidade despertam curiosidades, dúvidas e temores, posto que essa temática apresenta certa dificuldade perante a sua discussão, permeada por tabus e preconceitos pela sociedade. A percepção e vivência desse contexto pode se tornar um momento extremamente conturbado para os jovens, considerando-se que, nesta fase da vida, uma parcela significativa adentra à universidade e, conseqüentemente, inicia um momento de descobertas, à medida que perpassam a sua vida social e participativa na esfera acadêmica.

A sexualidade abrange o sexo biológico, orientação sexual, identidade de gênero, além dos aspectos relativos à reprodução, uma vez que estão diretamente relacionados à emoção e sentimentos singulares. Ao passo que a saúde reprodutiva está diretamente atrelada à sexualidade, pois esta deve ser vivenciada de modo seguro, possibilitando ao indivíduo uma vida sexual ativa e saudável (ALVES *et al.*, 2017; BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a literatura nacional especializada delinea que os jovens têm uma percepção errônea no que diz respeito à reprodução e sexualidade. Com isso, nota-se o quanto se faz necessário o acompanhamento e desenvolvimento desse conceito referente a tal público. Essa carência de conhecimento gera um aspecto de vulnerabilidade, visto que eles detêm um conhecimento insuficiente, remetendo a práticas inconseqüentes, o que acaba expondo-os a condutas que podem propiciar riscos à saúde (ALVES *et al.*, 2017; NOGUEIRA *et al.*, 2017).

Diante da atual conjuntura social, os jovens apresentam um maior índice de comportamentos de risco, no que se refere à reprodução e sexualidade, visto que a idade e o início da atividade sexual, associados ao ingresso na universidade, são fatores que podem desencadear comportamentos típicos, pois passam a sentir a liberdade, favorecendo também as atividades que desenvolvam riscos, já que nem todos detêm de maturidade suficiente para discernir suas condutas perante o seu contexto de vida (BORGES *et al.*, 2015).

O profissional da saúde exerce um papel imprescindível, pois irá atuar como educador, fornecendo informações e orientações pertinentes no intuito de esclarecer as dúvidas desse público, com ênfase nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e gravidez não planejada, com o propósito de promover uma qualidade de vida dentro do contexto integral da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

A universidade é uma espécie de ciclo, no qual o jovem permanecerá por um período considerável, tendo em vista que acaba construindo ou reconstruindo os paradigmas diante do seu saber. Assim, faz-se imprescindível a discussão dessas temáticas em tal meio, as quais irão refletir diretamente em seu comportamento, proporcionando um conhecimento para a vivência de sua sexualidade de forma saudável (FIRMEZA; FERNANDES; SANTOS, 2016).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Quais as percepções e vivências dos jovens acadêmicos sobre a reprodução e sexualidade? Em continuidade, evidencia-se que pouco se discute a respeito dessas questões no ambiente acadêmico formal – disciplinas, fóruns, eventos, dentre outros –, ficando somente a cargo do estudante a obtenção de esclarecimentos pertinentes, sendo necessário um maior aprofundamento na temática em virtude das mudanças sociais em vigor nos dias atuais.

Portanto, o desenvolvimento dessa pesquisa objetivou investigar os aspectos relacionados à reprodução e sexualidade no contexto acadêmico, ao proporcionar uma reflexão crítica diante dessa temática, identificando o grau de vulnerabilidade a que esse público está exposto, haja vista que o intuito deste estudo também é vislumbrar a discussão efetiva acerca da saúde sexual e reprodutiva junto aos acadêmicos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratória de caráter descritivo e abordagem qualitativa. O estudo envolveu acadêmicos de uma Universidade Pública do interior do Ceará, localizada a 388 Km da capital, Fortaleza. A amostra compôs-se de conglomerados, aos quais dispuseram-se de dois cursos distintos: Educação Física (35) e Direito (34).

Nessa perspectiva, a seleção dos envolvidos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: acadêmicos dos referidos cursos de graduação, devidamente matriculados no semestre regular, e pertencer à classificação de adultos jovens pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual determina a faixa etária de 15 a 24 anos de idade. Do mesmo modo, como critérios de exclusão, definiram-se como critérios: ser menor de idade (inferior a 18 anos) e não responder ao questionário de forma integral, com exceção das questões subjetivas não obrigatórias.

Com vistas a evitar possíveis vieses, optou-se pela aplicação de um instrumento de coleta de dados aos acadêmicos em distintos cenários, desde os semestres iniciais até os finais, uma vez que a amostra foi composta por 69 acadêmicos. No que diz respeito ao curso de Bacharelado em Direito, com dez períodos de duração, foi aplicado o questionário aos estudantes do 1º, 5º e 10º períodos, enquanto que no curso de Bacharelado em Educação Física, com oito períodos de duração, foi aplicado o questionário aos estudantes do 1º, 4º e 8º períodos.

Os dados foram coletados durante o mês de outubro de 2018. Inicialmente, realizando a adequação aos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos, foi entregue o questionário aos participantes, composto por inquirições sociodemográficas, sexuais e reprodutivas. Para melhor organização dos dados e agrupados de informações, foram utilizados os programas *Microsoft Office Word 2016* e *Microsoft Office Excel 2016*.

O estudo respeitou e obedeceu aos aspectos éticos e legais e princípios descritos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), obtendo parecer favorável de nº 3.089.637.

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes. Iguatu - CE, 2019

CURSO	EDUCAÇÃO FÍSICA	DIREITO
Participantes	35	34
Semestre em Curso		
1º Semestre	15	17
5º Semestre	13	08
8º Semestre	07	-
10º Semestre	-	09
1º Graduação		
Sim	34	32
Não	01	02
Sexo		
Masculino	17	16
Feminino	18	18
Idade		
18 anos a 20 anos	16	19
21 anos a 23 anos	18	12
24 anos	01	03
Estado Civil		
Solteiro	34	34
União Estável	01	-
Residência		
Sozinho	01	03
Com Familiar	25	21
Com Amigos	06	10
Com o Companheiro	03	-
Etnia		
Branco	11	13
Negro	03	06
Pardo	21	14
Amarelo	-	01
Renda		
Inferior ou igual a 1 salário mínimo	24	12
Entre 1 e 2 Salários Mínimos	08	12
Entre 2 e 3 Salários Mínimos	03	07
Acima de 3 Salários Mínimos	-	03
Ocupação		
Estudante	34	32
Outra ocupação	01	02
Identidade de Gênero		
Homem CIS	17	15
Mulher CIS	18	18
Homem Trans	-	-
Mulher Trans	-	-
Travesti	-	-
Não-Binário	-	01

Orientação Sexual		
Heterossexual	34	30
Homossexual (Gay)	-	-
Homossexual (Lésbica)	-	-
Bissexual	01	01
Assexuado	-	-
Pansexual	-	03

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No curso de Educação Física, tem-se um quantitativo de 35 participantes, sendo 15 do 1º semestre, 13 do 5º semestre e 07 do 8º semestre, uma vez que o referido curso possui oito períodos, sendo o 8º o último semestre.

No curso de Direito, houve uma representação de 34 participantes, dos quais 17 são do 1º semestre, 08 do 5º semestre e 09 do 10º semestre, uma vez que só participaram aqueles que se enquadravam aos critérios de elegibilidade supraditos.

É válido destacar que uma parcela considerável dos acadêmicos vivencia sua primeira graduação (96%), posto que apenas três participantes já estão em uma segunda graduação (4%). Os dois dados que se inter-relacionam são primeira graduação e ocupação, haja vista que muitos dos jovens buscam uma melhoria dentro do seu contexto socioeconômico, principalmente dentro do mercado de trabalho, de modo que, para isso, muitos se detêm exclusivamente à graduação nesse primeiro momento para depois iniciar as atividades profissionais com maiores chances de boa colocação no mercado de trabalho.

Quanto à identidade de gênero e orientação sexual, os participantes do curso de Educação Física caracterizaram-se sendo 17 homens cisgênero e 18 mulheres cisgênero – o termo cisgênero corresponde ao reconhecimento e aceitação pelo indivíduo quanto ao gênero atribuído a ele ao nascer –, os quais relataram ser heterossexual (34) e bissexual (01), segundo sua orientação sexual. No âmbito do curso de Direito, caracterizaram-se 15 homens CIS, 18 mulheres CIS e um não-binário, sendo a orientação sexual heterossexual (30), bissexual (01) e pansexual (03).

Vivenciando a Sexualidade

Quadro 2 – Caracterização da vivência da sexualidade dos participantes. Iguatu - CE, 2019

VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE	Educação Física		Direito	
	N	%	N	%
Quando iniciou sua atividade sexual?				
Sou virgem	07	20%	06	18%
De 10 a 12	01	3%	-	-
De 12 a 14	04	11%	02	6%
De 15 a 17	17	49%	20	59%
Acima de 18	06	17%	06	18%
Tem parceiro fixo?				
Não	16	46%	22	65%
Sim	19	54%	12	35%
Frequência da atividade sexual/semana?				
Não se aplica	07	20%	06	18%
De 0 a 03	19	54%	22	65%
De 04 a 06	07	20%	05	15%
De 07 a 09	-	-	01	3%
Acima de 10	02	6%	-	-
Quantos parceiros sexuais você teve até o presente momento?				
Sou virgem	07	20%	06	18%
De 01 a 03	17	49%	13	38%
De 04 a 07	06	17%	08	24%
Acima de 08	05	14%	07	21%
Você usa preservativo em todas as suas relações sexuais?				
Não	05	14%	05	15%
Sim	14	40%	14	41%
Às vezes	09	26%	09	26%
Não se aplica	07	20%	06	18%
Já realizou testagem rápida para Sífilis (Infecção bacteriana, também chamada de cancro duro, geralmente transmitida pelo contato sexual que começa com uma ferida indolor)?				
Não	30	86%	28	82%
Sim	05	14%	06	18%
Já realizou testagem rápida para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana, uma infecção sexualmente transmissível e o causador da AIDS – Síndrome da Imunodeficiência humana)				
Não	29	83%	26	76%
Sim	06	17%	08	24%

Como você obtém informações sobre reprodução e sexualidade? *				
Internet	31		32	
Livros	08		13	
Pais	06		08	
Amigos	15		17	
Profissional da saúde	10		11	
Não se aplica	-		04	
Você se sente confortável em conversar/discutir a respeito da sexualidade?				
Não	04	11%	04	12%
Sim	31	89%	30	88%
Se sim com quem?				
Com amigos	18	51%	10	29%
Com familiares	03	9%	07	21%
Com profissionais de saúde	04	11%	09	26%
Com parceiro	10	29%	07	22%
Outros	-	-	01	2%
Você já se sentiu excluído ou prejudicado em virtude da sua orientação sexual e/ou identidade de gênero?				
Não	34	97%	29	85%
Sim	01	3%	05	15%
Você considera importante a discussão da temática da reprodução e sexualidade dentro da universidade?				
Não	02	6%	01	3%
Sim	33	94%	33	97%
Já participou de momentos de discussão sobre reprodução e/ou sexualidade na universidade?				
Não	18	51%	29	85%
Sim	17	49%	05	15%

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Nota-se que o maior público de participantes (56%) teve início da sua vida sexual entre 15 e 17 anos, uma vez que os jovens estão adentrando a esse contexto mais precocemente, como é bem relatado pela literatura especializada.

A maior parte dos participantes declarou não ter um parceiro fixo, dado este que acaba por refletir em outros momentos, como na frequência de atividade sexual, posto que 74% dos praticantes relatou ter atividade sexual de zero a três vezes por semana.

Quanto à quantidade de parceiros sexuais, 43% dos acadêmicos relatou ter de um a três parceiros, denotando que, por mais que esse público tenha iniciado sua vida sexual cada vez mais precocemente, possuem um quantitativo estável de parcerias sexuais.

A utilização do preservativo periodicamente revelou-se frequente quanto ao seu emprego pelos participantes, sendo que 41% revelou fazer sua utilização rotineira nas atividades sexuais. Posteriormente, 26% desse público expressou a utilização “às vezes”; 19% não se enquadra por não estarem em vida sexual ativa e, por último, 14% não faz uso do contraceptivo.

A testagem rápida para HIV e Sífilis é fundamental para o rastreamento de ISTs, uma vez que é um método rápido e seguro. Todavia, os dados do presente estudo demonstram que, apesar de disponíveis no serviço público de saúde, os participantes não aderiram a tais métodos como exames de rotina. De um total de 69 depoentes, 58 (84%) nunca fez o teste rápido para sífilis, situação semelhante à encontrada ao indagar-se a respeito do teste rápido para HIV, em que 55 (79%) dos jovens afirmaram a sua não realização.

Os jovens acadêmicos obtêm as informações sobre assuntos da sexualidade e reprodução, em sua maior parte, a partir de veículos de comunicação, como a internet, bem como por meio de amigos, profissional de saúde, livros e, por último, os pais. É válido destacar que, quando esse jovem busca essas informações na internet, que nem sempre está disseminada de modo adequado, ele concretiza como uma informação absoluta, denotando a fragilidade em se buscar informações desse gênero no núcleo familiar.

Quando se remete à discussão acerca da sexualidade e reprodução, a maioria dos acadêmicos afirmou sentir-se confortável em discutir sobre este tema (88%). Essa discussão discorre em sua maior parte com amigos (40%), seguido da parceria (25%), profissional de saúde (19%), familiares (15%) e outros (1%). Esse público refere ainda não se sentir excluído devido a sua orientação sexual ou identidade de gênero, mostrando que a universidade é um dos maiores reflexos desse convívio, haja vista que, muitas vezes, se convive em tempo integral e longe dos seus familiares, por ser um campus que recebe alunos dos mais distintos locais regionais e demais estados.

Assim, quando se refere à importância do debate interior à universidade, 66 (95%) participantes julgaram ser importante, pois esclarece dúvidas, orienta e ensina questões relativas à sexualidade. Mesmo havendo a consciência da relevância desse assunto tendente à saúde dos graduandos, a sua participação se apresentou módica, 47 (68%) participantes não participaram desses momentos quando promovidos pela universidade.

DISCUSSÃO

Cada indivíduo deve desenvolver e desempenhar sua sexualidade ao longo da vida. A educação sexual é a principal ferramenta para disseminação de sapiências nessa área, pois desempenha a orientação acerca de questões, como o bom desenvolvimento da própria sexualidade, bem como a instrução adequada acerca das ISTs, gravidez na adolescência, dentre outros assuntos circunvizinhos (HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

A literatura científica delinea que, nos dias atuais, os jovens estão iniciando precocemente a vida sexual, sendo que a maioria é desprovida de informações precisas referente à temática de sexualidade. Em consequência disso, muitos a vivenciam de forma errônea, estimulando riscos à sua própria saúde (NASCI-MENTO *et al.*, 2018).

Observa-se que uma grande população acadêmica ainda reside com familiares, o que tende a refletir em seu estado civil, explicitando uma maior prevalência de universitários solteiros (ALVES *et al.*, 2017). A maior parcela dos jovens que iniciou sua atividade sexual está dentro da faixa etária, entre 15 a 17 anos. Com isso, nota-se que a adolescência é um momento no qual uma grande parte da população tem início de suas atividades sexuais, uma vez que seria justamente nessa fase que se deveria trabalhar a saúde sexual e reprodutiva, como forma instrutiva de intervenção (BORGES *et al.*, 2015; LARIOS; SEDA, 2017).

Nascimento *et al.* (2018) ostentam em seu estudo que a maioria dos universitários usaram o preservativo em sua primeira atividade sexual, assim como nos demais segmentos das relações. Os dados colhidos desta pesquisa correspondem aos achados científicos na literatura científica, haja vista que nos resultados analisados o uso do preservativo esteve presente na resposta de 41% dos respondentes.

Em continuidade, constatou-se outro ponto preocupante, de modo que uma parcela de participantes afirmou não fazer uso do preservativo ou utilizá-lo apenas algumas vezes, denotando a prática do ato sexual de forma insegura e expondo-se a inúmeros riscos, podendo culminar em uma possível IST/HIV/Aids ou gravidez indesejada. Destaca-se como principal motivo de não se fazer uso desse método a total confiança no parceiro, pois muitos têm a convicção de fidelidade e honestidade do companheiro, e, muitas vezes, resultam em comportamentos errôneos, tornando a prática sexual insegura (NASCI-MENTO *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2017).

A utilização do preservativo é de suma importância, pois é o principal método para prevenir IST's/HIV/Aids. Entretanto, no estudo de Borges *et al.* (2015),

observou-se que mais da metade dos participantes não fez uso de contraceptivos de barreira. Comparando com os dados supracitados, delineia-se que, quanto ao sexo seguro diante de um grupo de jovens que iniciou sua vida sexual, 41% dos participantes afirmou ter utilizado esse método, apontando uma porcentagem razoável quando comparado aos 14% que não fizeram uso.

O Ministério da Saúde disponibiliza uma variedade de métodos anticoncepcionais a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), na qual o profissional da saúde, médico ou enfermeiro, tem autonomia para prescrevê-lo de acordo com a preferência do paciente. Os principais métodos dispostos são os hormonais, contraceptivo oral e injetável; implantes subcutâneos e percutâneos; métodos de barreira; e dispositivos intrauterinos. Nota-se que o público jovem tende a optar pelo método de barreira, o preservativo masculino, em primeiro momento, e o método hormonal subsequentemente, quando a vida sexual está ativa (BRASIL, 2013; LARIOS; SEDA, 2017).

O papel do profissional de saúde é de suma importância para a orientação de qualquer método escolhido pela mulher/homem/casal. Diante disso, o enfermeiro tem um papel fundamental, especialmente quanto à disseminação de informações e execução dessas ações, pelo fato de ser o profissional da APS que mais mantém contato com a população, e ainda é considerado expert no assunto de sexualidade e reprodução (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O uso de métodos contraceptivos é fundamental para a construção da saúde sexual e reprodutiva, pois esse comportamento irá influenciar de forma direta dentro desse contexto, no qual o profissional deve atuar de forma efetiva, proporcionando uma maior adesão e orientação desse público aos métodos ofertados. A literatura denota que existe uma baixa adesão ao preservativo feminino, considerando, portanto, que a assistência e orientação desse público é extremamente falha nesse contexto (BORGES *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Muitas mulheres afirmam não fazer uso do preservativo, pois denotam como justificativa a lealdade ao parceiro. Em razão disso, é julgada ao propor a utilização do método, e o companheiro tende a questionar a sua fidelidade e confiança, ou seja, acabam não desempenhando a autonomia da sua própria sexualidade, possivelmente ocasionando situações que desempenham riscos à sua saúde. Muitos dos jovens não fazem uso do preservativo com parceiro fixo ou casual, uma vez que usam como justificativa a confiança no parceiro, ainda que muitas vezes esse grupo acaba não racionalizando prováveis consequências (BRASIL, 2013; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Quando, em alguns momentos, os acadêmicos são questionados quanto ao meio em que eles obtêm informações sobre sexualidade, um número expressivo afirmou que é a partir da internet, amigos e a própria parceria, respectivamente. Tais achados remetem o quanto o profissional de saúde acaba sendo deixado de lado durante um processo tão complexo e importante, o qual, muitas vezes, é permeado pela falta de informação ou disseminação de informações inadequadas.

Nesse contexto, vale ressaltar que esse tipo de comportamento, de não buscar a assistência especializada, é herdada desde o tempo de graduação, no qual os próprios acadêmicos das áreas da saúde buscam outros meios para se instruírem. Desse modo, percebe-se que, caso houvessem ações específicas desenvolvidas na academia, estas facilitariam a adesão desses jovens, contribuindo, portanto, para a redução de danos à saúde, proporcionando ainda em uma melhor compreensão do que é sexualidade, quais os aspectos reprodutivos e como vivenciá-la de forma segura e integral (NASCIMENTO *et al.*, 2018; NOGUEIRA *et al.*, 2017).

A temática sexualidade é uma das que mais geram preconceitos e tabus dentro de qualquer meio social, quando se refere à sua discussão, e quando inserida no convívio de jovens. É possível distinguir que existe uma fragilidade diante do repasse de informações entre os próprios jovens, sendo muitas vezes colhidas com pessoas/meios inapropriados, gerando assim uma cadeia de desinformações (ALVES *et al.*, 2017).

Constata-se que existe uma maior liberdade de expressão e um diálogo aceitável com grupos de amigos, já que geralmente são os que atuam como os fornecedores de informações empíricas sobre o assunto. Isso decorre da troca de ideias, por estarem inseridos num mesmo grupo social, no qual há a semelhança da mesma linguagem, acessibilidade e a praticidade e liberdade em conversar abertamente com os amigos, fazendo uma ressalva ainda para a confiança sincrética uns nos outros (ALMEIDA *et al.*, 2017; HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

O presente estudo revelou que a maioria dos participantes desta pesquisa afirmou que o seu curso não desenvolve atividades ou ações referentes à temática em questão. Diante disso, destaca-se que esse público carece de incentivo e maiores esclarecimentos para que possam desenvolver todas as vertentes da sua sexualidade e reprodução de forma saudável, tendo como consequência a redução de danos à saúde. A universidade tem papel estratégico nesse sentido, ao despenhar a possibilidade de transformação dessa realidade, almejando a possível modificação no comportamento dos universitários, mediante ações que os sensibilizem sobre a importância de ações que primem pelo cuidado à sua saúde (ALVES *et al.*, 2017; KEBEDE; MOLLA; GERENSEA, 2018).

Borges *et al.* (2015) e Kebede, Molla e Gerense (2018) trazem a importância do papel da universidade no que tange à percepção de prováveis situações em que o jovem universitário vivencia no período acadêmico, haja vista a prevalência de jovens adultos nesse âmbito. A universidade deve desenvolver um papel educador, pois ela é vista como uma instância não apenas formadora, mas também promotora de saúde.

É de suma importância que cada indivíduo possa conhecer-se, pois estará diretamente ligado à forma de satisfação perante a sua própria sexualidade. Este, muitas vezes, deixa de lado esse quesito e não se dá a devida importância, em virtude da expressão da forma consciente e autônoma de sua sexualidade, já que cada indivíduo deve expressar sua personalidade dentro das atividades que concernem ao assunto em questão (HERNÁNDEZ *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

A partir de toda trajetória deste capítulo, pôde-se avaliar o quão meticuloso e relevante é o estudo da sexualidade e reprodução como um todo, levando em consideração toda sua dimensão dentro da esfera sociocultural, e ainda sua complexidade para a promoção da saúde nos dias atuais.

Diante dos resultados elencados, apresentados e corroborados à luz da literatura, constata-se que esse assunto ainda está longe de ser ao menos aceito pela sociedade, uma vez que a temática em questão é associada, na maioria das vezes, com a prática sexual indiscriminada; todavia, sabe-se que o tópico percorre muitos segmentos para além da prática sexual propriamente dita.

É indiscutível que há de fato uma carência de conhecimento sobre esse complexo que é a sexualidade, partindo muitas vezes da ignorância da própria sociedade por não achar pertinente abordar esse tema em instituições formadoras, como escolas primárias e secundárias, coalescendo com decisões equivocadas de parlamentares, conforme cenário político atual no Brasil.

Desse modo, os resultados apresentados por esse estudo evidenciam a necessidade de se abordar e instruir sobre a sexualidade saudável, isso pois, quando se há a consciência do repasse de informações coerentes e que elas estão sendo fixadas pelo público alvo, muitos problemas são evitados ou no mínimo reduzidos.

A saúde sexual e reprodutiva é um tema que gera uma gama de discussões e se sugere que sejam realizadas mais investigações quanto ao contexto universitário, com o intuito de uma melhor compreensão das interfaces que permeiam a vida do jovem e percepção acerca da reprodução e sexualidade nesse contexto.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, as evidências deste trabalho nos remetem à necessidade de articulação entre o sistema educacional e de saúde para abordar temáticas referentes à saúde sexual e reprodutiva no contexto das escolas e universidades, sendo este um direito dos jovens e adolescentes. Tais direitos fortalecem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, além de contribuir para implementação de estratégias que primem pela ampliação do cuidado, tendo em vista a integralidade desse público, posto que a exposição desses jovens às práticas de riscos apresenta consequências que inferem desde a saúde até os contextos social e econômico.

Em suma, este capítulo oferece ao leitor o estímulo em desenvolver um olhar crítico sobre essa questão, que já se configura como problema de saúde pública, levando em consideração os altos índices de pessoas contaminadas pelo vírus HIV, Aids, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada na adolescência, dentre diversos outros pontos que desencadeiam adversidades à vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. A. S.; CORRÊA, R. G. C. F.; ROLIM, I. L. T. P. *et al.* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1087-1094, 2017.

ALVES, B.; GONÇALVES, M. B.; FONTOURA, L. V. *et al.* Perfil Sexual De Estudantes Universitários. **Rev Bras Promo Saúde**, v. 30, n. 4, p. 1-8, 2017.

BORGES, M. R.; SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S. *et al.* Comportamento sexual de ingressantes universitários. **Rev Pesq: Cuid Fund On**, v. 7, n. 2, p. 2505-2515, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. Reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FIRMEZA, S. N. R. M.; FERNANDES, K. J. S. S.; SANTOS, E. N. Comportamento sexual entre acadêmicos de uma universidade pública. **Rev Rede Enferm Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 506-511, 2016.

HERNÁNDEZ, R. P. C.; PIÑERO, J. P.; RAMOS, G. S. *et al.* Efectividad de una estrategia de educación sexual para universitarios ecuatorianos. **Rev Cub Salud Pública**, v. 42, n. 4, p. 547-558, 2016.

KEBEDE, A.; MOLLA, B.; GERENSEA, H. Assessment of risky sexual behavior and practice among Aksum University students, Shire Campus, Shire Town, Tigray, Ethiopia, 2017. **BioMed Cent Research Notes**, v. 11, n. 88. p. 2-6, 2018.

LARIOS, F. L.; SEDA, J. M. Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study. **Repro Health**, v. 14, n. 179, p. 2-9, 2017.

NASCIMENTO, B. S.; SPINDOLA, T; PIMENTEL, M. R. A. R. *et al.* Comportamento sexual de jovens universitários e o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. **Enferm Global**, n. 49, p. 248-258, 2018.

NOGUEIRA, I. S.; RODRIGUES, D. M. M. R.; LABEGALINI, C. M. G. *et al.* A percepção e formação dos acadêmicos de enfermagem acerca da sexualidade humana. **Rev Pesq: Cuid Fund On**, v. 09, n. 03, p. 614-619, 2017.

**A ÓTICA DA GESTANTE ACERCA DOS ENTRAVES
DO ACESSO AO PRÉ-NATAL**

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques

Joíce Fabricio de Souza

Ana Paula Agostinho Alencar

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal é compreendida como um conjunto de cuidados e procedimentos que visam à preservação da saúde da gestante e do conceito, assegurando o acompanhamento gestacional, caracterizado por mudanças físicas e emocionais, vivenciados de forma singular por cada gestante. Dessa forma, o pré-natal representa uma oportunidade para as mulheres receberem uma assistência que lhes garanta a qualidade de vida no período gravídico (SILVA *et al*, 2018).

No Brasil, o pré-natal alcançou cobertura praticamente universal. Porém, ainda persistem desigualdades no acesso ao cuidado adequado, limitando o potencial de reverter os indicadores de morte materna, neonatal e perinatal observados no país. Estratégias são desenvolvidas para redução desses índices, por meio de programas voltados sobretudo para as populações menos favorecidas, com o objetivo de facilitar o ingresso precoce ao pré-natal e o contato com os serviços de saúde, garantindo a realização de um cuidado efetivo. Um dos grandes desafios é a ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) para realização das consultas, reduzindo os riscos para o binômio mãe e filho (NUNES *et al*, 2016).

Contudo, apesar da oferta das consultas de pré-natal, ainda é observada uma baixa qualidade da atenção à gestante, sendo vários os fatores que desencadeiam essa problemática, dentre eles: o não cumprimento do mínimo de consultas preconizado pelo Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN); a não adesão ao pré-natal; reduzido conhecimento das gestantes, influenciado por questões socio-culturais, dificuldades no acesso até à unidade de saúde, com destaque para as regiões Norte e Nordeste do Brasil. Com isso, fragiliza-se o processo, favorecendo um desfecho problemático no âmbito da saúde pública (MÁRIO *et al*, 2019).

Para uma efetiva realização da assistência ao pré-natal, existem critérios estabelecidos pelas políticas e programas nos manuais e protocolos a serem seguidos pelos profissionais, os quais consistem no exame físico da gestação, investigação dos antecedentes gineco-obstétricos, história de comorbidades, fatores socioeconômicos, reconhecimento das fragilidades apresentadas pelas gestantes no momento da consulta, escuta qualificada, orientação sobre suas dúvidas e anseios, incentivo na desconstrução de mitos impostos culturalmente, juntamente com as orientações abordadas pela equipe multiprofissional, auxiliando a gestante a sentir-se mais segura e preparada para reconhecer as mudanças biológicas e psicológicas durante o período gestacional (ROCHA *et al.*, 2017).

O papel do profissional é imprescindível para o desfecho da qualidade assistencial no pré-natal. Dessa forma, entendemos que o momento da consulta é essencial para aproximar ou afastar a mulher que procura aquele serviço de saúde. Durante a gestação a mulher sente-se mais fragilizada em decorrência das mudanças biopsíquicas, que as acompanham (SILVA *et al.*, 2019).

Com base no mesmo autor, a procura pela consulta permeia uma série de questões, como: expectativa em relação ao profissional que irá acolhê-la; se as suas dúvidas serão pertinentes, uma vez que muitas carregam a forte tradição cultural passada de mãe para filha; falta de apoio por parte do cônjuge; medo e dúvidas sobre o momento do parto, dentre outros. Toda essa conjuntura é desafiadora para os profissionais, cabendo-lhes aprimorar suas práticas por meio de uma constante educação em saúde, procurando entender a gestante com um olhar clínico respeitoso, único e holístico ao mesmo tempo.

Considerando a importância ímpar que o pré-natal tem para assegurar um desenvolvimento gestacional saudável, bem como reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal, objetivou-se com este estudo compreender os problemas enfrentados pelas gestantes em relação ao acesso às consultas do pré-natal.

MÉTODO

O estudo trata de uma Revisão Integrativa da Literatura, por meio da sumarização dos resultados obtidos das pesquisas que englobam a temática, constituindo-se de maneira sistemática, ampla e ordenada. Provê de informações

mais abrangentes conforme a problemática, estabelecendo assim um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Este estudo percorre por seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa identificou-se a questão norteadora do tema: Quais os problemas enfrentados pelas gestantes em relação ao acesso às consultas do pré-natal de acordo com a literatura? Na segunda etapa estabeleceram-se as palavras-chave de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) Cuidado pré-natal, Acesso aos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, Cuidado de enfermagem, Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. No quadro a seguir temos os descritores e a quantidade de artigos encontrados em cada base de dados.

Quadro 1 – Quantitativo de artigos em cada base de dados de acordo com as Palavras-Chave, Fortaleza - Ceará, Brasil, 2020

Descritores	LILACS	SCIELO	BVS
Cuidado pré-natal AND Atenção Primária à Saúde AND Acesso aos Serviços de Saúde	20	06	18
Pré-natal AND Cuidados de Enfermagem AND atenção Primária à Saúde	16	18	20
Total:	36	24	38

Fonte: Autoria própria, 2020.

Na terceira etapa, como critérios de inclusão, foram utilizados artigos de periódicos disponíveis na íntegra e publicados em português (Brasil) que abordassem a temática, em nível nacional, nos anos de publicação referente ao período de 2015 a 2019. Optou-se por excluir literatura cinzenta, monografias, dissertações, teses, artigos que não abordassem a temática por título, resumo e texto na íntegra, assim como artigos em periódicos não gratuitos.

Durante a quarta etapa, a pesquisa subsidiou-se por meio do levantamento bibliográfico eletrônico na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online – (SciELO) e Biblioteca Vir-

tual em Saúde (BVS), realizada no período de fevereiro a março de 2020 de fevereiro.

Na quinta etapa categorizaram-se os estudos mediante tabela contendo os artigos por título, ano, país, autores, periódico, tipo de estudo e base de dados, enquanto a sexta etapa foi composta da análise dos dados extraídos e interpretação dos resultados.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e inclusão de filtros na seleção dos artigos nas bases de dados no decorrer da busca, foram encontrados os seguintes resultados demonstrados no quadro 2:

Quadro 2 – Quantitativo de artigos encontrados após inclusão dos critérios elegíveis, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020

Bases de dados	Quantidade de artigos
LILACS	3
BVS	3
SCIELO	4
TOTAL	10

Fonte: Autoria própria, 2020.

RESULTADOS

Durante o levantamento das publicações, foram utilizados descritores controlados extraídos do DeCS, perfazendo um total de 98 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, período do estudo, temática, idioma, tipo de estudo, leitura completa dos artigos, resumo, a amostra final contou com um total de 10 artigos.

Quadro 3 – Caracterização dos artigos encontrados de acordo com o título, ano e país, autores, periódico, método e base de dados, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020

N	Título	Ano	Autores	Periódico	Objetivo	Tipo de estudo	Base de dados
1	Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil	2019	SANINE <i>et al.</i>	Caderno de Saúde Pública Revista Online Cuidado é Fundamental	Avaliar a atenção ao pré-natal de gestantes de alto risco e a identificação de fatores associados, no Município de São Paulo, Brasil	Pesquisa avaliativa, com base em inquérito	BVS

2	Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais	2017	TOMASI <i>et al.</i>	Caderno de Saúde Pública	Descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)	Estudo transversal	BVS
3	Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão	2018	GUIMARAES <i>et al.</i>	Caderno de Saúde Pública	Investigação do acesso e da qualidade do cuidado pré-natal na Estratégia Saúde da Família no Brasil e na Região Norte	Estudo transversal, avaliativo de tipo normativo, derivado do componente de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB	BVS
4	A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes	2018	SILVA <i>et al.</i>	Revista online de Pesquisa: Cuidado é fundamental	Identificar e analisar os valores expressos nos discursos das mulheres/gestantes acompanhadas no Programa de Pré-Natal, a respeito da assistência recebida	Estudo fenomenológico, realizado com base na valorização dos dados subjetivos das mulheres gestantes, em uma abordagem qualitativa	LILACS
5	Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal	2016	QUEIROZ <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	Descrever as mudanças no cuidado de enfermagem no pré-natal após a implementação do grupo de gestantes adolescentes norteado pelas expectativas e experiências de adolescentes grávidas.	Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado em Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza, Ceará	LILACS
6	Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem	2015	ALVES <i>et al.</i>	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Conhecer as práticas de cuidado e os valores culturais de enfermeiras ao assistir à gestante.	Trata-se de uma etnoenfermagem realizada com cinco enfermeiras que atuam em pré-natal de baixo risco.	LILACS

7	Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde	2019	LIVRAMENTO <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	Compreender as percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal, no âmbito da atenção primária à saúde.	Estudo qualitativo, baseado na Grounded Theory	SCIE-LO
8	Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante	2018	PRUDÊNCIO; MAMEDE	Revista Gaúcha de Enfermagem	Avaliar o cuidado pré-natal na Atenção Primária a Saúde na percepção da gestante	Estudo transversal	SCIE-LO
09	Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil	2017	GONÇALVES <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	Avaliar a relação entre assistência pré-natal e orientações para o parto na Atenção Primária à Saúde	Estudo transversal analítico aninhado a uma corte prospectiva	SCIE-LO
10	O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal	2015	BARRETO <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	Entender como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e dos programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual	Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa	SCIE-LO

Fonte: Autoria própria, 2020.

DISCUSSÃO

O estudo realizado por Sanine *et al.* (2019) evidenciou a importância de serviços organizados segundo o modelo da Unidade de Saúde da Família (USF), haja vista que esse modelo ainda apresenta fragilidades. Destacam-se importantes questões que influenciam nesse resultado, como as vulnerabilidades individuais das gestantes, especialmente em não ter a cor da pele branca, e fragilidades identificadas no percurso das gestantes a APS à AE, em particular, relacionada ao reduzido número de visita domiciliar.

Corroborando com os estudos de Sanine *et al.* (2019), Tomasi *et al.* (2017) também abordam em seus achados sobre indicadores de qualidade da atenção

pré-natal que apenas 15% das entrevistadas receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se todas as ações preconizadas, sendo significativamente maior a proporção de completude da atenção em gestantes com mais idade, de maior renda, de cor branca, na região Sudeste do Brasil, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no quartil superior. Persistem desigualdades sociais e individuais que podem ser objeto de ações de qualificação dos processos de trabalho das equipes.

Como demonstrado acima, os autores apontam falhas no quesito qualidade no pré-natal, uma vez que essa assistência não se torna equânime, divergindo do que é proposto pelos princípios doutrinários do SUS. Dessa forma, torna-se evidente que há segregação no cuidado ofertado e que este ainda se contradiz com a legislação, uma vez que é levado em consideração maior poder aquisitivo e menor vulnerabilidade social, desencadeando muitas vezes em maiores problemas para o binômio mãe e filho, como: início tardio do pré-natal, dificuldade no acesso às primeiras consultas, falta de informação sobre a gestação, levando a fragilidades na hora do parto, por não se encontrar identificada a maternidade de referência, causando desgaste físico e emocional nas gestantes.

Em seu estudo, Guimarães *et al.* (2018) fazem uma investigação do acesso e da qualidade do cuidado pré-natal na ESF, de uma forma ampla, evidenciando algumas regiões do Brasil, sobretudo a região Norte, mediante avaliação de aspectos de infraestrutura nas unidades de saúde, da gestão e oferta do cuidado prestado pelas equipes, sob o prisma das desigualdades regionais e estaduais. Os autores apontam em seus resultados importantes dificuldades organizacionais, tanto no acesso quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde, além de uma evidente insuficiência das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do acesso e da qualidade do cuidado pré-natal.

É notório, por meio da abordagem elencada, que o pré-natal, para ser efetivo e de qualidade, necessita de um aparato em vários seguimentos, como infraestrutura local adequada, com aparato tecnológico de baixa ou média densidade, e oferta de equipe multiprofissional, com objetivo único de prestar uma assistência de qualidade adequada à mulher nesse momento de tantos anseios e incertezas. É necessária uma gestão que estabeleça soluções por análise observacional, criação de programas, implementação e avaliação dos serviços ofertados, objetivando uma satisfação para usuárias e redução na morbimortalidade materna e fetal.

Ao contemplarmos a valorização do pré-natal, partindo para a ótica da escuta, Silva *et al.* (2018) identificam e analisam os valores expressivos nos discursos das mulheres acompanhadas no pré-natal sobre a assistência recebida, concluindo que o acolhimento e a humanização no cuidado durante o pré-natal são valores vitais e afetivos, abrindo caminhos para refletir sobre uma assistência direcionada às necessidades específicas de cada mulher, valorizando a singularidade.

Saindo de uma perspectiva mais organizacional do cuidado para uma abordagem mais centrada na pessoa, os autores abordam o cuidado no pré-natal direcionado para a escuta e compreensão das experiências emocionais elencadas pelas gestantes durante as consultas, uma vez que essas mulheres carregam diversos sentimentos durante esse período gestacional. É imprescindível que haja, por parte dos profissionais, uma atenção especial nesse momento singular na vida de cada mulher, já que muitas buscam no momento da consulta manter uma relação de confiança com o profissional, e que os anseios e dúvidas sejam respeitados e sanados. Contudo, ainda é forte a presença do modelo biomédico e reducionista no campo da saúde.

Queiroz *et al.* (2016) concordam com Silva *et al.* (2018), quando enfatizam a contribuição da experiência da escuta com um grupo de gestantes adolescentes, cujas considerações e sugestões contribuíram para nortear o enfermeiro no desenvolvimento de estratégias de cuidados e efetivar o momento de apoio às adolescentes grávidas na atenção básica.

Diante da premissa, fica evidente que o vínculo entre profissional e usuário se estabelece a partir da escuta e valorização do pensamento mútuo, priorizando as necessidades de cada gestante, favorecendo ao profissional enfermeiro melhorar a sua conduta na assistência, uma vez que muitas dúvidas irão surgir ao longo do período gravídico, dentre elas questionamentos em relação às mudanças no corpo, cuidado com o recém-nascido, amamentação, entre outras. As informações compartilhadas também em atividades grupais estabelecem uma liberdade entre os pares, favorecendo um conhecimento coletivo, mais didático e efetivo.

Alves *et al.* (2015) destacam que promover o cuidado permeado pela cultura é uma interface necessária na enfermagem, uma vez que, por meio do reconhecimento do contexto sociocultural da gestação, identificam-se os caminhos para que o cuidado culturalmente congruente seja realizado.

Silva *et al.* (2018) abordam que o cuidado deve ser pautado na singularidade de cada gestante, uma vez que estas carregam consigo seus valores atrelados a sua cultura, crenças, conhecimento empírico, cabendo ao profissional respeitá-las, uma vez que essa valorização dos saberes trazidos pelas gestantes colabora para a desconstrução do paradigma voltado para práticas mecanicistas, escuta sem envolvimento ainda muito presentes na assistência, favorecendo ao profissional enfermeiro buscar mudanças na forma de atuação da sua promoção do cuidado.

Mediante o estudo de Livramento *et al.* (2019), foi possível compreender a percepção das gestantes em relação ao cuidado recebido durante o pré-natal no âmbito da APS, identificando elementos que podem promover ou reduzir a satisfação materna no pré-natal. Os achados mostraram que a assistência ofertada no pré-natal foi, em sua maioria, satisfatória para as gestantes. Porém, elas associaram a qualidade da assistência ao modo como foram tratadas, ou seja, ao acolhimento que receberam, e não à atenção integral oferecida durante o período gestacional.

Como demonstrado acima, as gestantes associam a qualidade do cuidado ao modo como são acolhidas pelos profissionais nas unidades de saúde. Vários elementos estão envolvidos nessa condição de cuidado, a valorização das queixas, o esclarecimento das dúvidas em relação ao período gestacional e puerperal, em especial se essa gestante for primípara. Muitas vezes, esse olhar amplo ganha maior credibilidade por parte da gestante, o olhar atento, resolutivo e respeitoso supera o tocar insensível em muitas situações.

O estudo descrito por Prudêncio e Mamede (2018) avaliaram o cuidado pré-natal na APS, na percepção da gestante, analisando os domínios expectativa e satisfação em relação ao cuidado recebido durante as consultas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Saúde da Família (USF). A constatação da baixa expectativa e o alto nível de satisfação das gestantes em relação ao cuidado pré-natal prestados em ambos os serviços demonstra a similaridade no oferecimento do cuidado pré-natal. Em relação aos serviços públicos de saúde avaliados, USF e UBS, foi identificado predomínio de baixa expectativa para UBS, com 218 (73,2%), e para USF, com 61 (77,2%), além de predomínio de alto nível de satisfação das gestantes, identificado por 170 (57,1%) dos registros para UBS e 50 (63,3%) para USF.

De acordo com os domínios apresentados pelas autoras, constata-se que há divergência nas opiniões apresentadas pelas gestantes, evidenciando o predomínio

mínio da baixa expectativa no âmbito da UBS, que pode estar relacionado ao cuidado mais centrado no modelo biológico e que a assistência torna-se mais vulnerável nesse segmento da saúde, uma vez que não dispõe da obrigatoriedade da presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), implicando na redução do vínculo entre usuários e unidade de saúde, ficando escasso o acompanhamento longitudinal. No tocante ao domínio satisfação, este pode encontrar-se atrelado às experiências vividas por essas mulheres nas unidades de saúde, sendo considerado fator positivo para estímulo à busca pela continuidade do pré-natal.

Pode-se observar, no estudo de Gonçalves *et al.* (2017), a relação entre assistência pré-natal e orientações para o parto na APS, o qual aponta que, apesar da oferta ideal do número de consultas, a qualidade do cuidado foi classificada como intermediária ou inadequada, e evidenciou-se acesso precário a orientações para o parto durante o pré-natal.

O estudo discorre sobre fragilidades na qualidade do cuidado, concordando com Prudêncio e Mamede (2018), ao abordar que as expectativas em relação ao pré-natal torna-se fragmentado por diversas causas, dentre as quais se destacam: o difícil acesso para início das consultas, falha no número destas, carência de orientações sobre o parto e puerpério – haja vista que o final da gestação é considerado o período em que se concentra a maior probabilidade de intercorrências obstétricas, devendo, no último trimestre, ser acompanhado com mais frequência no serviço de pré-natal, finalizando-o somente quando a gestante for admitida na maternidade para o parto. Outro agravante é o maior intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto, pois as gestantes ficam limitadas a poucas informações a respeito do local do parto. Todos esses agravos contribuem para uma insatisfação na assistência à gestante.

Por meio do estudo de Barreto *et al.* (2015), foi possível entender como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e dos programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde nas práxis da atenção pré-natal de risco habitual. Para que haja a aproximação de uma atenção humanizada, é necessário um olhar ampliado frente às singularidades das mulheres.

O cuidado e a humanização não podem ser vistos como práticas dissociadas, desta feita, não poderá contrariar o que se encontra estabelecido na Polí-

tica Nacional de Humanização (PNH). No entanto, o pré-natal ainda é caracterizado por procedimentos e rotinas, que são necessárias, mas que, ao mesmo tempo, colocam em segundo plano o compartilhamento de conhecimentos e experiências das mulheres, fragilizando o protagonismo no cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

O estudo buscou contribuir para o entendimento dos desafios existentes para a qualificação da atenção ao pré-natal, sobretudo, quando nos reportamos ao acesso, quesito este tão discutido pelas políticas públicas, mas ainda fragilizado por inúmeros motivos, como elencados neste estudo. Como já evidenciado, há uma busca pela qualificação da atenção ao pré-natal, contudo, a realidade abordada na literatura nos mostra que há um distanciamento das propostas estabelecidas pelas políticas de proteção à gestante.

Essas problemáticas são atribuídas a diversas causas, desde a fragilidade na gestão, estruturas físicas inadequadas, desigualdades regionais, iniquidades sociais, à forte presença cultural hereditária carregadas pelas gestantes. Além disso, destaca-se a fragilidade no acolhimento por parte dos profissionais, reduzindo o protagonismo feminino, considerando a gestante como um ser meramente passivo, guiadas por informações que, na sua maioria, não são compreendidas sobre a gestação ou, ainda, pela sua ausência, dependendo do profissional que a acolhe.

A pesquisa encontrou limitações por não dispor de uma quantidade considerável de estudos que abordassem a temática do acesso ao pré-natal, uma vez que os estudos se encontram direcionados para o enfoque da humanização durante o pré-natal.

Sugere-se que a temática qualidade do acesso ao pré-natal continue sendo estudada em novas pesquisas, e que haja melhorias no acesso e nas intervenções, priorizando o protagonismo da gestante durante todo seu ciclo gravídico.

Ete estudo vislumbra a necessidade de remodelagem do acesso ao pré-natal, tendo em vista o enaltecimento dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, visto que a gestante deve receber um atendimento resolutivo, universal, equânime e integral, com vistas a preservar a autonomia, o empoderamento e o protagonismo social. Dessa forma, este estudo visa contribuir com olhar cirúrgico para o acesso à gestante ao pré-natal de risco habitual.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. N. *et al.* Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-271, Jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200265&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Fev. 2020.

BARRETO, C. N. *et al.* O Sistema Único de Saúde que dá certo: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 168-176, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500168&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Fev. 2020.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em 09 Fev. 2020.

GONCALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, e0063, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Fev. 2020.

GUIMARAES, W. S. G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Fev. 2020.

LIVRAMENTO, D. V. P. do. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180211, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100420&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Fev. 2020.

MARIO, D. N. *et al.* Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, p. 1223-1232. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201900301223&tlng=pt. Acesso em 11 Fev. 2020. Acesso em 11 Fev. 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Tex-**

to & Contexto-Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Fev. 2020

NUNES, J. T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Fev. 2020.

PRUDENCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e20180077, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100465&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Mar. 2020.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Mar. 2020.

ROCHA, A. C; ANDRADE, G. S, *et al.* Atenção da equipe de enfermagem durante o pré natal: Percepções das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga em diferentes contextos sociais. **Revista enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p.30-41 a br.2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1153>. Acesso em 05 Mar. 2020.

SANINE, P. R. *et al.* Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00103118, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001205008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Mar. 2020.

SILVA, E. P. *et al.* Avaliação pré-natal na atenção básica no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 43, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100238&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Mar. 2020.

SILVA, L. A. da. *et al.* The humanization of prenatal care under the pregnant women's perspective / A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10,

n. 4, p. 1014-1019, oct. 2018. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6302>. Acesso em: 04. Mar. 2020.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Mar. 2020.

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E
A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA NO INTERIOR DO
CEARÁ À LUZ DO *QUALITY MATERNAL AND NEWBORN CARE***

Camila Almeida Neves de Oliveira

Roger Rodrigues da Silva

Edilson Rodrigues de Lima

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Paula Renata Amorim Lessa Soares

Ana Karina Bezerra Pinheiro

Priscila de Souza Aquino

INTRODUÇÃO

A redução da morbimortalidade materna e neonatal está fundamentada na qualidade dos cuidados ofertados durante o período gravídico-puerperal, associados à perspectiva da promoção da saúde. A Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde do Brasil, tem como finalidade ampliar o acesso e aperfeiçoar a qualidade do cuidado, desde o pré-natal, assistência ao parto e puerpério, até a criança com 24 meses de vida. Desse modo, a melhoria da saúde materno-infantil concretiza-se como objetivo premente dos órgãos governamentais do país (BRASIL, 2011; TOMASI *et al.*, 2017).

A qualidade da assistência, conceito difundido por Avedis Donabedian na década de 1960, século XX, abrange que os sistemas devem ser ponderados em três campos: 1) Estrutura - todos os fatores que afetam o cenário em que os cuidados são oferecidos; 2) Processo - práticas adotadas pelos diversos profissionais; e 3) Resultado - os efeitos da prática no paciente (DONABEDIAN, 2003). Dessa forma, infere-se que a avaliação da qualidade da assistência não é fundamentada somente na apreciação dos resultados ou implicações de uma falha na prática clínica, ou seja, é um processo contínuo (MARCOLIN, 2015).

A importância da avaliação da qualidade do processo de assistência é imprescindível e faz-se necessária a comparação dos procedimentos utilizados

na assistência com normas e recomendações científicas consideradas padrão-ouro internacional (RAVEN *et al.*, 2011).

A atenção pré-natal visa contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, haja vista que um pré-natal de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na rede de atenção básica, bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno a todos os níveis. Apesar disso, delinea-se uma baixa qualidade da assistência pré-natal na atenção primária, com a persistência de desigualdades regionais e sociodemográficas em três quesitos: acesso, resolutividade e desfecho da atenção (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

O *Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)* é um modelo de atenção construído internacionalmente a partir de uma estrutura conceitual e emprega a melhor evidência disponível para avaliação das práticas e cuidados efetivos que as mulheres e recém-nascidos necessitam, haja vista que a sua construção foi realizada mediante a exaustiva análise das evidências disponíveis. Os componentes essenciais considerados são as práticas eficazes, a organização da assistência, a filosofia e os valores dos prestadores de cuidados que trabalham no sistema de saúde, bem como as características destes profissionais (RENFREW *et al.*, 2014).

Dessa forma, torna-se fundamental a compreensão das evidências acerca das intervenções que priorizam um “padrão ouro” clínico, de cuidados de qualidade interpessoal e contextual, com o desígnio de melhorar a saúde e a sobrevivência de mulheres e neonatos. Nesse sentido, a avaliação das práticas obstétricas desempenhadas no cuidado pré-natal mediante os pressupostos do QMNC é relevante, tendo em vista que este se constitui como um arcabouço teórico-conceitual construído com base nas melhores evidências científicas disponíveis para mensuração da qualidade do cuidado materno e neonatal (RENFREW *et al.*, 2014). Diante disso, o estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal no interior do Ceará segundo o *Quality Maternal and Newborn Care*.

MÉTODO

Estudo avaliativo, quantitativo, realizado entre os meses de outubro a dezembro de 2016, com puérperas admitidas na enfermaria obstétrica de uma Maternidade Pública de referência em Iguatu, Ceará, município polo da 18ª Região de Saúde do Estado do Ceará, composta por 10 municípios. Essa instituição é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e credenciada pela Rede Cegonha, bem como sua ambiência obstétrica foi reformada e encontra-

se em pleno funcionamento desde fevereiro de 2016, com melhoria na estrutura física e prestação de serviços diversos no âmbito materno-infantil.

A amostra totalizou 92 participantes que englobavam os critérios de inclusão adotados: residir nos municípios que compõem a 18ª Região de Saúde; ter realizado no mínimo seis consultas de pré-natal; estar internada na enfermaria obstétrica com recém-nascido vivo. Foram excluídas as puérperas que apresentaram alguma limitação de comunicação e/ou que não estavam em condições clínicas/emocionais para participar da pesquisa.

É válido destacar que a opção pelo critério de inclusão “ter realizado no mínimo seis consultas de pré-natal” foi embasada no critério definido pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, o qual preconiza os parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal para gestantes de baixo risco e vem sendo referenciado amplamente nos estudos avaliativos (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Em continuidade, o instrumento de coleta constituiu-se de um roteiro elaborado com base na literatura especializada, abordando inicialmente a caracterização das participantes e, em seguida, o primeiro componente de avaliação do modelo, intitulado categorias práticas. Esse componente divide-se ainda em dois subeixos abordados nesse estudo: a) Educação, Informação e Promoção da Saúde; e b) Avaliação, Triagem e Planejamento do Cuidado (RENFREW *et al.*, 2014; BRASIL, 2012).

Com o intuito de conferir maior credibilidade ao instrumento de coleta, foi realizada uma avaliação quanto à aparência e conteúdo, por cinco juízes com expertise na área de saúde materna e/ou neonatal, já que este tipo de validação determinará se o conteúdo do instrumento explora, efetivamente, os requisitos para mensuração do fenômeno investigado. Assim, o instrumento foi analisado pelos especialistas que avaliaram a sua clareza, compreensão e pertinência das assertivas. Em continuidade, após o retorno dos instrumentos, sugestões de pequenos ajustes semânticos na construção dos itens foram realizadas e acatadas, sem que fossem necessárias modificações significativas.

Optou-se pela obtenção das informações contidas nos prontuários das puérperas associada à entrevista, conferindo maior credibilidade dos resultados. A pesquisa nos prontuários das participantes englobava as seguintes variáveis: quantitativo de consultas pré-natais, profissionais responsáveis pela realização do pré-natal, número de consultas realizadas por profissional, pro-

fissional responsável pelo início do pré-natal, calendário vacinal da gestação atual, índice de massa corpórea na primeira consulta, exames realizados durante a gestação e exames com alterações durante a gestação.

Do mesmo modo, as demais variáveis foram obtidas por meio de entrevista, realizada durante todos os dias da semana, no leito das participantes ou em ambiente reservado da clínica, a depender da preferência da puérpera, com uma duração, em média, de 40 minutos, sendo realizadas duas entrevistas por turno.

Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Calcularam-se as frequências absolutas, relativas e média, ao passo que os resultados foram apresentados em forma de tabelas e discutidos conforme literatura pertinente.

O estudo seguiu a Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual aborda as pesquisas envolvendo seres humanos, obtendo parecer favorável sob o n° 1.646.391, do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC).

RESULTADOS

No presente estudo, quanto ao perfil das puérperas, a maior parte destas tinha idade entre 20 e 29 anos (52,2%), média de 25,2 anos ($\pm 7,7$ anos), sendo que a idade mínima correspondeu a 13 anos e a máxima, a 44. Quanto à procedência, predominou o município polo da Região Iguatu (56,5%), e pouco mais da metade das mulheres citou a zona rural como local de residência (52,2%).

A escolaridade média foi de 9,4 ($\pm 2,7$) anos de estudo, com variação entre ausência total e 13 anos de estudo, sobressaindo-se a faixa entre 10 e 12 anos (47,2%). Com relação ao estado civil, a maioria relatou estar em uma união estável (57,3%), e o número médio de coabitantes foi de 4,3 ($\pm 1,6$). A ocupação das puérperas foi um dado relevante e que merece atenção, tendo em vista que exatamente 50% destas exercem algum tipo de atividade extra lar. A renda esteve prioritariamente inferior ou igual a um salário mínimo (61,9%). As mulheres se autodeclararam, predominantemente, pardas (72,8) e católicas (86,2%). No que se refere aos dados reprodutivos das puérperas, quanto ao tipo de gravidez foram únicas (97,8%), eram primíparas (56,5%) e houve uma média de 2 ($\pm 1,5$) gestações, com mínima de 1 e máxima de 9, com média de intervalo interpartal de 6 anos e com início do pré-natal precoce, com média de 12,4 semanas de gestação.

A tabela 1 aborda acerca da atenção à saúde da mulher e do neonato, com ênfase nas ações preventivas e promocionais da saúde, sob a perspectiva informacional, orientadora e educativa das práticas desempenhadas pelos profissionais, correspondendo ao primeiro componente das categorias práticas do QMNC.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis referentes ao componente educação, informação e promoção da saúde das puérperas admitidas no setor obstétrico. Iguatu, CE, Brasil, 2016. (n=92)

Educação, informação e promoção da saúde	N	%
Planejamento da gestação atual (n=92)		
Sim	56	60,9
Não	36	39,1
Participação em atividades educativas ao longo do pré-natal (n=92)		
Sim	39	42,4
Não	53	57,6
Profissional responsável pela maior parte das orientações (n=92)		
Médico	28	30,4
Enfermeiro	56	60,8
Médico e enfermeiro	7	7,7
ACS	1	1,1
Compreensão das informações fornecidas (n=92)		
Sim	89	96,7
Não	3	3,3
Orientações fornecidas durante a gestação (n=92)		
Abandono ao tabagismo	38	41,3
Alimentação saudável e o ganho de peso adequado	86	93,5
Aleitamento materno	80	87,0
Sinais de início de trabalho de parto	58	63,0
Benefícios do parto normal	60	65,2
Visita à maternidade de referência	21	22,8
Direito ao acompanhante	54	58,7
Consulta pós-natal à mulher e neonato	33	35,9
Uso de contraceptivos após o parto	23	25,0
Triagem neonatal	63	68,5
Consultas de puericultura	55	59,7
Teste rápido de gravidez no pré-natal (n=92)		
Sim	23	25,0
Não	69	75,0
Número de consultas pré-natais realizadas (n=92)		
6 a 7	32	34,8
8 a 9	28	30,4

10 a 11	18	19,6
12 a mais	14	15,2
Profissional que realizou o pré-natal (n=92)		
Enfermeiro e médico	87	94,6
Médico somente	3	3,3
Enfermeiro somente	2	2,1
Imunização (n=92)		
Adequada	57	62,0
Inadequada	29	31,5
Não registrado	06	6,5
Cálculo do IMC na primeira consulta pré-natal (n=92)		
Sim	22	23,9
Não	70	76,1
Procedimentos de rotina durante o pré-natal (n=92)		
Suplementação de ácido fólico	87	94,6
Suplementação de sulfato ferroso	88	95,7
Consulta odontológica	35	38,0
Colpocitologia oncótica	18	19,6

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Primordialmente, pode se apreender que 60,9 % (56) das gestações foram planejadas. No tocante à participação em atividades educativas ao longo do pré-natal, 57,6 % (53) das puérperas afirmaram não participar desses momentos grupais, o que pode influenciar nas baixas taxas de informações quanto à visita à maternidade de referência (22,8%), consulta pós-natal à mulher e neonato (35,9%) e importância do uso de contraceptivos após o parto.

Em continuidade, houve um aumento do número de consultas pré-natais realizadas, com maior prevalência entre seis e nove consultas, com média de 9 ($\pm 2,5$) consultas, mínima de seis e máxima de 14 consultas. Reitera-se que 96,7 % (89) das participantes compreendiam as informações compartilhadas pelos profissionais, sendo que 60,4 % (55) das entrevistadas referiram que o enfermeiro foi responsável pela maior parte das orientações prestadas ao longo das consultas.

A tabela 2 abrange os procedimentos técnicos avaliativos a serem realizados desde o pré-natal ao planejamento de ações que garantam a continuidade do cuidado materno-infantil em todos os equipamentos de saúde associados à parte logística, diferencial da Rede Cegonha. É relevante delinear que esse componente requer uma estruturação da Rede sob os diferentes níveis de atenção e, para que isso aconteça, depende da sensibilização dos gestores,

técnicos e profissionais de saúde envolvidos na assistência direta ao usuário, bem como a sua efetivação depende da disponibilização de insumos, capacitação profissional e modificação e/ou adequação de rotinas institucionais. Corresponde ao segundo componente das categorias práticas do QMNC.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis referentes ao componente avaliação, triagem e planejamento do cuidado das puérperas admitidas no setor obstétrico. Iguatu, CE, Brasil, 2016. (n=92)

Avaliação, triagem e planejamento do cuidado	N	%
Avaliação		
Classificação do Risco da Gravidez (n=92)		
Risco habitual	85	92,3
Alto risco	7	7,7
Realização de procedimentos técnicos no pré-natal		
Avaliação da PA em todas as consultas	92	100,0
Avaliação da altura uterina em todas as consultas	92	100,0
Avaliação dos movimentos fetais em todas as consultas	90	97,8
Avaliação dos batimentos cardíaco-fetais em todas as consultas	92	100,0
Avaliação das mamas em todas as consultas	32	34,8
Avaliação do edema em todas as consultas	77	83,7
Triagem		
Realização de exames no pré-natal*		
ABO/Rh	88	95,7
Glicemia de jejum	84	91,3
Teste de tolerância à glicose	14	15,2
Teste rápido para sífilis	41	44,6
Teste rápido para HIV	67	72,8
VDRL	63	68,5
Hepatite C	11	12
HBsAg	54	58,7
Sorologia para toxoplasmose	58	63
Hemoglobina e hematócrito	83	90,2
Urina-EAS	82	89,1
Urinocultura	39	42,4
Coombs indireto	5	5,4
Ultrassonografia Obstétrica (n=92)		
Sim	90	97,8
Não	2	2,2
Planejamento do Cuidado		
Vinculação à maternidade (n=92)		
Sim	66	71,7

Não	26	28,3
Visita à maternidade durante a gestação (n=92)		
Sim	5	5,4
Não	87	94,6
Residência próxima à Unidade Básica de Saúde (n=92)		
Sim	63	68,5
Não	29	31,5
Dificuldade de deslocamento para realização do pré-natal (n=92)		
Sim	11	12,0
Não	81	88,0
Oferta de transporte sanitário no pré-natal (n=92)		
Sim	15	16,3
Não	77	83,7
Residência próxima ao local de realização dos exames (n=92)		
Sim	28	30,4
Não	64	69,5
Dificuldade de deslocamento para realização dos exames (n=92)		
Sim	18	19,5
Não	74	80,4
Demora na marcação, realização e retorno dos resultados dos exames (n=92)		
Sim	41	44,6
Não	51	55,4
Residência próxima à maternidade (n=92)		
Sim	18	19,6
Não	74	80,4
Dificuldade de deslocamento para a maternidade (n=92)		
Sim	9	9,8
Não	83	90,2
Oferta de transporte sanitário no parto (n=92)		
Sim	18	19,6
Não	74	80,4

* Refere-se à realização de ao menos um exame durante a gestação.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Quanto ao eixo avaliação, com relação aos procedimentos técnicos executados ao longo da assistência pré-natal, destaca-se que, apesar de não se caracterizar como indicador obrigatório em todas as consultas, faz-se essencial a sua realização em momentos-chaves, a depender da idade gestacional, para verificação de padrões e anormalidades que podem nortear o cuidado mater-

no-infantil efetivo. Foi perceptível uma alta execução dos procedimentos, com exceção para o exame clínico das mamas (34,8%).

No que tange ao eixo triagem, reitera-se que houve um acréscimo do acesso aos principais exames preconizados, com taxas expressivas de realização e percentual superior a 80%, sendo relevante atentar para a incorporação, conforme evidenciado pela Rede Cegonha, das triagens sorológicas, ao passo que foi considerado adequado para este estudo o registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal.

Ao delinear o eixo planejamento do cuidado, percebe-se que 71,7% das entrevistadas foram vinculadas à maternidade de referência; todavia, 94,6% não realizou visita à instituição durante o pré-natal, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Mais especificamente com relação à logística da Rede Materno-infantil, é perceptível que a oferta de transporte sanitário ainda é escassa na realidade em questão, atingido um percentual de 16,3% no pré-natal.

DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos mostraram uma população com um percentual mais elevado, na faixa de idade entre 20 e 29 anos (52,2%), com média de 25,2 anos. Essa faixa-etária se encaixa no período ideal para a primeira gestação, compreendido entre 15 e 35 anos de idade. Tem-se observado um fenômeno de aumento no número de gestações tardias nos últimos anos, acompanhado da redução de partos em mulheres com menos de 20 anos e aumento daquelas com mais de 30 anos. Destaca-se que o período de maior fecundidade se concentra na faixa-etária de 20 a 34 anos, bem como a ocorrência de gestação nesse período é associada a uma redução de riscos maternos (BRASIL, 2012).

Ademais, um estudo recente, realizado com mulheres que tiveram parto normal em 13 dos 14 hospitais de Goiânia na Região Centro-Oeste, com uma amostra de 404 partos, encontrou dados semelhantes, com união consensual em 76,5% da amostra e 9 a 11 anos de escolaridade (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Em outro estudo, no qual foram analisados os cartões das gestantes de 81 puérperas em um hospital de média complexidade do Rio Grande do Norte, verificou-se que a idade variou entre 20 e 30 anos (56,8%), eram casadas ou em união consensual (90,1%), tinham 8 a 12 anos de estudo (53,1%) e renda inferior a um salário mínimo (72,8%) (COELHO *et al.*, 2015).

Ainda quanto aos dados sociodemográficos, estudo realizado em um hospital no interior do Rio Grande do Sul evidenciou dados similares, já que uma parte dessas mulheres exerciam atividades laborais remuneradas (42,8%), bem como um percentual significativo (57,1%) ocupava-se no âmbito doméstico ou estudava (REIS *et al.*, 2015).

No primeiro componente, referente à categoria Educação, informação e promoção da saúde (RENFREW *et al.*, 2014), destaca-se que devem estar presentes orientações acerca dos principais cuidados a serem realizados ao longo da gestação, como a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, até as medidas de educação em saúde, abrangendo ações desde adoção de hábitos alimentares saudáveis até a importância do planejamento reprodutivo e uso de contraceptivos após o parto.

Apesar de ser uma recomendação baseada em evidência, no presente estudo a participação em atividades educativas ao longo da gestação não obteve crescimento proporcional ao número de consultas, de modo que um percentual significativo de mulheres (57,6%) afirmou não ter participado dessas ações. Sabe-se que o modo de abordagem da estratégia educativa realizada pelo profissional de saúde também contribui para a aceitação da mulher e sua família, não somente as motivações pessoais.

A participação do enfermeiro nesse processo é fundamental, ao passo que 60,8% das entrevistadas referiram que o enfermeiro foi responsável pela maior parte das orientações recebidas, o que vem a corroborar a importância da atuação de enfermagem nesse âmbito, não apenas como técnico, mas também como promotor da saúde, por meio de ações de cunho educativo, abrangendo para isto a compreensão de um bom relacionamento com a sua clientela.

Nessa perspectiva, delinea-se que o cuidado pré-natal respeitoso dos profissionais com a gestante é primordial, sendo exercido por meio da interação, vínculo, confiança e escuta qualificada, ou seja, sob o contexto de uma relação horizontal com atendimento às expectativas da usuária. A atenção e o interesse da enfermeira às reais necessidades de saúde dessa mulher contribuem diretamente para a permanência no acompanhamento pré-natal e seguimento das orientações compartilhadas durante a consulta de enfermagem, assim como concretizam-se como fatores protetores para adesão à assistência pré-natal. A consulta de enfermagem tem sido avaliada de modo positivo pelas gestantes quando estas percebem que houve três pontos cruciais: interesse, tempo disponível e conhecimento técnico (GOMES *et al.*, 2019).

Dentre os principais aspectos trazidos pelo QMNC destaca-se a relevância da informação e educação executada pelos profissionais de saúde, as quais permitam o aprendizado contínuo da mulher mediante a compreensão da organização dos serviços de saúde para garantia do acesso em tempo hábil, assim como um cuidado respeitoso e não abusivo prestado por provedores com empatia e gentileza. Diante disso, as metassínteses para construção do modelo evidenciaram que as mulheres almejam profissionais de saúde que agregam conhecimento, habilidades clínicas e competência interpessoal quando relacionados à qualidade do cuidado materno-infantil (RENFREW *et al.*, 2014).

A prática educativa durante a gestação permite a vivência e partilha de saberes entre as mulheres e os profissionais de saúde, ao concretizar-se como uma ação diferenciada e potencializadora da promoção da saúde. Ademais, um cuidado qualificado é composto por dois componentes, tanto a competência técnica quanto o relacionamento interpessoal entre os profissionais, as mulheres e a sua rede social de apoio. Os grupos de gestantes são considerados ferramentas fundamentais de suporte, por meio do acolhimento, participação coletiva, diálogo, vínculo e corresponsabilização, ou seja, pressupostos compartilhados pela humanização da assistência (SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016).

As constantes inovações tecnológicas na saúde proporcionaram melhorias no âmbito materno-infantil, com a organização do sistema de saúde, incluindo a Rede Cegonha como uma estratégia de operacionalização de todas as políticas anteriormente criadas associada à efetivação da articulação dos distintos pontos de atenção mediante a regionalização e integralidade do cuidado, pressupostos do SUS. Desse modo, ressalta-se a relevância da assistência pré-natal associada à postura do profissional responsável pelo atendimento, mediante a dissolução de dúvidas, medos e anseios durante a gestação (ALVARES *et al.*, 2018).

Diante do exposto, no presente estudo, constatou-se o aumento do número de consultas pré-natais, o que vem a corroborar os dados de estudos nacionais. Contudo, torna-se relevante questionar a qualidade ante a quantidade de procedimentos e práticas, tendo como foco a abordagem integral e humanizada da assistência. Essa ampliação da cobertura não tem efetivado a qualidade da atenção ao longo do ciclo gravídico-puerperal, trazendo como recomendações a importância da capacitação dos profissionais, aperfeiçoamento da qualidade das consultas e seguimento individual e familiar dessas gestantes (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Um componente que merece destaque nessa abordagem refere-se ao preenchimento da curva de classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) da gestante, ao passo que em 73,9% das participantes se encontrava ausente. Os profissionais envolvidos na atenção à gestante não estão ofertando a devida importância a esse procedimento (COÊLHO *et al.*, 2015). Ademais, o ganho ou perda de peso estão intimamente associados ao crescimento fetal e às intercorrências obstétricas (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Por se tratar de um procedimento técnico que não demanda um aparato tecnológico complexo, a sua não realização não pode ser justificada pela falta de recursos disponíveis. Apesar de não haver um consenso acerca das condutas mínimas a serem adotadas pelos profissionais acerca da assistência pré-natal, é notória a importância da realização dos procedimentos clínicos e obstétricos, sendo que Balsells *et al.* (2018) verificaram a prevalência do registro da altura uterina (61,5%), pressão arterial (62,2%), ausculta cardíofetal (70,3%), peso da gestante (61,2%) e presença de edema (92,3%).

A atenção integral à mulher durante o acompanhamento gestacional somente conclui-se com a realização da consulta puerperal, a qual objetiva a avaliação completa do binômio (TSUNECHIRO *et al.*, 2018). Em continuidade, foi possível identificar que a consulta puerperal ainda constitui uma lacuna na rotina dos serviços de saúde, não do ponto de vista da sua realização, mas da informação durante o pré-natal e pós-parto imediato, denotando que 64,1% das puérperas afirmaram que não tinham conhecimento acerca da sua realização no retorno ao lar, fator agravado pelo número de primíparas e gestações não planejadas.

A assistência à puérpera abrange o regresso do binômio ao serviço de saúde, assim como a visita domiciliar do 7º ao 10º dia de puerpério associada a uma consulta médica ou de enfermagem com 42 dias de pós-parto. Entretanto, compreende-se que a realidade da atenção à puérpera distancia-se das recomendações dos órgãos de classe que norteiam o exercício do enfermeiro, posto que estes constroem aleatoriamente o seu próprio roteiro de consulta, ficando sob sua responsabilidade o julgamento do que é relevante ser analisado junto à mulher. Logo, uma lacuna nesse cenário é a inexistência de um instrumento sistematizado, padrão-ouro para uma consulta de enfermagem à puérpera no cenário da atenção primária (MAZZO; BRITO, 2016).

Quanto às orientações referentes ao período puerperal, apreende-se que houve um baixo percentual de mulheres informadas acerca da consulta pós-natal

(35,9%) e do uso de contraceptivos após o parto (25%), o que denota a presença de um cuidado pontual e não contínuo. Variáveis como a nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos) e o intervalo interpartal, menor do que dois anos ou maior do que cinco anos, podem contribuir para a ocorrência de riscos maternos e neonatais, devendo ser realizada a avaliação do risco gestacional no âmbito da atenção básica a cada consulta pré-natal (BRASIL, 2012).

Países em transição econômica, como Brasil e China, os quais juntos respondem por 35% dos nascimentos em todo o mundo, têm buscado reduzir o número de intervenções no âmbito obstétrico, destacando no contexto brasileiro a ênfase no atendimento humanizado e integral, proposto pela Rede Cegonha, e incorporação do incentivo da formação de enfermeiros na área, com o Programa Nacional de Residência em Enfermagem e Obstetrícia para atuação desde a confirmação da gravidez até o parto, pós-parto e cuidado à criança até os 24 meses de vida (RENFREW *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2016).

No segundo componente, a abordagem é voltada para a avaliação, triagem e planejamento de ações com vistas a atuar na prevenção de possíveis complicações (RENFREW *et al.*, 2014).

As ações essenciais de atenção ao pré-natal foram regulamentadas em todo o território brasileiro, as quais incluem: início precoce até a 12ª semana gestacional (ou 16 semanas em documentos passados); realização mínima de sete consultas (ou seis consultas em documentos passados); garantia de exames mínimos, bem como a administração das vacinas; classificação do risco gestacional; e presença de atividades educativas. A adoção desses critérios visa ao estabelecimento de padronização para avaliação dos serviços de saúde, do nível ambulatorial ao terciário, com o intuito de prestar um cuidado qualificado e humanizado à mulher e seu conceito (BALSELLS *et al.*, 2018).

Neste estudo identificou-se que os principais exames clínicos rotineiros à consulta de acompanhamento pré-natal foram realizados, todavia, há falhas significativas, no que se refere ao preenchimento dos gráficos nutricional e de altura uterina, conforme a idade gestacional, assemelhando-se aos achados de estudos atuais nesta temática. Os dados encontrados neste estudo corroboram com as pesquisas nacionais, as quais delineiam que tais procedimentos são realizados, porém nem sempre registrados. Assim, faz-se necessária a abordagem dos serviços públicos de saúde no que tange ao acesso da população com desvantagens sociais ao rol de ações preconizadas pelos órgãos nacionais e

internacionais, com vistas à redução dos desafios ao acesso e maior facilidade para início do acompanhamento pré-natal, por meio da garantia do cuidado precoce (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Os protocolos do Ministério da Saúde recomendam a importância da realização do teste anti-HIV, todavia, na prática existem inúmeras lacunas. O estudo encontrou que somente 37,4% de mulheres que foram submetidas ao teste rápido receberam o resultado em tempo oportuno. Ademais, a ampliação dos testes rápidos durante o pré-natal concretiza-se como medida mais efetiva para redução da transmissão vertical de doenças, especialmente quando realizadas no terceiro trimestre da gestação (GOMES; OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

Além da solicitação e análise dos exames, outro procedimento necessário para uma atenção pré-natal de qualidade é a classificação do risco gestacional, que pode evitar a morte materna, esta decorrente de acontecimentos malsucedidos, falha no acolhimento à gestante e/ou puérpera, carência de suporte familiar ou social, bem como pela inadequação dos serviços de saúde. Diante disso, é importante que todos os profissionais atuantes na rede estejam preparados para realizar a identificação dos riscos, tratar ou encaminhar o mais rapidamente possível essas mulheres (MICHILIN *et al.*, 2016).

Nesse sentido, torna-se relevante destacar que um diferencial do modelo é o foco da atenção mediante as reais necessidades de saúde das mulheres, posto que se acredita ser essencial a percepção destas sobre suas experiências. Todavia, se os sistemas não atendem essas necessidades, há uma menor propensão das mulheres em acessar o serviço e garantir a efetividade do acompanhamento. Desse modo, é preciso efetivar na prática clínica o eixo referente ao sistema logístico da Rede Cegonha, com a garantia efetiva de meios de transporte e passes para transporte gratuito na rede municipal e eficaz acesso às consultas, exames e vinculação da gestante à maternidade de referência (RENFREW *et al.*, 2014; TSUNECHIRO *et al.*, 2018).

Assim, reitera-se que a utilização do QMNC para a compreensão do objeto deste estudo evidenciou ser um referencial teórico e metodológico inovador e enriquecedor, assim como potencialmente válido para a contribuição de um melhor entendimento da prática de enfermagem relativa ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal e sua interface com a educação em saúde emancipatória. Portanto, além da enfermagem, distintas áreas de atuação e investigação podem interessar-se por este referencial teórico e utilizá-lo para o alcance dos seus objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

O conhecimento acerca das práticas em saúde dispensadas nessa fase da vida da mulher faz-se indispensável para que se possa realizar uma avaliação mais aprofundada do contexto em que essa população está inserida, e conseqüentemente traçar medidas de planejamento em curto, médio e longo prazo, e propor a sua implementação no cotidiano dos serviços em todos os níveis de atenção. É notório que muitos são os estudos que se dispõem a investigar as práticas desempenhadas em nível secundário, geralmente voltando a abordagem para a atuação dos profissionais ao parto normal. Entretanto, a realização de estudos com vistas a avaliar como a Rede encontra-se estruturada, os nós críticos presentes ao longo do percurso e a importância da adequação das ações embasadas em evidências científicas condizentes ainda são escassos, especialmente na região Nordeste do Brasil.

Sobretudo, mediante esta investigação pode-se visualizar a relevância de uma assistência materno-infantil além dos aspectos biológicos, abrangendo, assim, a abordagem cultural, social, emocional, dentre outras que influenciarão fortemente nos cuidados prestados à mulher e ao neonato. Ademais, sugere-se a realização de posteriores pesquisas neste âmbito, com o intuito de realizar um levantamento completo do processo avaliativo, ao incorporar o olhar do gestor e dos profissionais de saúde para a real efetivação das ações.

Portanto, no que concerne ao contexto do Sistema Único de Saúde, espera-se que os resultados do presente estudo venham subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde, tendo em vista a sugestão de algumas estratégias, como: alterações no modelo assistencial, ao integrar os profissionais de saúde sob o aspecto multidisciplinar e transdisciplinar; a utilização e o seguimento das evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional; a capacitação dos profissionais atuantes no serviço para ofertar o suporte necessário à gestante, puérpera e neonato, reconhecendo a singularidade desse momento, livre de julgamentos e coerções, com valorização da autonomia e reais necessidades de saúde desta e de sua família; entre outros.

REFERÊNCIAS

ALVARES, A. S.; CORRÊA, A. C. P.; NAKAGAWA, J. T. T. *et al.* Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Rev Bras En-**

ferm, v. 71, n. [Suppl 6], p. 2620-2627, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BALSELLS, M. M. D; OLIVEIRA, T. M. F; BERNARDO, E. B. R. *et al.* Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>. Acesso em: 13 jan. 2019.

BARBOSA, E. M. G.; SOUSA, A. A. S.; VASCONCELOS, M. G. F. *et al.* Educational technologies to encourage (self) care in postpartum women. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 582-590, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690323i>. Acesso em: 28 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 jan. 2017.

COÊLHO, T. T. G.; MEDEIROS, A. C. Q; RIBEIRO, W. C. S. *et al.* Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em um hospital universitário. **Rev Bras Ci Saúde**, v. 19, n. 2, p. 117-122, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/22098/15058>. Acesso em: 12 jan. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F; DIAS, M. A. B. *et al.* Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt/>. Acesso em: 23 fev. 2018.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2016.

GOMES, C. B. A.; DIAS, R. S.; SILVA, W. G. B. *et al.* Prenatal nursing consultation: narratives of pregnant women and nurses. **Texto contexto - Enferm**, v. 28, [s. n.], p. 1-15, 2019. [15] p. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170544.pdf. Acesso em: 02 abr. 2019.

GOMES, D. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; FONSECA, S. C. Avaliação da testagem

anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Mater Infant**, v. 15, n. 4, p. 413-423, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000400005>. Acesso em: 28 jan. 2017.

GUIMARAES, W. S. G.; PARENTE, R. C. P.; GUIMARÃES, T. L. F. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018. [18] p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00110417.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2018.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 37, n. 10, p. 441-445, 2015.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Nursing instrument to attend mothers who recently gave birth in primary health care. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 2, p. 316-325, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690215I>. Acesso em: 28 jan. 2017.

MICHILIN, N. S.; JENSEN, R.; JAMAS, M. T. *et al.* Analysis of obstetric care provided by the Mobile Emergency Care Service. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 669-675, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0669.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2017.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>. Acesso em: 14 jan. 2017.

RAVEN, J. H.; TOLHURST, R. J.; TANG, S. *et al.* What is quality in maternal and neonatal health care? **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 676-683, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.09.003>. Acesso em: 10 jan. 2018.

REIS, T. L. R.; ZAMBERLAN, C.; QUADROS, J. S. *et al.* Obstetric nurses: contributions to the objectives of the millennium development goals. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. [especial], p. 94-101, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>. Acesso em: 14 jan. 2017.

RENFREW, M. J.; MCFADDEN, A.; BASTOS, M. H. *et al.* Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **The Lancet Midwifery**, v. 384, n. 9948, p. 1129-1145, 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3). Acesso em: 03 fev. 2016.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14^a Ed. Guanabara Koogan, 2018.

SILVA, D. V. R.; SILVEIRA, M. F.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 662-668, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0662.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 3, [s. n.], 2017.[11] p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

TSUNECHIRO, M. A.; LIMA, M. O. P.; BONADIO, I. C. *et al.* Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 18, n. 4, p. 781-790, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>. Acesso em: 15 jan. 2019.

**USO DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL EM PESQUISAS
QUALITATIVAS NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Juliana Saraiva de Alencar

Nadja França Menezes

Lorena Saraiva de Alencar

Moziane Mendonça de Araújo

Amanda Caboclo Flor

Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa

Maria de Fátima Antero Sousa Machado.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, discussões sobre a produção do conhecimento e o modo como é elaborado perpassa, entre outras dimensões, pelo tipo de abordagens utilizadas nos estudos.

As pesquisas com abordagem qualitativa empregam a possibilidade de aprofundar a compreensão do fenômeno em investigação, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos sujeitos (BARDIN, 2011).

Esse tipo de pesquisa tende a ser a primeira opção quando se sabe pouco a respeito de um determinado fenômeno, experiência ou conceito, e busca evidenciar a evolução das ideias a partir da descrição e interpretação de fenômenos passíveis de investigação, utilizando como matéria a experiência humana (BRUGGMANN; PARPINELLI, 2008).

Várias são as técnicas utilizadas para coleta de dados na pesquisa qualitativa, dentre as quais o grupo focal (GF) mostra-se coerente em estudos que têm o intuito de planejar intervenções em saúde e discussões da realidade. Essa técnica vem se tornando muito frequente nas pesquisas qualitativas e exige que o pesquisador esteja imerso no campo do estudo com os respectivos participantes, além de lidar com a subjetividade destes. O pesquisador precisa se atentar aos movimentos dos participantes frente à pesquisa e obedecer um rigor metodológico (DALL'AGNOL *et al.*, 2012).

Os GF são considerados como espaços privilegiados para o alcance de concepções grupais acerca de determinados assuntos, visando potencializar sua utilização em diversas áreas da produção de conhecimentos. Esse método se originou no cenário da pesquisa social, utilizado inicialmente nas áreas da antropologia, ciências sociais, mercadologia e educação em saúde, sendo associado com técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada (BACKES *et al.*, 2011).

Na área de saúde, o GF tem sido mais consistentemente, usado a partir da segunda metade dos anos 80 (CARLINI-COTRIM, 1996). Quando se trata especificamente na saúde da criança e do adolescente, há poucas publicações nacionais relativas à referida faixa etária, sendo a maioria de origem norte-americana. Sob esse aspecto, as atividades lúdicas utilizadas na pesquisa com crianças e adolescentes, especialmente com o uso da técnica aqui explorada, influenciam significativamente na produção de contribuições de qualidade por estes sujeitos (ROCHA, 2016).

No âmbito das pesquisas científicas, o GF é utilizado com o objetivo de explicar como as pessoas consideram uma experiência ou uma ideia e, durante o encontro, possam ser obtidas informações sobre o que os participantes pensam ou sentem, e até mesmo ainda sobre a forma como agem. Assim, a particularidade principal dessa ferramenta é a intensa influência mútua entre os participantes e o pesquisador, que visa colher dados a partir do debate focado em assuntos específicos, promovendo a construção do conhecimento em conjunto (SANTOS; SILVA; JESUS, 2016).

Uma das maiores riquezas da técnica se baseia no desenvolvimento de opiniões e atitudes na interação com outros sujeitos, além de favorecer ao processo reflexivo entre os participantes acerca de temas até anteriormente nunca ou não refletidos conforme sua dimensão (LOPES *et al.*, 2010).

Na implementação dos encontros, alguns aspectos relevantes precisam ser considerados. As discussões são grupais, devendo ser fomentadas por uma série de perguntas abertas, estimulantes e suficientes para explorar a temática do estudo; a composição do grupo deve ser modesta, com no mínimo quatro

e, no máximo, oito pessoas; a seleção da amostra precisa ser intencional ou teoricamente planejada, apresentando homogeneidade entre os participantes; o desenvolvimento dos grupos focais precisa ocorrer em um ambiente agradável e confortável para os participantes, não ultrapassando o período de uma a duas horas; o pesquisador deve atuar como facilitador do grupo, explicando o objetivo principal do estudo, favorecendo e estimulando as discussões (KITZINGER, 2009).

Dessa forma, esta pesquisa norteia-se ao se evidenciar que os estudos com pesquisa qualitativa estão cada vez mais ganhando espaço no meio acadêmico. Embora seja possível evidenciar que o uso das técnicas de grupo focal ainda seja recente na área da enfermagem, o seu emprego permite a obtenção dos dados ao pesquisador para seus estudos e garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções (SILVA *et al.*, 2013).

Diante desses aspectos, que envolvem a utilização da técnica de coleta de dados em questão, a presente revisão integrativa tem como objetivo identificar as características metodológicas empregadas nas publicações científicas da área da saúde que utilizaram o grupo focal como técnica de coleta de dados.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, método que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É um método que se configura por selecionar estudos com práticas baseadas em evidências, o que dá suporte para a tomada de decisões e melhoria da prática clínica, favorecendo a síntese do estado do conhecimento de uma determinada temática, e a identificação das lacunas no conhecimento, destacando assim a necessidade de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A seleção dos artigos para o desenvolvimento deste estudo foi fundamentada no anagrama PICO, sendo População (P) = grupo focal; Intervenção (I) = técnica de coleta de informações; Intervenção de Comparação (C) = pesquisa quali-

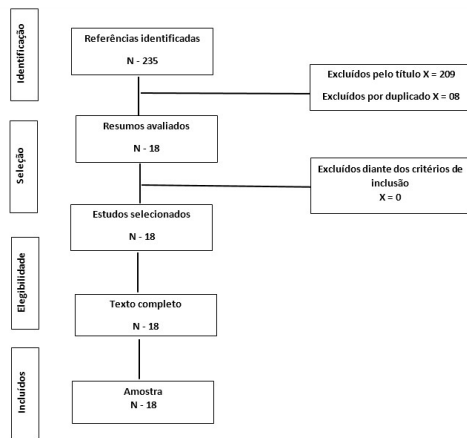
tativa em saúde; e Resultado Desejado (O) = produção do conhecimento no campo da saúde da criança e do adolescente. A partir deste, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Em quais circunstâncias a técnica de grupo focal tem sido utilizada na pesquisa qualitativa em saúde da criança e do adolescente?

O levantamento de material foi realizado no mês de março de 2018, por duas pesquisadoras independentes. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-rafia Brasileira (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e *National Library of Medicine* (PubMed), todas disponíveis no Portal Region Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem: Bibliogal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Como estratégia de busca foram utilizados os descritores: Grupos Focais, Saúde, Pesquisa Qualitativa, Criança e Adolescente, todos conforme a terminologia do Descritores em Ciência na Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). A equação de busca utilizada deu-se a partir da relação grupos focais AND saúde AND pesquisa qualitativa AND criança OR adolescente.

Para pré-seleção dos estudos, utilizou-se o *checklist* PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). O PRISMA consiste em um *checklist* com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas, que separa e relaciona diversos itens com objetivo de melhorar a consistência do relato de revisão sistemática (GALVÃO; PANSONI, 2015). Inicialmente as publicações foram identificadas e, em seguida, aplicou-se os três Testes de Relevância (TR). A seleção preliminar das referências foi realizada por meio do TR I, considerando como critérios de inclusão artigos disponíveis nas bases de dados LILACS, BDENF, IBECS e PUBMED, publicados em periódicos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, que estavam disponíveis eletronicamente na íntegra e de forma gratuita, publicado em qualquer período/ano. Posteriormente, foi aplicado o TR II, que consistiu na leitura do título, resumo e descritores, e em seguida o TR III, que consistiu na leitura na íntegra, identificando sua pertinência.

Figura 1 – Fluxograma de Seleção dos Estudos: Processo de seleção dos estudos nas bases de dados LILACS, IBECs, PUBMED e BDEFN. 2019



Fonte: Autoria própria, 2020.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados para aplicação na tabela prisma 235 artigos, sendo 2 na base do IBECs, 193 na LILACS, 23 na BDEFN e 16 na PUBMED.

A partir dos critérios do fluxograma do prisma, a revisão integrativa foi composta por 18 artigos, tabulados segundo as seguintes categorias: artigo, periódicos e autores, título do artigo, ano de publicação, qualis e base de dados.

Para o Nível de Evidência (NE), foi utilizada a classificação a partir do delineamento experimental em cinco níveis: nível I – as evidências são provenientes de revisão sistemática de estudos randomizados controlados ou são oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; nível II – evidências derivadas de revisões sistemáticas randomizadas individuais ou observacionais; nível III – evidências obtidas de estudos sem randomização controlados, corte ou de seguimento; nível IV – evidências provenientes de caso-controle bem delineados, estudos de caso e longitudinais; e nível V – evidências originárias de estudos descritivos.

RESULTADOS

As informações foram consolidadas por quadros. No quadro 1, encontram-se dados quanto ao periódico, título do artigo, ano de publicação, qualis e base de dados. O qualis -Periódicos é uma ferramenta usada para classificar a produção científica dos programas de pós-graduação, no que se refere aos artigos publicados em periódicos científico. No quadro 2, descrição dos objetivos, métodos utilizados, resultados evidenciados e nível de evidência.

Quadro 1 – Descrição do periódico e autores, título do artigo, ano de publicação, qualis e base de dados. 2019

Artigo	Periódico (vol, nº, pág) e Autores	Título do Artigo	Ano	Qualis	Base de dados
A1	Revista Rene Mar-abr, 17(2): 293-300 QUEIRÓS <i>et al.</i> , (2016)	Concepções de pais de adolescentes escolares sobre a sexualidade de seus filhos.	2016	B1	BVS- LILACS
A2	Revista Brasileira de Enfermagem Mai-jun, 70(3):537-44 CARLOS <i>et al.</i> , (2017)	Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde.	2017	A2	BVS- LILACS
A3	Revista Brasileira em Promoção da Saúde out-dez, 30(4):1-10 SÁ FE <i>et al.</i> , (2017)	Produção de sentidos parentais no cuidado de crianças com microcefalia por vírus Zika.	2017	B3	BVS- LILACS
A4	Esc Anna Nery 19(4):656-663 NÓBREGA <i>et al.</i> , (2015)	Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica.	2015	B1	BVS- LILACS
A5	Rev Esc Enferm USP, 48(4):610-7 CARLOS <i>et al.</i> , (2014)	O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica.	2014	A2	BVS- LILACS
A6	Cogitare Enferm. Jan/mar; 19(1):56-62 FERNANDES <i>et al.</i> , (2014)	A percepção das famílias sobre a organização da atenção primária à saúde da criança.	2014	B1	BVS- LILACS
A7	Rev Esc Enferm USP 46(3): 544-8 PENNA <i>et al.</i> , (2012)	A maternidade no contexto de abrigo: concepções das adolescentes abrigadas.	2012	A2	BVS- LILACS
A8	Ciênc. Saúde Coletiva vol.16 no.7 Rio de Janeiro jul. OLIVEIRA (2011)	O uso de grupos focais para investigar temas de natureza íntima: exemplo de uma pesquisa sobre pontos de vista de meninas adolescentes acerca dos riscos do sexo.	2011	B1	BVS- LILACS
A9	Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.147-155 ANDRADE <i>et al.</i> , (2011)	A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo.	2011	B1	BVS- LILACS
A10	Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.171-181 SAMPAIO <i>et al.</i> , (2011)	Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/Aids no semi-árido nordestino.	2011	B1	BVS- LILACS
A11	Ciência & Saúde Coletiva, 15(3): 733-741 SOUZA <i>et al.</i> , (2010)	A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família.	2010	B1	BVS- LILACS
A12	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1671-1680, agosto GELUDA <i>et al.</i> , (2006)	“Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil.	2006	A2	BVS- LILACS

A13	Rev Bras Enferm, Brasília nov-dez; 64(6): 1003-9. TEIXEIRA <i>et al.</i> , (2011)	Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas.	2011	B5	BVS- BDEFN
A14	Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) jun;32(2): 241-7. HIGUCHI <i>et al.</i> , (2011)	Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP.	2011	B1	BVS- BDEFN
A15	Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun;21(2): 162-7. PENNA <i>et al.</i> , (2013)	Perspectivas de adolescentes abrigadas sobre os serviços de saúde no apoio à sua maternidade.	2013	B1	BVS- BDEFN
A16	Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jul/set;19(3): 426-31. MONTEIRO <i>et al.</i> , (2011)	A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.	2011	B1	BVS- BDEFN
A17	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [3]: 715-739 LIMA <i>et al.</i> , (2014)	Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro.	2014	B1	BVS- LILACS
A18	Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. ARPINI, TANURE, OSS-EMER SOARES (2008)	A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência.	2008	B4	BVS- LILACS

Fonte: Autoria própria, 2020.

Dentre os artigos estudados, seis foram publicados no ano de 2011, caracterizando como o período de maior resultado para pesquisa realizada, sendo possível evidenciar que nos últimos cinco anos obtiveram-se oito publicações (2013-2018). Quanto à classificação dos periódicos, 58% são classificados com qualis B1, conforme critérios definidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quadro 2 – Descrição dos objetivos, métodos utilizados, resultados evidenciados e nível de evidência. 2019

Artigo	Objetivos do estudo	Métodos	Resultados evidenciados	Nível de evidência
A1	Conhecer a concepção de pais de adolescentes escolares sobre a sexualidade dos seus filhos.	Investigação qualitativa Utilização de grupos focais - 03 encontros Sujeitos: pais de alunos com idade de 12 a 18 anos (15 pais) Análise de conteúdo – Modalidade temática	Permitiu conhecer a problemática por diferentes dimensões, sobretudo conhecer suas fragilidades e necessidades dos pais em trabalhar a temática. Evidencia a necessidade de criar/gerar momentos de discussões positivo sobre a temática.	Nível de evidência V Estudos descritivos

A2	Analisar o cuidado realizado por Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto a famílias envolvidas na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	Investigação qualitativa ancorada pelo paradigma da complexidade Grupos focais e entrevistas semiestruturadas Sujeitos: Profissionais da UBS (41 profissionais) Análise: Leitura e Categorização dos dados	Atendimento fragmentado, ainda voltado para o modelo biomédico. Profissionais da saúde reconhecem que os casos de violência devem ser acompanhados na saúde mental. Profissionais pouco capacitados para atuar frente aos casos de violência.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A3	Identificar as necessidades parentais quanto ao cuidado para o desenvolvimento de lactentes e crianças com microcefalia por Zika.	Investigação descritiva e qualitativa Grupos focais - 03 encontros Sujeitos: Pais e familiares dos lactentes e crianças com diagnóstico de microcefalia associada a infecção materna por Zika incluídos no serviço do NUTEP a menos de 6 meses (23 pais) Análise de conteúdo - 02 categorias	Urgência por um apoio específico relacionado a assistência a puericultura, ou aconselhamento parental sobre os problemas da criança, somando ao apoio psicoemocional ou instrumental geral e ao apoio familiar.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A4	Analisar a continuidade e a longitudinalidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica, na percepção do cuidador familiar.	Investigação qualitativa Grupos focais/entrevistas semiestruturadas Sujeitos: familiares de crianças e de adolescentes com doença crônica (12) Análise temática de conteúdo - 02 categorias	Este estudo identificou fragilidades que inviabilizam o seu funcionamento efetivo na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas. Requerem mudanças significativas nos modos de organizar o trabalho e as ações no cotidiano dos serviços de saúde.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A5	Analisar a compreensão de adolescentes quanto ao apoio social recebido em situações de violência doméstica.	Investigação qualitativa Grupos focais e entrevista semiestruturada Sujeitos: Adolescentes que são vítimas de violência doméstica, acolhidos institucionalmente em Campinas-SP (17) e de entrevistas semiestruturadas com adolescentes (7) A análise de conteúdo, modalidade temática - 02 categorias	Atuação conforme as particularidades dos sujeitos envolvidos. Mesmo diante de limitações os serviços apresentam importantes fontes de apoio social para adolescentes que são vítimas de violência doméstica, embora mereçam ser potencializadas e ampliadas.	Nível de evidência V – Estudos descritivos

A6	Compreender, a partir da percepção das famílias, a organização e as práticas de cuidado à criança na atenção primária à saúde	Pesquisa Descritiva, qualitativa Grupos focais - 03 encontros de Sujeitos: representantes de famílias de crianças de 0 a 5 anos, inscritas nos programas de três unidades de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba- Paraná (45) Análise temática categorial - 03 categorias	Os serviços de saúde existem, mas são limitados por critérios de atendimento, agendamentos, dificuldade para agendamentos em serviços secundários. Atendimento voltado para uma cultura curativista, número limitado de consultas para demanda espontânea.	Nível de evidência V - Estudos descritivos
A7	Descrever as concepções das adolescentes abrigadas sobre o processo da maternidade Analisar a vivência desse processo na perspectiva das próprias adolescentes, visando à identificação de uma estrutura de apoio à maternidade.	Investigação exploratória e qualitativa; Grupos focais - 04 grupos focais, 02 em cada unidade Sujeitos: Adolescentes abrigadas (10) Análise de conteúdo, 02 categorias	Consegue-se identificar a percepção das adolescentes quanto aos pontos positivos e negativos e as necessidades dessas frente aos serviços ofertados nos abrigos, bem como o processo educacional contínuo, principalmente referente aos seus direitos.	
A8	Produzir conhecimento sobre a natureza epistemológica do risco sexual e do risco de HIV / Aids e, também, contribuir para a crítica sociológica das limitações da definição da promoção da saúde do problema de risco sexual de HIV / Aids	Investigação Qualitativa e exploratória Grupos focais, 02 grupos, cada grupo com 12 reuniões Sujeitos: meninas, adolescentes de escola Análise de Conteúdo -Categorias	A utilização do grupo focal acerca de temáticas sensíveis favorece a uma maior interação entre o pesquisador e os entrevistados, o que favorece as discussões. Deve-se ter cuidado para não explorar situações que gerem situações de desconforto pelo tema abordado.	Nível de evidência V - Estudos descritivos
A9	Compreender a experiência (visões e práticas) dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, descrevendo a identificação dos casos e a assistência prestada às vítimas em unidades básicas de saúde.	Investigação qualitativa Observação participante, entrevistas individuais e grupos focais 03 grupos focais Sujeitos: profissionais da saúde (21) e as entrevistas em profundidade com diretora da unidade (2)	Profissionais despreparados para atender casos de violência. Medo das repercussões ao se envolver na assistência aos casos de violência. Identificação das falhas na assistência, conselho tutelar nem sempre ativo.	Nível de evidência V - Estudos descritivos

A10	Analisar a exposição de adolescentes às DST/aids no semiárido nordestino	Investigação qualitativa Observação participante, entrevistas semiestruturadas e grupos focais 36 grupos focais Sujeitos: Profissionais da saúde (entrevistas) e adolescentes (GF) Análise temática de Conteúdo – 03	Falta de atividades direcionadas ao adolescente. Machismo de que a mulher é responsável pelos cuidados com o seu corpo e prevenção da gravidez. Serviços inadequados e sem acolhimento dos adolescentes dificultam as ações a esse público.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A11	Compreender as representações socialmente construídas dos adolescentes acerca do consumo de bebidas alcoólicas	Investigação qualitativa Observação simples, Grupos focais e entrevista semiestruturada 05 encontros GF Sujeitos: Adolescentes de um ESF Análise dos dados: método de interpretação dos sentidos	Consumo da bebida alcoólica como uma reafirmação de suas capacidades, ousadia. Ruptura com o mundo infantil ratégias de promoção e prevenção. Trabalhar estratégias de promoção e prevenção do uso do álcool a partir da adolescência.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A12	Explorar aspectos relacionados ao gênero com o intuito de compreender o não uso constante do preservativo entre estudantes adolescentes,	Investigação qualitativa Grupos focais – 04 encontros Sujeitos: Adolescentes (34) Análise: abordagem crítica interpretativa	Não uso do preservativo por acreditar está em uma relação monogâmica. Algumas mulheres passam a solicitar o preservativo.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A13	Conhecer os saberes e os modos de cuidar das famílias para com a criança ribeirinha de 0 a 5 anos; Validar uma tecnologia educacional	Investigação qualitativa descritiva e metodológica quanti-qualitativa Grupos focais e aplicação de formulários Sujeitos: fase 1- familiares com crianças entre 0 a 5 anos (Grupo focal /formulários – 15) e Fase 2- profissionais da saúde de uma universidade e mães (formulários - 5) Análise dos dados: Fase 1 -análise temática e na fase 2 análise quanti-qualitativa	Os principais problemas em relação à saúde das crianças dá-se em decorrência de condições de vida precária, pouca assistência à saúde, devido às limitações para chegar aos serviços. A avaliação da tecnologia traz a necessidade de incluir novos aspectos relacionados à faixa etária, inserções locais; as considerações culturais e as negociações sociais são fatores imprescindíveis na preparação-produção de materiais educativos.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A14	Descrever a incorporação da AIDPI na prática profissional de egressos da USP, bem como sua percepção sobre o uso da estratégia	Investigação Quanti-qualitativo Grupos focais - 02 encontros, Sujeitos: Ex-alunos da USP que no momento eram profissionais (06) Análise de conteúdo - 04 categorias	Poucos enfermeiros seguem o protocolo do AIDIP, alguns usam de forma incompleta, desconhecimento do uso do AIDIP. Importância da capacitação dos profissionais e reconhecimento dos gestores quanto ao AIDIP na promoção e prevenção de doenças prevalentes na infância.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A15	Discutir a atuação dos profissionais de saúde em relação à maternidade na perspectiva das mães adolescentes abrigadas	Investigação exploratória e qualitativa Visitas as unidades e grupos focais Sujeitos: mães adolescentes de abrigos (10) Análise dos dados: análise de conteúdo categorias – 02	Atendimento em saúde precário, falta de insumos, atendimento diferenciado em áreas diferentes. Como pontos negativos relacionados a assistência relatam uma prática curativista e não resolutive. Pacientes referem direitos comprometidos, pela condição de abrigamento.	Nível de evidência V – Estudos descritivos

A16	Descrever a autonomia do enfermeiro no processo de planejamento e implementação da proposta de acompanhamento coletivo do CD da criança.	Investigação descritiva e qualitativa Grupos focais Sujeitos: Enfermeiras (04) Leitura fluente os dados – categorias – 04	A autonomia do enfermeiro muitas vezes está confrontada as condições de trabalho. Ações de enfermagem restritas ao modelo biomédico. Desenvolvimento de ações grupais para assistir ao CD da criança	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A17	Criação de indicadores sobre o tratamento de autistas nos centros de atenção psicossociais infanto-juvenis (CAPSi), por meio de pesquisa avaliativa envolvendo profissionais de nível superior e médio e familiares de usuários autistas de 14 CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro.	Investigação com metodologia participativa Grupos focais 14 grupos focais com trabalhadores de cada CAPSi e três grupos focais com familiares de crianças e adolescentes com autismo atendidos nesses serviços. Sujeitos: trabalhadores de cada CAPSi e com familiares de crianças e adolescentes com autismo atendidos nesses serviços. Análise dos dados: análise de conteúdo categorias – 05	A existência de cuidados de qualidade aos usuários com autismo e suas famílias e induzindo que estes sejam buscados quando ainda não estão presentes.	Nível de evidência V – Estudos descritivos
A18	Identificar como as instituições e os sujeitos pesquisados vivenciam a denúncia em situações que envolvem a violência contra crianças e adolescentes	Investigação qualitativa Entrevistas semiestruturadas e grupos focais 06 grupos focais Sujeitos: profissionais de saúde (75) Análise de conteúdo - 03 categorias	Sentimentos de medo, impotência e revolta foram identificados como resultado da vivência próxima à situação de violência e à não credibilidade das instituições.	Nível de evidência V – Estudos descritivos

Fonte: Autoria própria, 2020.

Os dezoito artigos estudados tiveram seus objetivos gerais abrangentes no contexto da pesquisa qualitativa, estando direcionados a conhecer (2), analisar (4), identificar (2), compreender (3), descrever (3), produzir (1), explorar (1), discutir (1) e criar (1). Os estudos descrevem com clareza os métodos utilizados, evidenciam a interação entre os métodos qualitativos (18) com os descritivos (4), exploratórias (3) e metodologias participativas (1). Todos os artigos referenciados nesse estudo evidenciaram o uso da técnica de grupo focal (18), porém alguns associaram o método à utilização da observação participante (4) e entrevistas semiestruturadas (8). Os artigos utilizados na realização apresentaram como sujeitos do estudo profissionais da saúde (8), adolescentes (6) e familiares/pais (7). Todos os estudos apresentaram o mesmo nível de evidência: estudos descritivos.

Os estudos analisados evidenciam a grande relevância do uso da técnica do grupo focal em pesquisas qualitativas direcionadas à saúde da criança e do adolescente, visto que as discussões em grupo, proporcionadas pela técnica de coleta de dados, geram processos reflexivos nos profissionais acerca da temática em foco e favorecem ao planejamento de novas estratégias em saúde.

Em todos os estudos analisados, foi possível identificar a utilização da técnica de grupo focal de forma independente ou associada a outras técnicas, o que permitiu conhecer a problemática definida em cada estudo em diferentes dimensões, gerando processos reflexivos na população alvo, favorecendo ao reconhecimento ou identificação de fragilidades, propiciando inúmeras discussões, bem como a necessidade de reorganização dos serviços para atender às demandas evidenciadas por meio dos relatos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

O grupo focal é uma técnica que vem sendo utilizada para explorar as concepções e experiências dos participantes, considerando o que as pessoas pensam, como elas pensam e por que pensam assim.

A partir do levantamento evidenciado neste estudo, foi possível observar que as pesquisas qualitativas vêm apresentando novas formas de abordagem para coleta dos dados, com a utilização de técnicas que visem atender aos objetivos propostos no estudo.

Como contribuição teórica deste artigo, pode-se anunciar que a técnica do grupo focal foi facilitadora para os achados nas temáticas dos artigos analisados nesta revisão integrativa, sendo assim de grande valia a sua utilização, principalmente nas abordagens qualitativas, tendo em vista a sua dimensão e aprofundamento nas discussões e análises.

Dessa forma é uma técnica de grande valia a ser utilizada dentro dos serviços públicos de saúde, visto que considera a interação dos indivíduos para exposição de ideias em um determinado contexto estudado, favorecendo assim a compreensão de fatos a partir de um das vivências dos participantes, proporcionando assim a identificação de vulnerabilidades que venham a fragilizar estratégias a serem desenvolvidas nos serviços de saúde voltados para os mais diversos públicos, em destaque crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M. *et al.* A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.147-155. 2011

ARPINI, D.M.; OSS-EMER SOARES, A.C.;BERTÊ, L.; FORNO, C. D. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 95-112, dez. 2008.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo Da Saúde**. São Paulo: 2011;35(4):438-442. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev Esc Enferm. USP**. 2008;42(3):563-8.

CARLIN-CONTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CARLOS, D. M.; FERRIANI, M. das G. C.; ESTEVES, M. R.; SILVA, L. M. P. da; SCATENA, L. O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. **Rev Esc Enferm USP**. 48(4):610-7. 2014.

CARLOS, D. M.; PADUA, E. M. M. de; FERRIANIL, M. das G. C. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Mai-jun, 70(3):537-44. 2017.

DALL'AGNOL, C. M.; MAGALHAES, A. M. M.; MANO, G. C. M.; OLSCHOWSKY, A.; SILVA F. P. A no de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm**. [Internet]. 2012.

FERNANDES, A. P. P.; ALEXANDRE, A. M. C.; DEZOTI, A. P.; MAZZA, V. A. A percepção das famílias sobre a organização da atenção primária à saúde da criança. **Cogitare Enferm**. Jan/mar; 19(1):56-62. 2014.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. de A. S. Tradução: HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação Prisma. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 24(2): abr-jun 2015.

GELUDA, K.; BOSI, M. L. M.; CUNHA, A. J. L. A. da; TRAJMAN, A. Quando

um não quer, dois não brigam: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8): 1671-1680, agosto. 2006.

HIGUCHI, C. H.; FUJIMORI, E.; CURSINO, E. G.; CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. de L.; MELLO, D.F.de. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) jun;32(2):241-7.2011.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. *In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed. 2009. p. 33-43.*

LIMA, R. C.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.; OLIVEIRA, B. D. C. de. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [3]:715-739. 2014.

LOPES, M. da G. K.; KOCH FILHO, H. R.; FERREIRA, I. do R.C.; BUENO, R.; MOYSÉS, S. T. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **Rev Sul-Bras Odontol.** 2010 Jun;7(2):166-72. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/32586/20702.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

MONTEIRO, A. I.; SANTOS, A. D. B. dos; MACEDO, I. P. de; GURGEL, P. K. F.; CAVALCANTE, J. M. P. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set;19(3):426-31. 2011.

NOBREGA, V. M. da; REICHERT, A. P. da S.; VIERA, C. S. **Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica.** *Esc Anna Nery* 19(4):656-663. 2015.

OLIVEIRA, D. L. de. O uso de grupos focais para investigar temas de natureza íntima: exemplo de uma pesquisa sobre pontos de vista de meninas adolescentes acerca dos riscos do sexo. **Ciênc. Saúde Coletiva**; vol.16 no.7 Rio de Janeiro jul. 2011.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; MARTINS, V. V.; FERNANDES, G. da S. A maternidade no contexto de abrigamento: concepções das adolescentes abrigadas. **Rev Esc Enferm USP** 46(3):544-8. 2012.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; MARTINS, V. V.; LUCIDO, V. A.; SOARES, B. Y.; FERNANDES, G. da S. Perspectivas de adolescentes abrigadas sobre os serviços de saúde no apoio à sua maternidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun;21(2):162-7. 2013.

QUEIRÓS, P. S.; PIRES, L. M.; MATOS, M. A.; JUNQUEIRA, A. L. N.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. M. Concepções de pais de adolescentes escolares sobre a sexualidade de seus filhos. **Revista Rene**. Mar-abr, 17(2): 293-300. 2016.

ROCHA, A. L. **O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde**. 2016. 134 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

SÁ, F. E. de; ANDRADE, M. M. G. de; NOGUEIRA, E. M. C.; LOPES, J. S. M.; SILVA, A. P. E. P.; ASSIS, A. M. V. de. Produção de sentidos parentais no cuidado de crianças com microcefalia por vírus Zika. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. out-dez, 30(4):1-10. 2017.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R. C. dos; CALLOU, J. L. L.; SOUZA, B. B. C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.1,p.171-181. 2011.

SANTOS, R. C. S.; SILVA, A. C. T.; JESUS, M. P. O Grupo focal como técnica de coletas de dados na pesquisa em educação: aspectos éticos e epistemológicos. *In: 9º Encontro Internacional de Formação de Professores – ENFOPE. 10º Fórum Permanente Internacional de Inovação Educacional – FOPIE*. V. 4, n. 1, 2016. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/2395>.

SILVA, M. G.; FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C.; RODRIGUES, G. R. S.; TEIXEIRA, G. A.; SILVA, R. M. de O. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam? **Cienc Cuid Saúde** 2013 Abr/Jun; 12(2):398-406. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9194/pdf>.

SOUZA, S. de L.; FERRIANI, M. das G. C.; SILVA, M. A. I.; GOMES, R.; SOUZA, T. C. A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):733-741. 2010.

TEIXEIRA, E.; SIQUEIRA, A. de A.; SILVA, J. P. da; LAVOR, L. C. Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. **Rev Bras Enferm**, Brasília nov-dez; 64(6): 1003-9. 2011.

Ato III

*Entrelaces da Formação: Educação, Saúde, Tecnologias e
Interprofissionalidade*



**CUIDAR-GERENCIAR-EDUCAR: REFLEXÕES FRENTE À
FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

José Gerefeson Alves

Kadson Araujo da Silva

Kamila de Castro Morais

Leonarda Marques Pereira

Lorena Pinheiro Braga

Milena Silva Ferreira

Patrícia Pereira Tavares Alcântara

Maria Regilânia Lopes Moreira

INTRODUÇÃO

A gestão em saúde abrange processos complexos, associados às demandas e necessidades em saúde da população. Dessa forma, fazem-se necessários fundamentos inerentes ao ato de administrar, capacidade de verificação, de atuação, aperfeiçoamento de práticas e motivação para alcançar resultados, elementos fundamentais e essenciais ao modelo gerencial que tanto se almeja na contemporaneidade (SILVA *et al.*, 2016).

Aplicável em qualquer campo de atuação, o gerenciamento em enfermagem nos serviços de saúde é um sistema racional e científico, instruído a nortear os processos de trabalho e as práticas de planejamento, execução e avaliação (SILVA *et al.*, 2019).

O enfermeiro emerge historicamente como um profissional que tem competência e atuação na gerência do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, realizando ações gerenciais, fundamentadas em meios, instrumentos e competências (TREVISIO *et al.*, 2017).

Ressalta-se que a função gerencial desenvolvida pelo enfermeiro é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no Artigo 8º do Decreto Nº 94.406/87, em que explicita que o profissional tem como funções a direção e chefia, a organização, o planejamento, a avaliação e a coordenação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1987; SOMBRA, 2019).

A atuação do enfermeiro na gerência geral foi ainda reforçada mediante a Resolução COFEN N° 194/1997, que considera a possibilidade de atuar enquanto profissional tanto em instituições públicas como privadas, mas não abandonando a assistência de enfermagem. Aliás, a gerência é uma atividade que se sobressai como um elemento estratégico, podendo contribuir para a organização do processo de trabalho em saúde e possibilitar que a oferta de uma assistência integral à saúde seja mais qualificada (BRASIL, 1997; SILVA; ECHER; MAGALHÃES, 2016).

Deve-se mencionar que o trabalho gerencial é um significativo instrumento para a execução das políticas de saúde, englobando um caráter integrativo e articulador, determinada e determinante do processo e organização dos serviços de saúde. Com ela, pode-se direcionar a atuação dos profissionais para dimensionar recursos, resolver problemas, planejar sua aplicação, efetuar diagnósticos situacionais, desenvolver estratégias, garantir o desempenho de uma ou mais pessoas, dentre várias funções indispensáveis (MAGALHÃES, 2016).

No ambiente hospitalar, devido à complexidade e dependência do cuidado, o trabalho gerencial do enfermeiro tem sido relevante para a articulação da equipe de saúde, organização e busca de ações estratégicas voltadas para o cuidado qualificado (FERREIRA *et al.*, 2019). Desse modo, para que se promova a atenção adequada, é necessário o emprego de ferramentas gerenciais destinadas a organizar o processo de trabalho. Tratam-se de técnicas de gestão aplicadas para definir prioridades, mensurar, analisar e traçar estratégias para solucionar os problemas vivenciados no dia a dia (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Já no contexto da Atenção Primária, a enfermagem é vista atualmente como uma das classes de saúde mais mobilizadas para o gerenciamento da Unidade Básica de Saúde (UBS). Aos enfermeiros é atribuído o compromisso, juntamente com outros profissionais, de viabilizar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, pelo fato do enfermeiro também ser responsável por assistir o paciente, o acúmulo dessas duas funções revela uma realidade desafiadora e complexa, tendo em vista os obstáculos em conciliá-las, podendo provocar prejuízos em ambas dimensões comprovados no momento da prática (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Pelas novas vertentes que surgem nesse cenário organizacional, exige-se um comportamento gerencial conveniente com as últimas inovações tecnoló-

gicas, estratégicas e do comportamento humano. Para tanto, os administradores dos serviços de saúde devem buscar aporte teórico e prático para que o gerenciamento seja eficaz, de modo a possibilitar uma assistência humana e satisfatória (NUNES *et al.*, 2018).

Ao relacionar teoria e prática, diversas atividades podem ser desenvolvidas com os alunos, de modo a transformar a universidade em um ambiente aberto, diversificado, dinâmico e interativo. Dentre essas atividades, apresentam-se as visitas técnicas (ANNA, 2019), que consiste em uma atividade na qual os alunos dirigem-se a um setor específico dentro de uma instituição, conduzidos pelo professor juntamente com um profissional designado pela instituição. Tem como finalidade o desenvolvimento de um conjunto determinado de aprendizagens e a aproximação entre teoria e prática (BADARÓ *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o estudo justifica-se por apresentar relatos de visitas técnicas acerca do gerenciamento de enfermagem como uma metodologia de ensino capaz de contribuir para formação em enfermagem, mediante correlação entre o componente teórico abordado em sala de aula com a prática gerencial de serviços de saúde e suas realidades, bem como proporcionar aos participantes uma formação profissional mais ampla. Assim, o estudo objetivou relatar a experiência de estudantes de enfermagem acerca de visitas técnicas sobre gestão realizadas em dois serviços da saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência acerca de duas visitas técnicas em dois serviços de assistência distintos: uma, na Estratégia de Saúde da Família (ESF); a outra, no Hospital de Médio Porte da Região Centro-Sul, realizadas por discentes do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri - URCA, Unidade Descentralizada de Iguatu - UDI, em novembro de 2019, no turno da manhã.

Esses momentos foram efetivados mediante o agendamento prévio com as coordenadoras de enfermagem dos serviços citados. Tais ações foram fomentadas como atividade avaliativa da disciplina de “Gestão das Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem”, com a finalidade de promover a articulação entre os conhecimentos

teórico e prático relacionados às atividades de gestão em enfermagem existentes nos serviços. Logo, esse relato se apresenta como produto final dessa experiência.

Para tanto, os discentes contaram com um instrumento que direcionou as visitas, no qual continham perguntas pertinentes tanto à formação profissional como ao processo de gestão realizado nos respectivos locais selecionados.

A primeira visita ocorreu numa ESF localizada na zona urbana de Iguatu - Ceará. Nesta, foi possível perceber a enfermagem como uma categoria profissional essencial enquanto coordenação para um efetivo gerenciamento da Unidade Básica de Saúde, desempenhando papel de liderança e se responsabilizando por toda a performance da equipe, enquanto instituição assistencial de saúde comprometida com as necessidades da comunidade.

Posteriormente, a segunda visita desenvolveu-se no Hospital de Médio Porte do município por meio de um diálogo pautado no gerenciamento da unidade e campo de atuação do enfermeiro como coordenador do hospital, onde também foi utilizado um instrumento com perguntas relacionadas à gestão, bem como planejamento, organização, direção, controle e perguntas voltadas para atuação e formação do gerente.

O diálogo e coleta de dados nas referidas instituições de saúde tiveram a duração de cerca de 40 minutos, por meio de gravação de voz e diário de anotação.

A análise dos dados consistiu na apreciação do conteúdo, mediante processo de disposição e organização do material, a partir da explanação fidedigna das informações e reconhecendo o real sentido de sua mensagem. Em seguida, estas foram agrupadas em três categorias temáticas conforme seu conteúdo, são elas: Visitando a Estratégia de Saúde da Família; Visitando um hospital do interior do Ceará; e Contribuições das visitas técnicas para a consolidação do conhecimento em Gestão.

A pesquisa foi realizada com base nas determinações legais da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por se tratar de um relato de experiência, não houve envio para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Entretanto, a pesquisa obedeceu aos preceitos éticos e legais que embasam qualquer pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visitando a Estratégia de Saúde da Família

As atividades gerenciais necessitam de habilidades específicas dos gestores, que segundo o relato da enfermeira são: organização, iniciativa, flexibilidade, comunicação e autonomia para decidir.

Assim, considerando a complexidade dos serviços de saúde, em especial das Unidades de Saúde da Família (USF), e visando a uma assistência segura e de qualidade, são necessárias competências profissionais específicas aos trabalhadores desse cenário (LOPES, 2019).

Salienta-se, portanto, no estudo de Coelho *et al.* (2015), a importância da capacitação e das características pessoais dos gestores que lideram os processos de mudança e cita características que considera importantes nesses profissionais: o senso de justiça, a capacidade de decidir, o comportamento ético, a capacidade de condução política, a capacidade de transmitir confiança e a responsabilidade.

Contudo, o enfermeiro enquanto profissional da UBS é responsável por inúmeras atribuições, sendo estas, por exemplo: assistência e coordenação da unidade; supervisão do técnico de enfermagem; organização das salas de vacinas, nebulização e ambulatório; realizar atividades de gestão e supervisão.

Diante desse cenário apresentado, é possível identificar os principais pontos de atuação no andamento da equipe e na qualidade da assistência prestada, entendendo-se como extremamente fundamental o estudo da atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) (ALMEIDA; LOPES, 2019).

Nesse contexto, a organização de todos os profissionais de acordo com o cronograma é uma atividade realizada pelo enfermeiro da unidade, onde este, conseqüentemente, atua como gestor da área. Tal processo é bastante complexo e envolve vários aspectos, visto que é necessário programar a agenda de atendimentos levando em consideração as férias dos trabalhadores, o que diminui as possibilidades de escolha.

Tal informação reafirma os achados de Borges, Fischer e Benito (2019), que demonstram que a carência de profissionais pode acabar implicando no desempenho dos trabalhadores, visto que muitas vezes não conseguem realizar as atividades que lhes são pertinentes, ou não as realizam de forma eficiente.

Mediante a fala da enfermeira da UBS, a formação acadêmica para gestão dos serviços é insuficiente e não capacita para prática profissional, visto que esta adentrou a unidade sem os conhecimentos teórico-práticos para desempenhar as atividades gerenciais.

Corroborando com os achados de Bonetto, Naumann e Oliveira (2017), o processo de capacitação no âmbito da gestão e do gerenciamento em saúde, especificamente na área de enfermagem, ainda carece de fortalecimento das competências que integram as dimensões éticas e políticas, para se garantir a formação formal dos profissionais aptos para o trabalho na gerência.

Para facilitar o desenvolvimento das atividades, a enfermeira relatou realizar reuniões com a equipe semanalmente, para identificar fragilidades nos serviços prestados, gestão de conflitos e organização das atividades.

Os resultados obtidos por Neves (2019) também corroboram com os relatos evidenciados na visita, pois a autora elencou em sua pesquisa que quase a totalidade dos gerentes entrevistados afirmou realizar reuniões com a equipe que coordena, com certa regularidade, para apresentar dados indicadores de saúde.

Percebe-se que a enfermagem se faz uma categoria profissional essencial enquanto coordenação para um efetivo gerenciamento da UBS, desempenhando papel de liderança e responsabilizando-se por toda a performance que será exercida enquanto instituição de saúde direcionada inerentemente à assistência voltada às necessidades em saúde da comunidade.

Visitando um hospital do interior do Ceará

As ações realizadas pela gerência hospitalar de enfermagem são compreendidas pelo profissional responsável por meio de atividades de regulação, encaminhamento, gerência e a assistência propriamente dita. Estas funcionam como um pilar central para o desenvolvimento e integridade da unidade hospitalar.

Na enfermagem, atualmente, a gestão de uma unidade incide na previsão, manutenção, provisão, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço. Já a gestão do cuidado refere-se ao diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, sendo verificada pela comissão das atividades, orientação da equipe e a supervisão (GRECO, 2015). Ainda nesse sentido, Vagheti *et al.* (2015) afirmam que, dessa forma, os enfermeiros

entendem que gerir é cuidar. Logo, eles também estão cuidando quando organizam, planejam, coordenam e avaliam.

A organização dos profissionais por setor de acordo com o cronograma de plantões é outra atribuição da gestão hospitalar, em que o gestor organiza as escalas considerando a afinidade e/ou habilidade de atuação do profissional. Tal processo é bastante complexo e envolve vários aspectos, visto que é necessário programar a agenda dos profissionais conforme programação do direito de férias dos trabalhadores, por exemplo, o que diminui as possibilidades de escolha (LAFAYETTE, 2016).

Nesse contexto, um dos pontos mais fatigantes relatados quanto à gestão é o gerenciamento de pessoas, visto que o serviço visitado possui recursos humanos formados por funcionários de cooperativa e concursados. Apontou-se que a convivência com múltiplos profissionais, a demanda exaustiva e a escassez de insumos acarretam no desenvolvimento de conflitos, em que o enfermeiro, muitas vezes, é responsável pela aplicação de advertências e/ou outras sanções.

Diante dessa multiplicidade de ações atribuídas ao enfermeiro, visando ao direcionamento do cuidado e da equipe, surge a necessidade de gerenciar os atritos que permeiam a atuação em âmbito hospitalar. Tal competência se faz necessária, ao analisar o trabalho amplo da enfermagem no campo da saúde, essencialmente realizado por meio do trabalho coletivo, sendo imprescindível às relações com os demais núcleos profissionais (TEIXEIRA; SILVA; DRAGANOV, 2018).

Ainda, o controle dos materiais é realizado mediante o trabalho do gestor da unidade e dos enfermeiros dos setores. Já o gerenciamento de risco é acompanhado por uma pessoa específica, utilizando o mapa de risco como base para quaisquer eventualidades que venham a acontecer com algum profissional ou paciente. Ressalta-se, todavia, que a notificação voltada à segurança do paciente ou segurança do trabalhador não é realizada como desejado. Há ainda muitos casos subnotificados, devido às dificuldades de se estabelecer uma comunicação efetiva, medo por parte dos profissionais em notificar, além das divergências existentes na prática dos profissionais.

Embora se tenha uma visão fragmentada da equipe de enfermagem em relação à segurança do paciente, a responsabilidade e a notificação do evento adverso devem ser transversais, sendo necessário que todos os membros da equipe estejam envolvidos e sensibilizados para colocá-las em práticas e elaborar estratégias para redução de danos e prevenção de novas ocorrências (FEREZIN *et al.*, 2017).

Destarte, as atividades de gestão são realizadas muitas vezes sem um curso específico, apenas com a visão limitada de conteúdos disciplinares pautados na temática de gerenciamento vistos durante a graduação. Desse modo, a gestora abordada durante a visita reafirmou esse fato, pontuando que a maior parte de sua experiência vem sendo adquirida com a prática profissional em detrimento aos conhecimentos teórico-científicos obtidos na graduação.

Considera-se que o processo de ensino-aprendizagem da liderança está distante do desenvolvimento de habilidades e competências que auxiliem o acadêmico a liderar. Contudo, observa-se a ênfase no tecnicismo, ou seja, o afastamento das atividades gerenciais e a preocupação dos discentes em desempenhar procedimentos técnicos durante a graduação (AMESTOY *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, segundo Leal *et al.* (2019), acredita-se que estudos como esses sejam de enorme relevância e contribuem para a reflexão dos enfermeiros, gestores e centros de formação educacional, possibilitando conhecer as competências necessárias aos profissionais para atuação no ambiente hospitalar e planejar estratégias que permitam desenvolver ou aprimorar competências nesses trabalhadores, de modo a melhorar a sistematização da assistência e organização dos serviços de saúde.

Assim, podemos perceber a importância do coordenador de enfermagem dentro de um hospital, pois este é responsável por toda a equipe de sua categoria, bem como lidera todos de forma a melhorar o processo de trabalho. Como também se encontra à frente da equipe solucionando problemas e trazendo soluções que impactem nas necessidades da instituição.

Contribuições das visitas técnicas para a consolidação do conhecimento em Gestão

A disciplina de Gestão em Saúde vivenciada pelos discentes de enfermagem, no seu processo de graduação, utilizou de estratégias de ensino inovadoras para assimilação de conhecimento. Percebeu-se que o aprendizado se torna mais palpável e mais próximo da realidade, favorecendo um melhor desempenho ao se deparar com a área no mercado de trabalho.

O meio acadêmico, em algumas visões, oferece, de forma fragmentada, o conhecimento científico, com foco no uso de avaliações que confirmem a me-

morização de conteúdos e no conteúdo teórico. Assim, o processo de ensino-aprendizagem é centralizado na função do professor e na passagem de informações, sem perspectivas em desenvolver novas formas de aprendizado (SCHRAIBER *et al.*, 2015).

A visita técnica (VT), por exemplo, é observada pelos alunos como uma oportunidade de sair dos muros da universidade e conhecer na prática como se dá o funcionamento de todos os aspectos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Foi percebido, inclusive, um maior aproveitamento quando essas estratégias estão relacionadas ao ensinamento do processo de gestão.

Desse modo, segundo Dutra *et al.* (2019), a VT é conceituada como um método de ensino no qual os estudantes são orientados a um serviço/unidade com o intuito de conhecer, observar e avaliar sua estrutura e as atividades ali exercidas. Esse exercício possibilita fazer um paralelo entre legislações e normas, bem como permite a troca de experiências e conhecimento de situações reais.

Nesse sentido, foi de extrema importância a iniciativa das visitas técnicas no sentido de ampliar os estudos para a prática de forma a aprimorar os conteúdos vistos em sala de aula. Essa ação, portanto, tem resultado positivo na formação dos acadêmicos, visto que é possível conhecer, a partir da realidade local e seus atores sociais, como se dá o processo de gerenciamento realizado pela enfermagem, seja em âmbito hospitalar ou na Atenção Primária.

Isso corrobora com o estudo de Badaró *et al.* (2016), no qual se afirma que, após observar e comparar, é possível desenvolver novas práticas, aprimorar informações e melhorar o desenvolvimento do serviço. Portanto, a VT surge de forma a complementar as discussões iniciadas e desenvolvidas em sala de aula e permite uma proximidade do acadêmico com a veracidade de seu futuro profissional.

Ainda, utiliza-se a cultura de que qualquer profissional sabe reger, pois administração se aprende na prática. Difícil é encontrar gestores que vivenciaram bons programas formativos para a obtenção de habilidades e conhecimentos sobre a gestão, como favorecer a motivação, liderar grupos e colaborar para o vigor e efetividade das coordenações e progresso da qualidade de vida das pessoas no trabalho (LORENZETTI *et al.*, 2015).

Por tudo isso, os estudantes de enfermagem encaram como importante para a formação do enfermeiro a disciplina de gestão, assim como a educação permanente na área como profissional após assumir o desafio de ser gestor de

saúde. Ela vem esclarecer questões e orientar os enfermeiros a como produzir saúde também no papel de gerência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Em suma, a gerência, enquanto campo prático de organização, faz-se um componente imprescindível e inerente a todo profissional gestor, para que possibilite um processo de trabalho organizado, efetivo e que contemple o desempenho de suas referidas atribuições enquanto ambiente de trabalho. Dessa forma, destaca-se o profissional enfermeiro como responsável pela manutenção do fluxo assistencial na instituição de saúde, assim como a liderança frente aos demais profissionais atuantes em sua classe.

Com a realização às visitas técnicas, percebeu-se que o processo de gestão hospitalar, assim como da Estratégia Saúde da Família, requer do profissional de enfermagem um determinado preparo quanto ao papel de gerenciamento, sobretudo, destacando-se a sobrecarga de atribuições e suas responsabilidades.

Em suma, no contexto do Sistema Único de Saúde, pode-se ressaltar a importância de uma boa articulação entre os gestores e os funcionários do serviço pondo em centralidade o cuidado. Entretanto, é também necessário transformações e investimentos em diversas frentes para que os profissionais estejam aptos e qualificados para o desenvolvimento de competências técnicas e políticas.

Uma vez que a ESF, assim como o âmbito hospitalar, é gerida em torno dos princípios doutrinários constituintes do SUS, faz-se necessária uma gestão e assistência baseada na universalidade, integralidade e equidade, cuja gerência e condutas das referidas instituições buscam contribuir para a qualidade das práticas assistenciais, visando à promoção, prevenção e reabilitação dos usuários dos serviços de saúde.

Os referentes campos de estudo vieram a contribuir positivamente para a aquisição de habilidades e competências ditas essenciais ao exercício do gerenciamento em Enfermagem, posto que possibilita a compressão das habilidades e competências fundamentais para o planejamento, tomada de decisão, trabalho em equipe e organização, bem como aprimorar o pensamento crítico-reflexivo de estudantes em processo de formação.

A limitação presente no estudo consiste no fato de tratar-se de um relato de experiência vinculado a visitas técnicas, no qual se faz necessário o desenvol-

vimento de estudos com maior rigor metodológico acerca do processo de gerenciamento, métodos e instrumentos utilizados para proporcionar uma melhor gestão de áreas vinculadas à saúde, para que sirva como um alicerce de conhecimento auxiliando estudantes no seu processo de graduação, enquanto futuros profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C; LOPES, M. B. L. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 4, n. 1, p.189-196. 2019.
- AMESTOY, S. C. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino aprendizagem da liderança. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.2, p.468-75, abr/jun. 2013.
- ANNA, S. J. Potencialidades das visitas técnicas na docência universitária. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 5, p. e019005-e019005. 2019.
- BADARÓ, C. D. S. M. *et al.* Realização de visita técnica na formação de acadêmicos de enfermagem: estudo descritivo. **Braz. J. Nurs**, v. 15, n. 1, p. 42-51. 2016.
- BONETTO, A. L. C. P; NAUMANN, C; OLIVEIRA, L. G. Gestão de conflitos: o papel do gestor no gerenciamento de conflitos. **Revista da FAE**, v. 20, n. 2, p. 152-164. 2017.
- BORGES, N. S; FISCHER, L. A; BENITO, G. A. V. Concepções do Enfermeiro sobre o processo de trabalho gerencial na Atenção Básica. **REINPEC - Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 4, n. 2, p.28-42. 2019.
- BRASIL. Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.8853-8855, 09 jun.1987.
- BRASIL. Resolução 194 18 de fevereiro de 1997. Dispõe que o enfermeiro pode ocupar, em qualquer esfera, cargo de direção-geral nas instituições de saúde, públicas e privadas cabendo-lhe ainda, privativamente, a direção dos serviços de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 fev.1997.
- COELHO, E. S. *et al.* Perfil dos gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luís-MA. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 7, n. 1, p. 47-57. 2015.
- DUTRA, H. S. *et al.* Utilização da visita técnica no ensino de administração em enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 9/2502. 2019.
- FEREZIN, T. P. M, *et al.* A. Análise da notificação de eventos adversos em hospitais acreditados. **CogitareEnferm**, v.22, n.2, p.e49644. 2017.

FERREIRA, V. H. S. *et al.* Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180291. 2019.

GRECO, R. M. Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n.4, p.504-507. 2015.

LAFAYETTE, C. F. F. **Processo Gerencial em Enfermagem: Métodos e efetividade.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Lusófona do Porto, 123f, 2016.

LEAL, L. A. *et al.* Competências profissionais para enfermeiros hospitalares: uma análise documental. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.9, p.e3249, 2019.

LOPES, O. C. A. **Competências dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 95f. 2019.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis.** Abr/Jun, v.23, n.2, p.417-25. 2015.

MAGALHÃES, L. D. S. **Assistir, coordenar e gerenciar: desafios do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** Dissertação (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, 28f. 2016.

NEVES, T. C. C. L. **A reunião de equipe como propulsora de processos comunicacionais na estratégia de saúde da família - ESF.** Tese (Mestrado) – Escola de Saúde Pública, João Pessoa: ABRASCO, 189f. 2019.

NUNES, L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev Panam Salud Publica**, v.42, p.e175. 2018.

RIBEIRO, F.C. *et al.* Percepção Do Enfermeiro Da Unidade De Saúde Da Família Em Relação Ao Gerenciamento De Conflitos. **São Sebastião do Paraíso**, v. 8, n.1, p.42-57. 2018.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciênc Saúde Colet.** v. 20, n. 5, p. 1467-1473. 2015.

SILVA, K. S.; ECHER, I. C; MAGALHÃES, A. M. M. Grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem: uma ferramenta de gestão. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, p. e20160060. 2016.

SILVA, R. N. A. *et al.* Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde**, v.9, n.1, p.21-29. 2016.

SILVA, T. O. *et al.* Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, p. e60003. 2019.

SOMBRA, I. C. N. S. **O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem**. Ponta Grossa: Atena Editora, 322f. 2019.

TEIXEIRA, N. L.; SILVA, M. M.; DRAGANOV, P. B. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. **Rev. Adm. Saúde**, out/dez. 18, n.73, 2018.

TREVISI, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, v.17, n. 69, p.1-15. 2017.

VAGHETTI, H. Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n.3, p.316-320. 2015.

VASCONCELOS, R. O. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-8. 2017.

VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES E DEBATES

José Adelmo da Silva Filho

Mikaelle Ysis da Silva

Maria Nágela Valéria da Silva

João Emanuel Pereira Domingos

Antonio Germane Alves Pinto

Álissan Karine Lima Martins

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), como uma importante política pública no cenário brasileiro, possibilitou à população o acesso à saúde de caráter inclusivo e democrático (SIQUEIRA *et al.*, 2018). A evolução da saúde no Brasil foi marcada por intensa luta dos movimentos sociais por meio da reforma sanitária brasileira, com participação dos distintos órgãos e atores sociais, que, em conjunto, findam fortalecendo e promovendo as ações, garantindo a democratização da saúde (RIBEIRO; ZIMMERMANN, 2016).

No processo de fortalecimento do SUS destaca-se a formação dos profissionais, sendo estes fundamentais no fazer saúde. Visando possibilitar uma melhor formação e capacitação, o Ministério da Saúde lançou iniciativas indutoras para um perfil profissional alinhado às necessidades do SUS, pela inserção de futuros profissionais no cotidiano das práticas em saúde. Tais oportunidades vislumbram uma aproximação da teoria à práxis, bem como o envolvimento dos trabalhadores de saúde no processo de formação em saúde, o que promove melhor integração entre instituições de ensino e serviços de saúde.

Dentre estes, tem-se destaque o projeto de Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) (LEAL *et al.*, 2015). O VER-SUS foi lançado no início dos anos 2000 com o objetivo de propiciar aos estudantes das distintas áreas o contato com o serviço de saúde, elencando reflexões acerca do papel transformador incumbido ao estudante. Para além, o projeto visa sensibilizar gestores, profissionais e educadores, sejam da área da educação, saúde e/ou demais áreas sociais (MARANHÃO; MATOS, 2018).

As vivências, muito embora ocorram em nível local, possuem amplitude nacional, uma vez que envolve o processo de funcionamento do SUS. As práticas são experienciadas sob regime integral, intensificando o transcurso do perceber, partilhar, defender e vivenciar o SUS sob as lentes de distintas profissões (RAMOS *et al.*, 2016).

A interprofissionalização sucedida do VER-SUS e o estranhamento mútuo oriundo da realidade sentida possuem o poder de busca da resolubilidade permutada e horizontalizada, com o auxílio das diversas teorias e saberes, procurando internalizar nos viventes o sentimento de responsabilização frente ao SUS (AMARAL *et al.*, 2018).

Nesse contexto, as vivências no SUS possibilitam não somente o conhecimento sobre o que o SUS representa para a saúde pública, mas a elas são agregadas as possibilidades de desenvolver potencialidades, habilidades individuais e coletivas no campo de atuação próprio a cada vivente (WEBER *et al.*, 2016). Diante disso, esse relato tem por objetivo descrever a experiência do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil no município de Iguatu, no estado do Ceará, frente aos aspectos que vislumbra o fortalecimento da formação profissional.

METÓDO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir das vivências de acadêmicos dos cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Educação Física e Administração de instituições de ensino superior, públicas e privadas do estado do Ceará. A experiência ocorreu no regime de imersão no SUS, mediante o projeto VER-SUS Edição 2016.1, no período de 18 a 27 de janeiro de 2016.

Estiveram envolvidos no desenvolvimento do projeto estudantes e docentes da Universidade Regional do Cariri – URCA, Instituto Federal de Ciências e Tecnologia do Ceará – IFCE, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde e do movimento social Levante Popular da Juventude, com o apoio da Rede Unida.

Participaram da vivência dezesseis estudantes de diferentes categorias profissionais, que estiveram imersos no desenvolvimento do projeto durante dez dias. Em todo o período, os participantes ficaram alojados no mesmo ambiente, em uma pousada, no intuito de facilitar a construção de vínculo e fortalecer

as discussões e troca de experiências. Os viventes contaram com estrutura para alimentação e hospedagem sem ônus.

A seleção dos participantes ocorreu em três etapas consecutivas e progressivamente eliminatórias: a primeira, pela inscrição na plataforma otics; a segunda, mediante análise da carta de intenção enviada aos organizadores locais do VER-SUS Centro Sul; e a terceira, por meio de entrevista coletiva no município de Iguatu, Ceará. Durante o processo de seleção, todos os critérios de inclusão e exclusão do projeto foram respeitados, sendo de inclusão: estar matriculado em algum curso de ensino técnico, nível superior ou residência em saúde e ser membro de movimento social. Foram excluídos aqueles participantes que não atingiram média de sete pontos nas seleções, bem como os participantes que não tinham disponibilidade de tempo integral para participar do momento de imersão no Projeto VER-SUS correspondente a dez dias.

Foi construído um cronograma com todas as atividades, práticas e teóricas, nas modalidades de roda de conversa, atividade grupal, visita técnica e oficina de produção, desenvolvidas durante o projeto, com o objetivo de nortear os dias de vivências. Em específico, as visitas aos equipamentos de saúde ou espaços que estão relacionados com o conceito de saúde foram previamente agendadas com seus respectivos coordenadores.

As experiências aconteceram nos seguintes locais: Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana e da zona rural do município do Iguatu; Comunidades Ribeirinhas; Centro Pastoral da Igreja Católica; Igreja Evangélica; Ocupações urbanas; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III); Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS IJ); Centros Espíritas; Hospitais Públicos; Dois hospitais privados; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Centro Microrregional Especializado de Atenção à Saúde Reprodutiva e Sexual (CEMEAR); Secretaria Municipal de Saúde; Núcleo de Assistência à Saúde da Família; Programa Mais Médicos; Centro de Controle de Zoonose; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS); Instituto Nacional Seguridade Social (INSS) e Escola Marista.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados conforme os dez dias de vivência, com descrições de todos os momentos, com a finalidade de fortalecer as discussões quanto ao relato das vivências e experiências narradas.

Primeiro dia de vivência: “a acolhida”

No primeiro momento, os participantes, chamados versusianos, foram recebidos no alojamento no horário marcado no turno da manhã para dar-se início à vivência, sendo realizado um acolhimento com música ambiente e três dinâmicas.

A primeira dinâmica, intitulada como “objeto que me marcou”, cada versusiano se apresentava usando um objeto pessoal fazendo referência a algo marcante em sua vida; a segunda dinâmica era intitulada “como estou me sentindo e quais as minhas expectativas?”, momento oportuno para que os versusianos pudessem escrever em uma cartolina o que estavam sentindo no momento; a terceira dinâmica de acolhimento foi intitulada como “dinâmica do repolho”, momento oportuno para que cada versusiano pudesse relatar facilidades e dificuldades dentro do SUS, possibilitando, dessa forma, uma visão de pré-experiência na imersão.

Ainda no primeiro dia, no período vespertino foi proporcionado aos versusianos uma oficina de portfólio diário, com a finalidade de utilizar materiais recicláveis para confecção, materiais que se reportaram à cultura nordestina, como a chita, tecido tipicamente nordestino. Ressalta-se que tal atividade apresentou grande relevância, por permitir reportar à cultura a qual estamos inseridos, bem como refletir que o artesanato está presente na vida de muitos usuários do SUS, sendo tal atividade, muitas vezes, a única fonte de renda da família, condição que por vezes reflete na saúde destes.

No período noturno os versusianos foram designados a expressarem, por meio de um desenho, qual o sentimento que tinham frente ao SUS. Emergiram nos desenhos expressões negativas e positivas, descritas pelos viventes como obstáculos a serem superados para melhor funcionamento do sistema de saúde (Imagem 1).

Na oportunidade foi possível conhecer o Programa Mais Médicos, identificando-se, *in loco*, médicos cubanos que estavam atuando em alguns equipamentos visitados. Tais médicos destacaram que o programa tem como ponto positivo o apoio das universidades, uma vez que são supervisionados por determinadas universidades e a comunicação direta com o Ministério da Saúde. Os médicos relataram o funcionamento do sistema de saúde cubano, sendo um momento bastante enriquecedor, pois, foi possível perceber, mediante uma reflexão paralela, a grandiosidade que o SUS representa no Brasil.

No dia de vivência em questão, durante o período noturno, os versusianos participaram de dinâmicas que remetiam à reflexão crítica frente ao funcionamento do SUS, como a “teia de aranha”, que faz analogia às Redes de Atenção à Saúde, e o “cuidando de quem cuida”, cujo objetivo foi cuidar do próximo como gostaria de ser cuidado, despertando nos participantes o sentimento de empatia e sensibilização. O dia foi finalizado com uma roda de conversa para sistematização das visitas realizadas, construindo paradigmas para um SUS que funciona.

Terceiro Dia De Vivência: “Encontro Com As Vulnerabilidades”

Neste momento, os versusianos puderam conhecer as comunidades e ocupações em situações de vulnerabilidades sociais da cidade. Foi possível perceber que a maior problemática nessas comunidades engloba a questão do saneamento básico, influenciando diretamente na saúde dos indivíduos. Frente aos principais problemas de saúde enfrentados pela população destacam-se as doenças bucais, infecções intestinais e doenças do aparelho respiratório.

O turno da manhã foi oportuno para conhecer o lixão a céu aberto da cidade, local que também é moradia e fonte de renda de um grande quantitativo de pessoas locais. Nesse contexto, os viventes tiveram um embate com a realidade, situação expressa por reações faciais e verbais, diante da oportunidade de adentrar uma realidade que, muitas vezes, é negligenciada. Observou-se que a predominância de uma atuação dos trabalhadores do lixão em desconformidade com relação ao uso de equipamentos de proteção individual e, principalmente, quanto à baixa expectativa de mudanças da realidade local. Os moradores destacaram que não existe uma preocupação por parte dos profissionais da saúde, pois nem os agentes comunitários de saúde realizam as visitas que deveriam acontecer.

No período noturno os versusianos assistiram a um documentário que retratava a realidade de saúde de outros países. A partir deste, foi possível perceber distintas ideologias que regem as políticas de saúde, podendo-se afirmar que o sistema de saúde implantado nos Estados Unidos da América (EUA), por vezes, chega a influenciar a saúde de outros países.

Adentrar a locais que muitas vezes são negligenciados é possibilitar vislumbrar as necessidades de saúde dos sujeitos ali inseridos. O momento foi oportuno para inquietar os versusianos quanto às distintas realidades e, com elas, as diferentes necessidades que se cruzam com o contexto da vulnerabilidade.

Quarto Dia De Vivência: “Serviços Secundários”

O quarto dia de vivência foi destinado para conhecer os serviços que compõem a Atenção Secundária à Saúde. Durante o período matutino, as entidades visitadas foram dois hospitais públicos, sendo um de caráter filantrópico e o Centro de Controle de Zoonose.

Em relação a esses serviços, destaca-se a visita ao Centro de Controle de Zoonoses, que foi de grande valia, levando em consideração que poucos versusianos conheciam o real funcionamento do equipamento e a importância para a vigilância ambiental. Este tem como objetivo principal prevenir, reduzir ou eliminar a propagação de doenças como a raiva, leptospirose, toxoplasmose, histoplasmose, leishmaniose e, inclusive, a dengue.

Os hospitais visitados mostraram uma realidade comum a grande maioria dos hospitais públicos e filantrópicos, sendo observado um déficit de medicamentos e de insumos necessários aos procedimentos básicos, como luvas e gases. Como também limitações quanto aos recursos humanos; leitos insuficientes para o atendimento da grande demanda do público alvo; E, estruturas físicas precárias.

Diante de uma grande demanda, em contrapartida a um número restrito de profissionais, acaba-se por configurar uma sobrecarga de trabalho e certos aspectos de uma assistência eficaz e humana não são atendidos.

Durante o período da tarde, os versusianos visitaram o CEMEAR e dois hospitais, ambos hospitais da rede privada de saúde que prestam serviços ao SUS. Os hospitais particulares, que serviram de comparativos para as duas realidades totalmente distintas, entre o privado e o público, mostraram uma estrutura apro-

priada para um atendimento de qualidade, no que diz respeito aos equipamentos e à oferta de medicações, e apresentam uma menor demanda, propício para um atendimento de maior qualidade, visto que o profissional pode dedicar-se mais aos pacientes, embora haja quantidade de profissionais inferior, em comparativo com os equipamentos hospitalares do SUS que foram supracitados. Os referidos serviços hospitalares de característica privada não possuem atendimento 24h/dia, igualmente aos serviços secundários de caráter público.

O CEMEAR é um equipamento pouco conhecido pela população em geral do município, no que diz respeito a sua oferta de serviços. Durante a visita, constatou-se que o equipamento possui uma equipe de diferentes especialidades para prestar serviços que remetem aos aspectos reprodutivos, sexuais e infecciosos.

No período noturno, foi proposta a problematização da construção histórica e a busca de consolidação do SUS, a desconstrução da visão perfeita do serviço privado de saúde, discussões de grande significância para a busca de estratégias de melhoria e fortalecimento do sistema de saúde resultaram desse momento.

O quarto dia de reflexão permitiu aos versusianos vislumbrar duas realidades distintas entre os serviços de saúde, frente às características públicas e privadas, igualmente como possibilitou vislumbrar serviços que prestam assistência ao município e a sua microrregião que resultam em grande impacto nas questões de saúde, por oportunizar assistência especializada.

Quinto Dia De Vivência: “Saúde Mental”

Os versusianos puderam conhecer os equipamentos especializados de saúde mental, a saber, CAPS III, CAPS AD e CAPSi, sendo estes alguns pontos da Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nos serviços de saúde mental foi possível conhecer as rotinas, estratégias de acolhimento e as formas de terapias ofertadas. Destaca-se que todos os CAPS recebem demandas da 18ª Regional de Saúde, sendo, portanto, serviços com superlotação para atendimentos, que não é suprida com eficácia devido aos recursos humanos insuficientes.

Destaca-se a potencialidade dos equipamentos em disponibilizar atendimentos em horários noturnos, oportunizando assistência para os usuários que não podem ter acesso aos horários vespertino e matutino.

Durante a noite os versusianos sistematizaram as visitas pontuando os pontos marcantes observados, dentre eles: a estrutura inadequada dos equipamen-

tos para atendimentos ao público da saúde mental; falta de insumos para a realização das oficinas e dos grupos terapêuticos; e a escassez de alimentos para as refeições diárias dos pacientes-dia.

Os versunianos enaltecem a relevância dos serviços como pontos fortes da RAPS diante das limitações identificadas, os quais são responsáveis por assistirem aos usuários no contexto da saúde mental, cabendo inferir o papel desafiador do profissional de saúde diante de tais condições de trabalho frente às necessidades de saúde da população.

Sexto Dia De Vivência: “Religiosidade E Espiritualidade”

No sexto dia, os versusianos visitaram espaços que circundam fé, crenças espirituais e religiosas. Estiveram inclusos, dentre os equipamentos sociais visitados, o Centro Pastoral da Igreja Católica, Centros Espíritas e uma Igreja Evangélica.

Nesses espaços ficou perceptível a forte influência da religiosidade e da espiritualidade frente ao processo saúde-doença do indivíduo, pois cada um, em sua particularidade, procura oferecer um suporte espiritual para os indivíduos que buscam cura de enfermidades, enfatizando a importância da busca dos serviços de saúde nesse processo de cura e reabilitação. Essa experiência foi essencial para romper, ou minimizar, preconceitos e paradigmas frente à diversidade religiosa, que certamente o profissional atuante no SUS encontrará na sua assistência ao usuário.

O momento noturno foi facilitado por um profissional psicólogo que abordou, em roda de conversa com os versusianos, questões de sentimentos emocionais, autocontrole e relações interpessoais, que é imprescindível para um profissional atuante nos serviços de saúde.

O papel da religiosidade e da espiritualidade possui impacto na vida do indivíduo, família e comunidade, como elemento de apoio às condições de vida do indivíduo, bem como um importante equipamento de suporte social na comunidade.

Sétimo Dia De Vivência: “Momento Lazer”

No turno da manhã, os versusianos permaneceram descansando no local de hospedagem e à tarde foram a uma lanchonete próxima a uma lagoa do município para apreciarem o pôr do sol e dialogarem entre si.

Durante a noite, houve uma aula prática de atividade anaeróbica (zumba),

que possibilitou fazer relação das atividades físicas e os benefícios à saúde advindos do exercício. Na ocasião, o grupo Levante Popular da Juventude proporcionou uma roda de conversa em que se discutiu a respeito da construção dos movimentos sociais no Brasil, bem como a implantação do Levante Popular em nível municipal.

O dia foi oportuno para possibilitar o descanso necessário aos viventes e sensibilizá-los quanto à importância dos momentos de lazer no contexto da saúde, sendo possível atrelar a prática da atividade física e a questão dos movimentos sociais.

Oitavo Dia De Vivência: “Urgência E Emergência”

No oitavo dia, os locais de visitas foram os equipamentos que prestam serviços de Urgência e Emergência da cidade, sendo eles a UPA, SAMU e Corpo de Bombeiros.

No SAMU, foi possível vislumbrar o mecanismo de funcionamento do serviço por meio da regulação, como também, junto à equipe plantonista, ouvir relatos do funcionamento do serviço no município.

No Corpo de Bombeiros, houve um momento de roda de conversa acerca dos principais serviços prestados pela equipe, como também momentos de aproximação com os instrumentos de trabalho.

Sobre a UPA, os profissionais destacam que o conhecimento da população ainda é deficiente, sendo que grande parte dos atendimentos realizados poderiam ser solucionados nas unidades primárias à saúde. Salienta-se que se faz necessário investir na educação em saúde, para proporcionar aos indivíduos o conhecimento aos usuários, tornando-os protagonistas de sua saúde.

O período noturno foi marcado por um momento de descontração, sendo proposta a construção de uma pintura em uma blusa branca com a temática “Saúde não se vende, loucura não se prende, por um SUS público”, como representatividade do momento da vivência, assim como os dez dias e todos os dias de vida que seguem.

Como fruto de reflexão diária, foi possível identificar as necessidades de saúde frente aos níveis de assistência e a importância junto à população na difusão dos conhecimentos acerca dos serviços de urgência e emergência e de suas finalidades.

Nono Dia De Vivência: “Intersetorialidade E Interdisciplinaridade”

No nono dia os versusianos puderam experienciar a intersetorialidade entre a saúde e a assistência social, visitando a Secretaria Municipal de Saúde, a Escola Marista, o CRAS, o CREAS e o INSS.

Um ponto que merece destaque é a interdisciplinaridade existente entre os diferentes profissionais dessas instituições, bem como o trabalho conjunto das instâncias sociais, da saúde, educação e justiça, promovendo o que é de direito ao cidadão perante a Constituição Federal de 1988.

Dando conclusão ao dia, durante a noite os versusianos participaram de uma roda de conversa com representantes do público LGBTQT+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros) sobre a assistência à saúde prestada pelos profissionais do município. Conforme os relatos, pode-se concluir que os profissionais não agem com sensibilidade aos problemas de saúde que esse público em específico possa apresentar, fazendo com que os mesmos se distanciem dos serviços de saúde.

Fica como reflexão a contradição da interdisciplinaridade entre os diversos profissionais e equipamentos, em especial os que prestam assistência direta à saúde, com a atuação frente ao público LGBTQT+. A rede de serviços e o elo entre os profissionais poderiam ser potencial na assistência ao público LGBTQT+, entretanto, o que se tem visto é o distanciamento com os serviços de saúde.

Décimo Dia De Vivência: “Devolutiva”

No décimo e último dia da vivência do VER-SUS, os versusianos apresentaram a devolutiva de toda a vivência e experiência durante o processo aos coordenadores e profissionais de todos os equipamentos visitados, relatando pontos positivos e negativos nessas instituições, na perspectiva de traçar estratégias que fortaleçam o atendimento ao público e, principalmente, a consolidação do SUS na gestão municipal.

O momento ocorreu em uma Instituição Pública de Ensino Superior, na modalidade de roda de conversa, sendo um momento oportuno de re(construção) do conhecimento frente a óptica dos viventes e profissionais presentes.

DISCUSSÃO

As vivências e experiências no contexto do VER-SUS apresentam-se como uma oportunidade estratégica com a finalidade de propiciar e incentivar inquietações e curiosidades entre os envolvidos na ênfase de buscar um contexto mais digno no campo da saúde, por meio de um cuidado que é construído não somente por profissionais da saúde (MARANHÃO; MATOS, 2018).

Os momentos de vivências nos equipamentos do SUS possibilitam a construção do diálogo e do discurso que objetiva a re(construção) de uma realidade que busca qualificar a atuação de futuros profissionais no campo da saúde a partir da óptica destes na aproximação com os serviços. Momentos como esses permitem a produção de mudanças ética-politicamente com o SUS (MARANHÃO; MATOS, 2018).

Em relação aos equipamentos supracitados, os quais permitiram a realização das vivências e o compartilhamento das experiências, apresentam-se como chave estratégica para maior vinculação desses futuros profissionais, diante da possibilidade de ver na prática a funcionalidade do serviço e vislumbrar, posteriormente, nos momentos de discussões, os pontos positivos e negativos, na perspectiva de não somente identificá-los, mas de propor mecanismos estratégicos de resolução.

Vislumbrar o funcionamento dos equipamentos de atenção primária à saúde é possibilitar a esses futuros profissionais a compreensão do processo de coordenação e ordenação das redes de atenção à saúde, que é gerida e executada pela ESF, a qual se apresenta como a porta de entrada prioritária do sistema (BRASIL, 2010).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul denota que a vivência permite àqueles que teriam sua trajetória acadêmica e profissional distante do ensino da saúde pública a oportunidade de conhecer e adentrar à realidade do SUS, a fim de elucidar o exercício e o desempenho das equipes multidisciplinares (KRETSCHMER, 2015).

Outros estudos relataram a necessidade de comunicação e articulação entre as equipes. Em estudo realizado no estado do Piauí, os enfermeiros afirmaram a dificuldade de comunicação entre os demais profissionais de saúde do serviço, o qual dificulta o planejamento das ações voltadas ao indivíduo, família e sociedade (LIRA NETO *et al.*, 2013).

Cabe ressaltar a importância de compreender o funcionamento dos serviços de atenção secundária, para que assim possa ser vislumbrado como funcionam os mecanismos que possibilitam aporte diagnóstico, de tratamento e de reabilitação dos usuários, por meio dos serviços vivenciados, como o Hospital público.

A vivência na atenção secundária aproximou a realidade de diversos cenários, entre eles o CAPS, que permitiu o conhecimento das estratégias e ações adotadas no âmbito da atenção à saúde mental. No que se refere a esse serviço, a estrutura física e organizacional foi o foco de vivências em alguns estudos, as quais observaram que o trabalho dos profissionais se configurava de forma isolada, sem a colaboração interdisciplinar (LIRA NETO *et al.*, 2013).

No estudo de Kretschmer (2015), observou-se a vivência na atenção secundária em um hospital da região com atendimento a outras regiões e distintas especialidades no âmbito da saúde mental. Conforme os relatos dos estudantes há necessidade de modificações na perspectiva da agilidade no atendimento e resolutividade para com o usuário.

Nesse sentido, os hospitais configuram-se como um complexo constituintes da rede terciária de atenção, em que são dispensados cuidados a pacientes com estado de saúde crônico ou agudo, que requerem uma estrutura tecnológica, dispensação de cuidados continuados, podendo requerer de internação da pessoa, a fim de prestar uma assistência que vise à integralidade da assistência (CASTILHO; SOUZA, 2018).

Incoerente iria se configurar uma vivência que não possibilitasse a integração com os mecanismos de religiosidade e espiritualidade, sendo estes inerentes ao processo de saúde e doença e apresentando-se em muitas situações como elos indispensáveis no processo de enfrentamento a uma determinada disfunção.

As questões que incubem o processo de assistência à saúde à população LGBT+ e as ocupações urbanas são marginalizadas por tratar-se de contexto complexos ainda nos dias de hoje, diante das limitações de muitos profissionais na prestação de uma assistência digna e humana a estes usuários, frente a todo complexo envolvido, devendo o processo assistencial corroborar com artifício de (re)construção de um olhar específico a necessidade de saúde dessa população.

Cabe, ainda, refletir sobre as questões da devolutiva, como um momento ímpar junto aos profissionais e gestores do município, em que foi propício o compartilhamento dos pontos positivos e negativos vislumbrados durante o pe-

ríodo de vivência, caracterizando esse processo como a edificação de um cuidado responsável, em que é possibilitado a construção e o desenvolvimento de uma assistência integral mediante os múltiplos pontos da rede e da equipe multiprofissional que integra o sistema, seja na ênfase assistência ou em nível de gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Salienta-se que todas as vivências foram de suma importância para a formação de profissionais comprometidos com o desenvolvimento e fortalecimento do SUS, mas principalmente, para a formação pessoal pleiteada na sensibilização para com o próximo.

O caminho percorrido é calçado por grande possibilidade junto à futura atuação profissional desses viventes, que, como seres pensantes, adentraram a realidade do SUS com uma visão e obtiverem amplitude desta, apresentando-se como um meio propício para a construção e determinação de mecanismos que possibilitem um novo percurso.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos que busquem compartilhar as experiências, vivências nas versões do VER-SUS que ocorreram em inúmeros estados brasileiros, como uma possibilidade de oportunizar à comunidade acadêmica e ao contexto populacional materiais de leitura que venham a contribuir e potencializar a compreensão do funcionamento e desenvolvimento do sistema em diferentes realidades e contexto, levando em consideração as características culturais de cada região.

Ademais, mostra-se uma reflexão de como a vivência coloca-se como experiência divisora sobre as concepções e práticas do e no SUS com ênfase na formação de profissionais sensíveis, inteirados e engajados para a sua estruturação e consolidação.

O estudo permitiu a reflexão e o debate do SUS na teoria e na prática, frente aos olhares atentos da conjuntura social, que envolveu acadêmicos e profissionais que atuam ou que irão atuar no sistema de saúde, vislumbrando a possibilidade da re(construção) do olhar frente ao fenômeno problematizado, podendo culminar no fortalecimento do sistema diante das discussões postas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. F.; CAVALCANTE, A. S. P.; FARIAS, Q. L. T.; RIBEIRO, M. A.; ARAÚJO JÚNIOR, D. G.; GOMES, D. F. Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. **Interface**. V.22, n.Supl.2, p.1787-97, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601787&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de Mar. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Dez 31; Seção 1. Brasília; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 09 de Dez. de 2019.

CASTILHO, G. G. C.; SOUZA, A. P. A. A regulação assistencial intrahospitalar no âmbito do SUS: as contribuições do assistente social em um hospital em São Luís (MA). In. XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS. 2018, Vitória, ES. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. v.16, n.1 (online). Vitória: ENPESS, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/21916>. Acesso em: 02 de Mar. de 2019.

KRETSCHMER, A. C. Vivências e estágios no SUS: ênfase na atenção primária em saúde. **Experiência**, Santa Maria, UFSM, v. 1, n. 2, p. 87-97, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/19541/pdf>. Acesso em: 22 de Mai. de 2019.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M.; VELOSO, R. B. P.; JULIANO, I. A. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivência de estudantes. **Interface**. V.19, n.53, p.361-71, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0361.pdf>. Acesso em: 02 de Mai. de 2019.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface**. V.22, n.64, p.55-66, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160091.pdf>. Acesso em: 15 de Mai. de 2019.

LIRA NETO, J. C. G.; FREITAS, R. W. J. F.; BRITO, E. C. C.; SANTOS, L. R.; ALVES, L. E. P.; ALVES, L. R. A. VER-SUS: an experience report about a life experience-stage in the reality of the unified health system. **Rev enferm UFPE**

on line. Recife, 7(esp) p. 1042-6, 2013. DOI: DOI: 10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp201329.

RAMOS, T. K.; NIETSCHE, E. A.; SALBEGO, C.; FETTERMANN, F. A.; PICCIN, C. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS: relato de experiência. **Rev enferm UFPE on-line.**, Recife, v.10, n.12, p. 4687-91, dez., 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7f3e/52bb-426f19d675f0895a2c0a4e9d01bff35d.pdf>. Acesso em: 15 de Jun. de 2019.

RIBEIRO, F. B.; ZIMMERMANN, C. E. P. Relato de uma Vivência no Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema único de Saúde 2015. **Rev. Sau. Int.** V.8, n.15-16, 2016. Disponível em: <http://local.cneesan.edu.br/revista/index.php/saude/article/view/247>. Acesso em: 16 de Jun. de 2019.

SIQUEIRA, A. S. E.; BERGAMANN, A; CASADO, L; SILVA, M. J. S.; ZAMBONI, M. M. Os 30 Anos do SUS e do Modelo de Atenção ao Câncer retratados na RBC. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Rio de Janeiro, v.64, n.2, p. 139-140, 2018. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v02/pdf/01-editorial.pdf. Acesso em: 03 de Jun. de 2019.

WEBER, A; TOMBINI, L. H. T.; COLLISELLI, L; ALBRECHT, C. C.; MACARI, L.; FÁVERO, F. M. Vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e a formação profissional em saúde: relato de experiência. **R. Eletr. de Extensão.** Florianópolis, v. 13, n. 23, p.112-122, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2016v13n23p112>>. Acesso em: 10 de Mai. de 2019.

CAPÍTULO 22

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO INTEGRAL EM ENFERMAGEM

Carla Soraya Silva Araújo

João Paulo Xavier Silva

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Maria Luiza Santos Ferreira

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) sugerem que o processo formativo do enfermeiro esteja circunscrito em uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, na qual esse profissional deva ser capaz de reconhecer e intervir em problemas da população, analisando e decidindo condutas apropriadas para o cuidado do paciente. Além disso, o enfermeiro deve assumir a posição de líder da equipe de saúde, agindo com compromisso e responsabilidade (BRASIL, 2001; VIEIRA *et al.*, 2016).

Para se alcançar esse nível profissional, as universidades brasileiras têm adotado métodos para uma melhor formação, incluindo em sua grade curricular a abordagem de todo o processo saúde-doença dos indivíduos nas coletividades em todas as suas especificidades, proporcionando um olhar holístico para o cuidado de enfermagem. Para além do processo formativo teórico-prático, considera-se também nesse percurso o desenvolvimento de atividades complementares no processo formativo como monitorias, estágios, programas de iniciação científica, cursos e projetos de extensão universitária (BRASIL, 2001; ORTEGA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, o ambiente acadêmico tem buscado desenvolver caminhos outros de experiências e aprendizagens, incentivando o aluno à troca de conhecimentos, como também sua aplicabilidade prática. Nesse contexto, é reconhecido que a universidade se consolida sobre três princípios basilares, são eles: ensino, pesquisa e extensão. Esses três pilares devem configurar-se de maneira complementar, porém, muitas vezes o ensino e a pesquisa são explorados em maior predominância quando em comparação ao desenvolvimento

de atividades extensionistas. É reconhecido que, se esses três princípios forem desenvolvidos de igual modo, será possível formar profissionais mais qualificados para atuar na sociedade (ORTEGA *et al.*, 2015).

Entende-se por extensão universitária o desenvolvimento de ações de caráter permanente e contínuo que envolvam a comunidade, suas necessidades e a capacidade de resposta que a academia possui frente às demandas sociais. Para que se consolide, faz-se necessária a realização de projetos de alcance comunitário que estejam implicados nas peculiaridades que apresenta uma determinada população, contemplando, por exemplo: projetos de desenvolvimento social; combate à fome/pobreza; cuidado com crianças, idosos e/ou grupos vulneráveis; promoção de hábitos saudáveis; estímulo ao autocuidado, dentre outros (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Para a prática de atividades extensionistas no campo da enfermagem, é de vital importância o conhecimento do território que circunda a universidade ou os campos de estágio. Desse modo, compreender as características do local em que se pretende realizar as atividades de extensão e se apropriar da realidade, seus principais problemas e a dinâmica das famílias corresponde a uma estratégia profícua para a prática extensionista, pois assim os acadêmicos poderão abordar de forma empática e sensível a população (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Nesse âmbito, a extensão universitária tem se tornado cada vez mais significativa no cenário da formação integral em enfermagem, pois representa a universidade frente à comunidade, rompendo as barreiras da sala de aula e proporcionando o percorrer de um novo caminho para o desenvolvimento do cuidado, considerando ser este o objeto de trabalho e a essência da enfermagem (VIEIRA *et al.*, 2016).

Salienta-se que a extensão não é a única responsável pela formação crítica e reflexiva dos universitários, mas é um componente fundamental nesse processo, principalmente quando utiliza metodologias participativas que permitem a vivência/experiência social e afetiva. Afinal, não se ensina participação social sem participação, tampouco compromisso social sem compromisso. Possibilitar a convivência dos extensionistas dentro e fora da universidade é uma das grandes potências da extensão universitária (OLIVEIRA; BRÊTAS; ROSA, 2017).

Na prática extensionista desenvolvida pela enfermagem, duas direções são apontadas nas ações de cuidado integral: uma racional, na qual são aplicadas técnicas e teorias, outra sensitiva, mediante emoções e amor. Para a formação do enfermeiro, essas ações proporcionam o entendimento da patologia e a compreensão do ser humano (SILVA; RIBEIRO; SILVA JÚNIOR, 2013).

Ademais, salienta-se que no cenário brasileiro se faz necessário um processo formativo implicado às necessidades sociais. Nesse âmbito, é necessário o desenvolvimento de competências e habilidades potenciais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Pensar na extensão universitária e suas repercussões no processo formativo exige a identificação de conexões com o local de atuação profissional, o que vem a sugerir uma relação profícua entre o conhecimento desenvolvido no espaço acadêmico para intervenções centradas na realidade (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

A formação de profissionais para o SUS é um desafio permanente que requer, substancialmente, uma experiência vivencial e cotidiana. Aproximar os futuros enfermeiros das reais necessidades dos usuários e do sistema de saúde é fundamental para uma formação integral. Nessa perspectiva, urge a necessidade de um processo ensino-aprendizagem que ressignifique o ideal de profissional para o SUS. Refletir a *práxis* da enfermagem a partir dos centros formadores e dos pilares da universidade, mais especificamente da extensão universitária, é um caminho potencial (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A partir deste contexto, problematiza-se: De que modo a extensão universitária contribui para a formação integral em enfermagem? Para responder esse questionamento, a pesquisa visa compreender, na ótica dos discentes, as contribuições da extensão universitária na formação em enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com caráter exploratório numa abordagem qualitativa, realizada entre os meses de setembro e novembro de 2019, no curso de enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA) - Unidade Descentralizada de Iguatu (UDI), localizada no município de Iguatu, Ceará.

Atualmente, são desenvolvidas dezenove ações extensionistas na universidade. Participaram do estudo dezoito acadêmicos do curso de enfermagem que atenderam aos critérios de elegibilidade, cujos critérios de inclusão foram:

ser estudante regularmente matriculado no curso de graduação em Enfermagem da URCA-UDI e ser membros voluntário e bolsista de projetos de extensão; e de exclusão, ser estudante afastado das atividades acadêmicas por motivo de doença ou licença maternidade e/ou estudante que se encontrava afastado ou desligado de projetos de extensão. Salienta-se que, para dimensionamento da quantidade de participantes, foram seguidos os critérios de saturação teórica.

Para a coleta de dados, utilizou-se o roteiro de uma entrevista semiestruturada, com questões envolvendo conhecimentos e experiências sobre a extensão universitária e suas implicações na formação. Realizou-se um pré-teste para avaliação do instrumento, não sendo identificada a necessidade de ajustes para sua aplicabilidade.

O processo de organização e análise dos dados esteve pautado na análise de conteúdo do tipo categorial temática, proposta por Minayo (2014), na qual seguiram-se as três etapas fundamentais dessa técnica: pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação.

A pesquisa atendeu aos princípios éticos das investigações com seres humanos, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de nº 3.570.460.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa pertencem aos sexos masculino e feminino, estando em situação regular na instituição e cursando do 4º ao 10º semestres. Com relação à faixa etária, encontra-se esta entre 18 e 28 anos, com a média de 22 anos, conforme visto na Tabela 1.

O processo analítico viabilizado pela técnica adotada nessa pesquisa permitiu a identificação de quatro categorias temáticas, formadas a partir da interpretação dos dados coletados em núcleos de sentido pela abordagem colorimétrica.

Desse modo, as categorias que emergiram no estudo foram assim denominadas: 1. Concepções sobre a Extensão Universitária; 2. Influência da Extensão Universitária na Formação; 3. O despertar do interesse pela Extensão Universitária; e 4. Implicações da Extensão Universitária no trabalho de enfermagem.

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos acadêmicos de enfermagem, URCA UDI

IDADE	N	
18-21 anos	09	
22-23 anos	07	
24-28 anos	02	
Total	18	
SEXO	N	
Masculino	08	
Feminino	10	
Total	20	
SEMESTRE	N	
4º Semestre	02	
7º Semestre	01	
8º Semestre	08	
9º Semestre	06	
10º Semestre	01	
Total	18	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Concepções sobre a Extensão Universitária

Nesta categoria, são identificados dois principais núcleos de sentido, no que diz respeito ao entendimento dos acadêmicos sobre a extensão. Ora a fala dos participantes aponta para a extensão como promotora da inserção do estudante na comunidade, ora percebe-se a compreensão da extensão como promotora do desenvolvimento acadêmico. Os recortes a seguir justificam essa interpretação:

A extensão ela nos dá a oportunidade de conhecer, estar mais próximo da comunidade. (Extens. 18)

É uma capacitação do acadêmico, do discente porque através da extensão universitária que a gente vai ter noção de como ocorre diversos contextos relacionados a saúde. (Extens. 12)

Assim, corrobora-se com a literatura no entendimento de que os projetos de extensão são uma conexão entre aquilo que é desenvolvido em sala de aula

e o que é praticado fora dela. As práticas extensionistas atribuem a comunidade o conhecimento que foi produzido dentro da universidade e, por isso, promovem uma relação de troca e colaboração entre sociedade e instituição de ensino (OLIVEIRA; ALMEIDA JUNIOR, 2015).

No contexto da enfermagem, as ações extensionistas se voltam para o desenvolvimento, produção e preservação cultural, oferecendo à comunidade conhecimentos científicos, tecnológicos e culturais, sendo responsável por prover recursos para a efetivação das políticas públicas de saúde voltadas ao benefício da comunidade (FREITAS *et al.*, 2016).

Com os recortes, pôde-se perceber a compreensão da extensão como contato direto com a sociedade, o que possibilita ao acadêmico experiências e vivências importantes para sua formação e, conseqüentemente, para seu futuro profissional (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Ademais, elucida-se que a extensão universitária permite o desenvolvimento acadêmico, fazendo com que os extensionistas passem a ser críticos, comunicativos e edificadores, progredindo para além da obtenção de informações e saberes disseminados pela universidade (BRUSAMARELLO *et al.*, 2016).

Influência da Extensão Universitária na Formação

No que diz respeito à influência das práticas extensionistas na formação em enfermagem, foram encontrados três núcleos de sentido. No primeiro, evidencia-se a importância dos projetos de extensão para vivências além universidade; no segundo, as contribuições da extensão para a profissionalização em enfermagem; e, no terceiro, as contribuições da extensão para a desenvoltura pessoal. As falas abaixo correspondem a essa análise:

É uma forma do aluno não se prender só ao conteúdo, ele se envolver em outras coisas. Quando a gente “tá” participando de projetos a gente acaba entrando em contato com o público e aí a gente acaba desenvolvendo outras coisas. (Extens. 1)

Porque a gente vai lidar com pessoas e aí os projetos de extensão sejam pra lidar com pessoas, sejam idosas, adultos, crianças como tem projetos que lidam com criança e influenciam amplamente no nosso cuidado e na nossa assistência. (Extens.18)

A questão da timidez isso é trabalhado bastante e você tem que se tornar uma pessoa mais desinibida, a questão de você entrar em contato com aquela pessoa, aquele paciente, seja em sala de aula com algum aluno, você vai trabalhar isso também da sua desenvoltura. (Extens. 15)

Em investigações semelhantes, as ações extensionistas em cursos de enfermagem são vistas como estratégias de promoção à saúde fora da universidade, o que consequentemente contribui para uma melhora no bem-estar da comunidade, assim como a elaboração de conhecimentos e execução destes na vivência dos acadêmicos, refletindo assim para sua formação integral (NOBRE *et al.*, 2017).

O envolvimento do acadêmico em atividades extensionistas contribui claramente para o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo, auxiliando no aprendizado para o trabalho, que é de suma importância para a formação. Nessa perspectiva, visualiza-se a extensão universitária como eixo integrador para a tríade ensino-serviço-comunidade (FREITAS *et al.*, 2016).

Assim, entende-se que, por meio da extensão, a universidade tem a oportunidade de levar a comunidade a realizar novas descobertas, isto é, uma forma da universidade socializar o conhecimento e a produção intelectual, tornando-o acessível não apenas aos discentes, mas também a toda comunidade que ressignifica as suas práticas cotidianas (NOBRE *et al.*, 2017).

No que concerne ao desenvolvimento pessoal, os acadêmicos participantes de atividades de extensão têm uma melhora da concepção dos casos clínicos, sendo eles capazes de tomar decisões e disseminar conhecimentos para a população com facilidade e destreza (MOIMAZ *et al.*, 2015).

No contexto desta pesquisa, a integração em projetos de extensão resulta em uma transformação na postura dos acadêmicos, proporcionando autoconfiança e independência para comunicação e diálogo. A vivência extensionista faz com que o discente vença seus medos e anseios em relação a situações de exposição, fala e mediação de processos educativos.

O despertar do interesse pela Extensão Universitária

Esta categoria retrata, no ponto de vista dos extensionistas, o porquê do interesse inicial de integrar a extensão, sendo a construção de um currículo acadêmico diferenciado e o aperfeiçoamento continuado os núcleos de sentido elucidados. Visualiza-se isso nos trechos a seguir:

Meu interesse primordial surgiu mais em relação a currículo, a pontuação de que a gente precisa pra somar no final e tudo mais, e aí, mas depois que eu fui entendendo que a extensão está para além de um certificado. (Extens.3)

A questão do aperfeiçoamento e adquirir mais conhecimento com relação a população que nos cerca. A maioria dos projetos de extensão a gente tem contato com a população e isso nos capacita ainda mais. (Extens. 7)

Como se observa nas falas dos alunos, o interesse na construção de um currículo diferenciado é importante se levarmos em conta que as atividades de extensão enriquecem os sujeitos que lhe integram de maneira exponencial. Ademais, esses relatos apontam para a necessidade de um fazer além, implicado em vivências e experiências outras durante a graduação em enfermagem (INCROCCI; ANDRADE, 2018).

No que concerne ao aperfeiçoamento, a extensão universitária estabelece o processo de aprendizagem em ato, baseado no interesse coletivo ligado à prática e, por isso, consegue revigorar a vida acadêmica por intermédio do comprometimento nas ações extensionistas.

Desse modo, os extensionistas são protagonistas do processo de ensino e aprendizagem por intermédio da inserção social, visto que vivenciam a extensão e possuem liberdade para percorrer os diversos espaços de relações profissionais e sociais. As ações de extensão auxiliam na formação de um caráter argumentador, revolucionário e político, uma vez que o processo de educação estimula uma conscientização crítica (OLIVEIRA; BRÊTAS; ROSA, 2017).

Implicações da Extensão Universitária no trabalho de enfermagem

Esta categoria apresenta as implicações da extensão universitária voltadas à práxis da enfermagem, evidenciando-se que ela vem refletir diretamente na humanização do trabalho, como também no protagonismo/autonomia na atuação profissional da enfermagem. Os recortes abaixo permitem essa inferência:

Eu acho que essa questão da gente trabalhar a nossa escuta com relação as pessoas servem pra isso pra gente por exemplo quando chegar na pratica com o paciente saber ouvir, saber escutar, saber ajudar no que ele precisar e eu acho que a extensão do cine-clube vem contribuir muito em relação a isso. (Extens. 14)

Foi um projeto assim que me motivou muito e me fez tem uma outra visão profissional de olhar o indivíduo com um olhar mais holístico, mais humanizado então esses projetos facilitam e permitem isso a gente. (Extens. 8)

Os projetos em si permitem que os participantes, que eles sejam protagonistas do seu conhecimento e isso vai se refletir quando forem trabalhar, né. (Extens. 15)

...eu acho que isso é uma coisa que a gente leva de certa forma futuramente porque é uma coisa que a gente vai “tá” fazendo como profissional, com autonomia e segurança. (Extens. 17)

Ao longo dos anos, a enfermagem vem se modificando e aproximando o discente da realidade em que está inserido. Assim, a extensão assume um papel essencial sobre a formação integral do enfermeiro, pois serve como um modelo de atenção humanizada e holística, atenta às peculiaridades de cada sujeito e da dinâmica comunitária em que se insere (OLIVEIRA; ALMEIDA JUNIOR, 2015).

Em estudos voltados a esse cenário, identifica-se que os extensionistas aprendem facilmente como liderar uma equipe e como agir na coordenação e resolução de conflitos. Nisso, as práticas devem estar focadas no cuidado integral, e isso abrange: relações, conversas, emoções, conhecimentos, escuta qualificada, compreensão do outro, acolhimento, vínculo, dentre outros (ARAUJO; MEDEIROS; QUENTAL, 2016).

A literatura aponta como necessidade eminente o preparo dos discentes para desenvolver pensamento crítico e reflexivo de maneira a inferir positivamente em habilidades e competências. Desse modo, quando a extensão proporciona o pensar-crítico voltado a uma realidade, são desenvolvidas ferramentas mentais fundamentais para o processo de trabalho e para a sua problematização (PEIXOTO; PEIXOTO, 2017).

No contexto do processo de trabalho, é importante salientar que a atuação no SUS exige uma formação acadêmica que enfatize a articulação ensino-serviço-comunidade, favorecendo a interdisciplinaridade e o desenvolvimento crítico-reflexivo. Ao prover um processo formativo de caráter teórico-prático atrelado ao campo real do sistema de saúde, é favorecida a reorientação das práticas de saúde e a transformação da realidade loco-regional (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

A integração ensino-serviço é apontada como um dos principais desafios na formação para o SUS. Assim, a extensão universitária deve propor o estabelecimento de relações horizontalizadas, de trocas e compartilhamentos, a partir de atividades que estejam circunscritas em ato, inseridas no campo vivo do SUS (CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011).

Nessas circunstâncias, a extensão é responsável por atividades adaptadas à realidade da população, o que torna potencial o desenvolvimento para a atuação do profissional enfermeiro no seu contexto de trabalho. Estrutura-se numa formação potencial para a concretude de competências, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, o estudante desenvolve o Saber, o Saber Fazer e o Ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Com a realização desse estudo pudemos compreender, na ótica dos discentes, as contribuições da extensão universitária na formação em enfermagem. Genericamente, a extensão tem se conformado e se consolidado sob uma égide multidimensional, na qual se vislumbra o desenvolvimento de aptidões interpessoais para uma formação integral.

O entendimento sobre as implicações da extensão no processo formativo configura-se em um ambiente fértil para o desenvolvimento de competências, sejam elas atitudinais, dialógicas ou intelectuais. Além disso, é reconhecido que os projetos de extensão permitem o engajamento dos estudantes em diversos contextos, o que possibilita a interação social e a construção de caminhos profícuos para uma formação em enfermagem implicada às necessidades sociais.

No que concerne à aplicabilidade para o SUS, este estudo aponta para a necessidade de um compromisso não somente profissional, mas ético-político com a consolidação do sistema de saúde. Assim, a formação em enfermagem deve estar pautada nos preceitos teóricos e técnicos da profissão, mas também nos princípios e diretrizes do SUS com vistas ao seu fortalecimento.

Portanto, compreendemos que a extensão deve ser cada vez mais desenvolvida com vistas à formação integral em enfermagem, sendo enfatizada sua importância pelos participantes deste estudo. É importante também que esse processo seja mediado de forma criativa, crítica e reflexiva. Assim, entende-se que a sua execução é vital para a efetiva consolidação como princípio basilar na universidade.

Dentre as limitações do estudo destaca-se a dificuldade de recrutamento dos participantes, tendo em vista suas atividades acadêmicas. Sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas que contemplem a temática, de maneira a contribuir nas reflexões aqui disparadas em estudos que abordem aspectos aqui não elucidados.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. P. S.; MEDEIROS, S. A.; QUENTAL, L. L. C. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Rev enferm UERJ**, v.24, n. 5, p. 1-5, 2016.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e sociedade**, v. 20, n.4, p. 884-899, 2011.
- BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centrada na realidade e repercussões no processo formativo. **Comunicação e saúde**, v. 18, n.48, p. 177-186, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da união**, 09 nov 2001.
- BRUSAMARELLO, T.; CAPISTRANO, F. C.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F.; MERCÊS, N. N. A.; KALINKE, L. P. Promovendo o empoderamento através de ações de enfermagem na extensão universitária. **Cienc Cuid Saúde**, [S. l], v.15, n.2, p.297-303, 2016.
- CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v.1, n.1, p. 19-27, 2011.
- FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n.1, p. 95-101, 2013.
- FREITAS, T. P. P.; PAULA, C. C.; ZANON, B. P.; MEIRELLES, F. S. C.; WELLEIR, T. H.; PADOIM, S. M. M. Contribuições da extensão universitária na formação de acadêmicos de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n.3, p.307-316, 2016.
- INCROCCI, L.; ANDRADE, T. O fortalecimento da extensão no campo científico: uma análise dos editais ProExt/MEC. **Revista Sociedade e Estado**, v. 33, n. 1, p. 189-214, 2018.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, 28° ed. Petrópolis: RJ, 2014.
- MOIMAZ, S. A. S.; BORDIN, D.; GOMES, A. M. P.; FADEL, C. B.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A. Extensão universitária na ótica de acadêmicos: o agente fomentador das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista da ABENO**, v.15, n. 4, p.45-54, 2015.
- NOBRE, R. S.; MOURA, J. R. A; BRITO, G. R.; GUIMARÃES, M. R.; SILVA, A. R. V. Vivenciando a extensão universitária através de ações de educação em saúde no Contexto escolar. **Rev. APS**, [S. l.], v.20, n.2, p.288-292, 2017.

OLIVEIRA, F. L. B.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. Motivações de acadêmicos de enfermagem atuantes em projetos de extensão universitária: a experiência da faculdade ciências da saúde do Trairi/UFRN. **Rev Espaço para a saúde**, v.16, n.1, p. 36-44, 2015.

OLIVEIRA, C. S.; BRÊTAS, A. C. P.; ROSA, A. A importância da Extensão universitária na graduação e prática profissional de enfermeiros. **Currículo sem Fronteiras**, v. 17, n. 1, p. 171-186, 2017.

ORTEGA, M. C. B.; CECAGNO, D.; LIOR, A. M. S.; SIQUEIRA, H. C. H.; MONTESINOS, M. J. L.; SOLER, L. M. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.3, p.404-10, 2015.

PEIXOTO, T. A. S. M.; PEIXOTO, N. M. S. M. Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, v.4, n.13, p. 125-138, 2017.

RODRIGUES, A. L. M.; PRATA, M. S.; BATALHA, T. B. S.; COSTA, C. L. N. A.; PASSOS NETO, I. F. Contribuições da extensão universitária na sociedade. Contribuições da extensão universitária na sociedade, **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, v.1, n.16, p.141-148, 2013.

SILVA, A. F. L.; RIBEIRO, C. D. M.; SILVA JUNIOR, A. G. Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45, p. 371-384, 2013.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S.; SANTOS, E. N. B.; WHITAKER, M. C. O.; SOUSA, B. V. N.; CAMARGO, C. L. Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

VIEIRA, M. A.; SOUTO, L. E. S.; SOUZA, S. M.; LIMA, C. A.; OHARA, C. V. S.; DOMENICO, E. B. L. Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **RENOME**, v.5, n.1, p.105-121, 2016.

CAPÍTULO 23

PRÁTICAS DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA POR MEIO DO PROJETO JOVENS SOCORRISTAS: UM ELO ENTRE A FORMAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Tiago Ribeiro dos Santos
Kadson Araújo da Silva
Agná Teixeira Braga
Riani Joyce Neves Nóbrega*

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é um importante instrumento para a promoção de uma melhor qualidade de vida aos indivíduos e à comunidade, que tem como objetivo articular saberes científicos e populares, além de promover o autoconhecimento e a autorresponsabilidade para o próprio cuidado à saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Educar no contexto da saúde perpassa por um conjunto de práticas que contribui para o desenvolvimento da autonomia das pessoas, no que diz respeito ao seu cuidado com a saúde, contribuindo para a construção do conhecimento no intuito de evoluir e dar apropriação a práticas saudáveis (COELHO, 2015).

O desenvolvimento das ações educativas requer um pensar crítico e reflexivo a fim de reconhecer a realidade e propor ações transformadoras que auxiliem no protagonismo e emancipação do indivíduo enquanto sujeito histórico e social, com capacidade de sugerir e opinar nas decisões de saúde, no cuidar da família, de si e da comunidade (LIMA, 2017).

As mudanças decorrentes da globalização dos últimos tempos trazem para a sociedade a necessidade de adaptar-se, estando intrinsecamente ligadas à necessidade de evolução diante do processo saúde-doença. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma importante estratégia de disseminação de conhecimentos, além de representar uma ferramenta poderosa para a promoção da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Essa prática, quando voltada à orientação de condutas de primeiros socorros, assume um papel imprescindível com vistas a minimizar maiores danos e agravos, além de nortear quanto ao atendimento rápido e efetivo, tendo em

vista que a falta de conhecimento sobre essas condutas pode acarretar inúmeros problemas (SILVA *et al.*, 2018).

Portanto, implementar práticas educativas no contexto da saúde se torna inerente para melhorar estratégias de promoção da saúde, com ênfase no fortalecimento da disseminação de conhecimentos à população, a fim de reduzir a ocorrência de agravos e implementar práticas saudáveis.

Educando sobre primeiros socorros

Entende-se por primeiros socorros cuidados imediatos a indivíduos que sofreram um evento traumático ou mal súbito, que necessitam de uma assistência urgente e eficaz pela circunstância de seu estado ser ameaçador a vida. Nessas ocasiões, o socorrista, ou qualquer pessoa que se habilite a prestar socorro, deve evitar agravamentos, minimizar as sequelas e preservar a vida até a chegada da assistência especializada (ZONTA; EDUARDO; OKIDO, 2018).

As reações das pessoas diante de episódios inesperados de urgência e emergência costumam ser críticas, pois envolvem situações que podem evidenciar risco de vida, configurando-se como algo complexo para os indivíduos, embasado numa reação de forma impulsiva. Nesse cenário, a orientação e conscientização por meio das ações de educação em saúde emergem como fundamental estratégia para formação pessoal e coletiva da sociedade (COELHO, 2015).

No que concerne às práticas educativas em saúde sobre primeiros socorros, é imprescindível a utilização de metodologias ativas como ferramenta educativa para proporcionar uma concepção crítico-reflexivo, resultando no envolvimento do educando a buscar conhecimentos, a fim de solucionar problemas que são gerados durante a prática de ensino, sendo este o promotor da sua própria ação educativa (MACEDO *et al.*, 2018).

Essas práticas se mostram fundamentais para melhorar cada vez mais as condutas de ensino e, conseqüentemente, a participação e o autoconhecimento dos envolvidos a temáticas tão importantes, como a de primeiros socorros, pois as pessoas que se encontram em meio a situações desse tipo devem ter conhecimento prévio, mesmo que básico, sobre cuidados que preservem a integridade da vítima e o seu próprio autocuidado (SILVA *et al.*, 2017).

Diante desse panorama, educar sobre condutas adequadas de primeiros socorros é essencial, pois traz importantes benefícios ao cotidiano das pessoas,

por meio do empoderamento e confiança para agir efetivamente ante situações que ameacem o seu estado biopsicossocial. Destaca-se, ainda, a importância das atividades de extensão universitária como uma experiência pedagógica fortalecedora do processo ensino-aprendizagem, uma vez que permite aos envolvidos uma oportunidade de apropriar-se do conhecimento e seu compartilhamento junto à comunidade, permitindo a aproximação com a realidade e com o serviço de saúde.

Assim, é imprescindível que as práticas de educação continuada sejam frequentes para assumir com propriedade os conhecimentos em questão com o objetivo de disseminar, atualizar e desenvolver o protagonismo comunitário, trazendo consigo a bagagem essencial a ser o ponto de partida para a construção de uma sociedade moldada quanto às necessidades presentes no cotidiano da população.

O uso da extensão universitária como meio socioeducativo

O desenvolvimento de saberes, bem como a disseminação de práticas extensionistas, é uma necessidade constante para gerar discussões sobre o caráter de transformação que existe na extensão, sendo uma ferramenta importante na formação acadêmica e profissional dos estudantes de graduação.

A extensão, como um dos pilares nesse processo de formação, denota sua relevância no processo de interação social junto à comunidade. Nessa perspectiva, é compreendida como uma ação acadêmica que pressupõe a ligação entre a Universidade e a sociedade, sob formas de programas, projetos, cursos, eventos, publicações, entre outros. Enquanto atividade acadêmica, a extensão objetiva integrar ensino-pesquisa que viabilizem a prestação de serviços junto à comunidade, mediante a identificação das demandas sociais, produzindo comunicação entre os envolvidos a fim de desenvolver benefícios para ambos os lados (SANTOS; ROCHA; PESSAGLIO, 2016).

A extensão universitária configura-se por meio de valores educativos pautados em cunhos teóricos e científicos que visam disseminar conhecimentos do meio acadêmico, que se inserem no meio social. Essa inter-relação entre a universidade e a comunidade justifica-se pela imersão universitária em um contexto de realidades políticas, econômicas, sociais e culturais que viabilizam proporcionar a promoção, prevenção e recuperação de saúde (CARBONARI; PEREIRA, 2015).

Como auxílio para as atividades desenvolvidas nos projetos de extensão surgem, de modo inovador de repasse de conhecimentos, as metodologias ativas, as quais são instrumentos didático-interativos desenvolvidos e inseridos em uma perspectiva de ensino-aprendizagem de conteúdo, no intuito de promover uma melhor assimilação e absorção de conhecimentos referentes a diferentes temáticas durante as ações, como o uso de dinâmicas, jogos interativos, utilização de estações de aprendizagem, dentre outras estratégias (MORAN, 2015).

Nesse contexto, o uso e a realização de metodologias ativas enquanto método de ensino e aprendizagem, sobretudo nas abordagens de primeiros socorros, as quais englobam teoria e prática, possibilitam a promoção de uma melhor conectividade de condutas, que, quando aflorados por meio dos estímulos de conhecimentos decorrentes do uso de meios interativos, proporcionam melhor entendimento da importância das práticas dentro do cenário sociocultural em que os indivíduos estão inseridos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que busca destacar a importância das ações de educação em saúde sobre primeiros socorros realizadas por meio do projeto de extensão Jovens Socorristas: orientação das práticas adequadas de primeiros socorros, da Universidade Regional do Cariri – URCA, Unidade Descentralizada de Iguatu, Ceará.

O projeto Jovens Socorristas tem como objetivo promover o conhecimento e a capacitação pessoal no que se refere a medidas de prevenção de acidentes corriqueiros e de condutas básicas de primeiros socorros, sendo composto por 22 integrantes, dos quais 20 são acadêmicos do curso de enfermagem e dois são docentes da Universidade, sendo um coordenador e o outro colaborador do projeto. O processo seletivo acontece anualmente para que novos integrantes tenham a oportunidade de vivenciar a prática de extensão, dando continuidade e fortalecendo suas ações.

As ações extensionistas são realizadas em escolas públicas do município de Iguatu, numa frequência de quatro vezes por semana, conforme horários previamente estabelecidos, com atividades direcionadas a toda comunidade escolar, mas com ênfase no ensino fundamental, incluindo crianças e adolescentes de faixa etária entre 9 e 15 anos.

As ações são estabelecidas com base no diálogo, utilizando-se de linguagem clara e acessível, de modo que o público envolvido se integre de forma ativa nas ações e compreenda as temáticas abordadas, estimulando-os a agir de forma adequada diante de situações que envolvem primeiros socorros.

Os acadêmicos, ao se tornarem membros do projeto, passam por um período de capacitação e organização, de modo a se qualificarem e a desempenharem práticas pertinentes de educação em saúde, sendo realizadas atividades mensais de avaliação e de planejamento, com o intuito de fortalecer as ações desenvolvidas nas escolas, além de engrandecer o conhecimento e autonomia acadêmica dos integrantes do projeto.

Nesse sentido, as atividades de planejamento são realizadas com os próprios membros extensionistas, cujos grupos compartilham metodologias a serem aplicadas nas ações e as vivências desenvolvidas. São utilizadas estratégias pautadas em metodologias ativas a partir de dinâmicas, apresentação de situações problema e demonstração teórica-prática das condutas de primeiros socorros que envolvam o público, a fim de permitir uma interação satisfatória e participação eficaz de todos os envolvidos.

As metodologias utilizadas têm sido: jogo de dama humano; palavras cruzadas mudas; a caminho do conhecimento; o repolho; uso de cartolinas com gravuras demonstrando cenas situacionais para o desenvolvimento do problema representado em cena; e a utilização do recurso audiovisual e da demonstração de condutas em manequins.

RESULTADOS

A educação é uma ferramenta que deve estar intrinsecamente interligada no processo de desenvolvimento das pessoas, no seu âmbito individual e coletivo. Nesse cenário, as ações de educação em saúde sobre condutas adequadas de primeiros socorros por parte do projeto de extensão jovens socorristas surgem como ferramentas facilitadoras para o engrandecimento de todos os indivíduos envolvidos, respeitando o contexto social em que estão inseridos.

Por se tratar de uma prática importante a ser realizada para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da população, possibilita o empoderamento para o seu autocuidado e das pessoas de seu convívio. Logo, a abordagem em primeiros socorros demonstra grande relevância na área da saúde, partin-

do do pressuposto que estamos sujeitos a possíveis situações que possam ser ameaçadoras ao exercício da vida.

Existe, ainda, a necessidade da realização de ações de educação em saúde sobre primeiros socorros, partindo das ações associadas ao projeto, criado e orientado por uma docente da universidade, que busca capacitar e melhorar os conhecimentos dos indivíduos sobre as práticas de primeiros socorros, tendo em vista os impactos e a imperícia relacionada aos cuidados que podem fazer a diferença em situações de urgência e emergência.

Essas ações são aplicadas em escolas públicas de ensino fundamental, visando destacar a importância de orientações sobre as condutas adequadas de primeiros socorros, no âmbito em que os indivíduos já se encontram em processo de formação, sendo capazes de prevenir e atenuar acidentes, além de agir diante de acontecimentos inesperados para melhorar a situação da vítima que possa necessitar de cuidados imediatos. Dessa forma, proporciona a compreensão e capacidade em disseminar informações corretas sobre algumas condutas, resultando na diminuição de danos e colaborando para uma saúde estável.

Os sentimentos vivenciados pelos acadêmicos extensionistas durante as ações de educação em saúde revelam que há necessidade em manter essas atividades continuamente, uma vez que as experiências mostram que os profissionais que lecionam nas escolas têm um conhecimento limitado a respeito de condutas de primeiros socorros, o que acaba por dificultar práticas diante de situações necessárias, com a realização de condutas errôneas que podem prejudicar o caso.

Todavia, com a finalidade de reduzir agravos e, por consequência, ensinar de forma indireta a crianças e adolescentes condutas primordiais de primeiros socorros, surge a Lei Lucas Nº 13.722/2018, a qual institui que os profissionais do âmbito escolar devem ser capacitados e respaldados sobre ações básicas de socorro, visando ao zelo pela vida dos usuários do serviço, em sua maioria, o público infantil (BRASIL, 2018).

Assim, o projeto Jovens Socorristas busca fortalecer as práticas educativas no contexto escolar e na comunidade, destacando meios de prevenção e condutas adequadas de primeiros socorros, a fim de contribuir com a disseminação de conhecimentos dentro da sociedade em geral e permear práticas voltadas à manutenção da vida dentro da comunidade.

Essa disseminação traz ao público o benefício de se empoderar frente a casos que, por vezes, são negligenciados, decorrente da fragilidade de saberes. Então, faz-se necessário informar e ensinar como proceder diante de situações emergenciais, no intuito de reduzir agravamentos e os índices de mortalidade por acidentes e causas externas.

Por se tratar de comunidade escolar que inclui público infantojuvenil, vê-se a necessidade de realizar abordagens com base em metodologias ativas, buscando facilitar e inovar a forma de construir e contribuir na formulação de pensamento crítico e reflexivo sobre os assuntos discutidos, sendo essas metodologias compartilhadas previamente com o grupo antes do desenvolvimento da ação para a sua devida efetivação.

Nos encontros mensais que acontecem com o grupo, são realizadas apresentações com o uso de metodologias ativas com discussão de temáticas de primeiros socorros, tais como prevenção de acidentes corriqueiros, acionamento correto do socorro, reanimação cardiopulmonar, choque elétrico, acidentes com animais peçonhentos, dentre outros. Além disso, o grupo sempre mantém o cuidado de usar materiais acessíveis e de baixo custo, tendo em vista que o projeto não possui recurso financeiro para o seu desenvolvimento e os integrantes são voluntariados a participarem.

O uso do jogo de damas humano foi uma das primeiras metodologias pensadas a ser desenvolvida com os educandos. Em um tabuleiro de 20 casas, sendo 10 brancas e 10 pretas, confeccionado em material Tecido Não Tecido – TNT, dez participantes dividiram-se em dois times de cinco jogadores.. A atividade se desenvolveu a partir de perguntas sobre primeiros socorros em diversas situações. Com isso, foi possível identificar os conhecimentos que os participantes tinham sobre a temática, e, a partir dos acertos e erros, foi possível discutir pontos importantes e explicar as informações corretas, bem como o esclarecimento das dúvidas que surgiam.

Outra metodologia utilizada bem interessante foi a palavras-cruzadas mudas, feito com uma cartolina na qual se desenhou um diagrama de palavra-cruzada. Nesse diagrama está a palavra-chave escolhida sobre o tema de primeiros socorros a ser discutido; por exemplo, choque elétrico. São escritas, em pedaços de papel, as palavras a serem colocadas no diagrama. Em seguida uma pessoa visualiza essa palavra e realiza a mímica para que possam descobrir qual é a palavra relacionada ao choque elétrico a ser preenchida na cruzada.

Ao completar o diagrama, são elencados tópicos importantes a serem esclarecidos e as condutas corretas sobre primeiros socorros, e assim é desenvolvida a ação.

Uma metodologia bem conhecida é a do repolho, realizada para facilitar a fixação dos conhecimentos, em que é feita, inicialmente, a explanação de determinada temática e, posteriormente, realizada a dinâmica, usando música para descontração enquanto a bola de repolho é passada entre os participantes, sendo que várias folhas contemplam perguntas sobre o assunto discutido na ação. Quando a música é pausada, a pessoa que está com o repolho lê a pergunta e responde para todos ouvirem, podendo haver ajuda entre eles para a escolha da melhor resposta, e no caso de dúvidas, são respondidas de modo que facilite a compreensão do público-alvo.

A corrida de cones é outro método bastante eficaz para repasse de conhecimentos. A turma é circunscrita em três equipes para disputarem a vitória no jogo entre perguntas e respostas, em pistas confeccionadas com TNT de coloração azul, amarela e vermelha, e uma caixa preta contendo bolinhas das mesmas colorações de cada pista que será sorteada, proporcionando o avanço dos cones. O uso dessas ferramentas facilita o entendimento e induz curiosidades sobre os assuntos abordados, como a metodologia que tem como titulação “a caminho do conhecimento”, que faz alusão à caminhada até a chegada e ao conhecimento a partir das perguntas esclarecidas. É construído com TNT para fazer as casas do caminho até o final do jogo, e usam-se cartões com perguntas sobre determinado assunto. Os alunos são divididos em duas equipes, lideradas por um estudante para participar do jogo, utilizando-se um dado para sortear a quantidade de casas a se avançar pelo caminho e respondendo as perguntas ao cair em uma delas, destacando suas dúvidas, com maior interação entre os envolvidos, colaborando para o próprio conhecimento.

Percebe-se, portanto, que o público-alvo tem participado de forma satisfatória, tendo em vista que as ações abordam metodologias inovadoras que permitem o seu envolvimento e integração. Assim, ressalta-se que, para obter um resultado efetivo em ações de educação em saúde, faz-se imprescindível o uso de meios didático-interativos que estimulem o pensamento dos participantes frente a determinada temática, proporcionando uma melhor assimilação e compreensão do conteúdo abordado, tornando o processo educativo prazeroso, interativo e dinâmico.

DISCUSSÃO

A universidade está permeada por eixos importantes, tais como ensino, pesquisa e extensão, que permitem uma articulação transformadora no processo de formação, inclusive junto à sociedade, cuja extensão consiste em um processo científico educativo (MOIMAZ *et al.*, 2015).

As práticas de extensão têm como um de seus propósitos a propagação de ideias inovadoras e práticas que visem desenvolver competências específicas, sobretudo na área da saúde, gerando oportunidade de aprendizagem e reflexões conforme as distintas realidades (SILVA *et al.*, 2019).

É importante enfatizar as valorosas vivências que os serviços do Sistema Único de Saúde e da comunidade proporcionam para o desempenho de práticas extensionistas, uma vez que contribuem significativamente no processo de formação em saúde, haja vista que o estudante experimenta realidades que fazem parte do campo real, representando, portanto, um cenário singular para o aprendizado de todos os envolvidos, em consonância com os princípios do SUS (BISCARDE; SANTOS; SILVA, 2014).

Assim, para que se construa um cenário de aprendizado entre os envolvidos, é necessário que haja uma educação popular em saúde sobre o SUS, para que, a partir disso, sejam executadas ações educativas em várias dimensões do contexto da saúde e do SUS. A população, em sua maioria, não compreende a finalidade do SUS e o critica por muitas vezes precisar dele e o serviço não contribuir satisfatoriamente com suas necessidades, porém, deve ser orientada quanto aos seus direitos, principalmente na compreensão de que o Sistema de Saúde tem como principal meta oferecer a saúde como garantia para todos (RAIMONDI *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS-SUS destaca, como definições essenciais para a consolidação de democracia, igualdade e empenho justo perante as diversidades, a construção de conhecimentos para o cuidado à saúde, por meio de relações e compreensões interpessoal com:

Diálogo – compreendido, enquanto encontro intersubjetivo de conhecimentos construídos histórica e culturalmente; amorosidade – que envolve dimensões como acolhimento, afetividade e humanização, já em construção no SUS, não devendo ser confundida com sentimentalismo ou infantilização das relações de cuidado; problematização – que propõe a construção de relações dialógicas e de práticas em saúde, alicerçadas na leitura

e na análise crítica da realidade; construção compartilhada do conhecimento – entendida enquanto construção de práticas e de conhecimentos de forma participativa e criativa; emancipação – que envolve um processo coletivo e compartilhado de superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência; e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular – entendido enquanto compromisso com a construção de uma sociedade mais justa (PINHEIRO; BITTAR, 2016).

Destarte, é fundamental que os indivíduos consolidem os conhecimentos e fundamentos do Sistema de Saúde para que, a partir da educação em saúde, sejam desenvolvidas práticas de promoção e de prevenção dentro da comunidade, com vistas a minimizar a procura desnecessária pelo serviço, além de fortalecer a integração entre a comunidade, as instituições de ensino e os serviços de saúde.

A educação em saúde, nesse contexto, torna-se uma prática exercida com o intuito de fortalecer a responsabilidade individual e coletiva, com o cuidado em saúde e o desenvolvimento de técnicas para o aprimoramento de novas informações, mediante as diversas situações que os indivíduos se deparam cotidianamente (GOMES; SAUER; SILVA, 2017).

Corroborando com os demais autores, Gonçalves (2018) evidencia a educação em saúde como instrumento importante para a qualidade de vida, ressalva ainda a formação profissional na saúde, com enfoque de extrema relevância, nos de assistência dentro do SUS, a serem sensibilizados e despertarem a importância de conhecimentos coletivos para melhor prestar cuidados à população, pois, dessa forma, promove-se com mais facilidade a integração entre profissional, instituição e comunidade.

Com esses princípios, reflete significativamente a promoção da saúde, ofertada pelos profissionais em formação e profissionais da saúde, cabendo a eles buscarem práticas de educação que viabilizem a segurança e saúde dos indivíduos, compreendendo a importância de elencar primeiramente a educação permanente, para aprimorar, qualificar e atualizar-se dos cuidados e orientações destes, para posteriormente levarem aos indivíduos, conhecimentos e informações acerca do autocuidado à saúde e, conseqüentemente, da comunidade (CORTEZ; SOUZA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

O desenvolvimento das ações de educação em saúde sobre condutas adequadas de primeiros socorros por meio do uso de metodologias ativas tem se

mostrado bastante importante para melhorar o entendimento e aprendizado dos estudantes em formação, bem como da comunidade em geral. A junção dessas ferramentas dentro da temática facilita a interação e contribui para o processo de autoconhecimento e de ensino-aprendizagem.

Foi perceptível, durante as ações, que as metodologias utilizadas são diferenciais no aprendizado e melhoram a condução das atividades, uma vez que incentivam a interação e participação dos envolvidos nesse processo, tendo em vista que se sentiam à vontade para questionar e explorar dúvidas sobre o assunto. As dinâmicas, por sua vez, visavam o trabalho em equipe, garantindo a troca de informações a partir de suas próprias experiências na comunidade, na escola ou no próprio domicílio.

Assim, é essencial inserir práticas de extensão no processo de formação em saúde, uma vez que permite a aproximação com a comunidade, além de fortalecer o pensamento crítico-reflexivo e o uso de diversas metodologias que engrandecem a construção profissional e pessoal dos envolvidos, sendo essencial para empoderá-los para o seu próprio autocuidado, bem como dos indivíduos em seu convívio, permitindo a disseminação de conhecimentos importantes sobre no que condiz aos cuidados de primeiros socorros.

Torna-se pertinente, então, o desenvolvimento de práticas educativas na comunidade, como uma forma de promoção de saúde e de prevenção de doenças, tendo em vista que as atividades do projeto visam elucidar informações a respeito da prevenção de acidentes corriqueiros, bem como sobre a abordagem inicial diante de algumas situações.

Essas ações extensionistas fortalecem o processo de formação dos acadêmicos em enfermagem, tendo em vista o seu protagonismo no contexto da educação em saúde, aproximando a comunidade, universidade e o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que vários impactos são gerados mediante a execução dessas atividades no contexto do cuidado.

Nessa perspectiva, o efetivo conhecimento individual e coletivo proporciona para o âmbito da saúde uma sociedade consciente e capacitada, quanto às condutas adequadas em situações que regem os primeiros socorros, visto que a extensão universitária dos cursos da área da saúde, assim como as próprias instituições de saúde que prestam assistência, contribui para o repasse de in-

formações de relevância para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo princípios valorizados pela rede de atendimento à saúde da população, como a Atenção Primária à Saúde, centralizando-se nos princípios doutrinários do SUS, representando práticas essenciais no cuidado em saúde, em que uma sociedade devidamente capacitada é também uma comunidade resguardada.

REFERÊNCIAS

BISCARDE, D. G. S.; SANTOS, M. P.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface** - comunicação saúde educação; v. 18, n. 48, p.177-186, 2014.

BRASIL. Senado Federal. **Lei n. 13.722**, de 4 de outubro de 2018. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Brasília: Senado Federal, 2018.

CARBONARI, M. E. E; PEREIRA, A. C. A extensão universitária no Brasil, do assistencialismo a sustentabilidade. **Revista de Educação**, Itatiba, v. 10, n. 10, p. 23-28, 2015.

COELHO, J. P. S. L. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, Pub.7, Janeiro 2015.

CORTEZ, P. A; SOUZA, M. V. R. Menos profissionais, mais sujeitos: formação para a educação popular no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Ed. Popular**, v.16, n.2, p.27-37, Uberlândia, maio/ago, 2017.

GOMES, F; SAUER, A. G; SILVA, D. T. D. R. Educação em saúde como ferramenta na formação acadêmica: relato de experiência de atividade realizada durante o pet-saúde. **Semea UFFS**, 2017.

GONÇALVES, C. C. M. Educação em saúde pública – a missão da escola de saúde pública Dr. Jorge David Nasser em formar profissionais. **Rev. Saúde Pública**, de Mato Grosso do Sul, v.1, n.1, p.120-124, 2018.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino e aprendizagem. **Interface, comunicação saúde educação**. V. 21, n. 61, p. 421-34. 2017.

MACEDO, K. D. S.; ACOSTA, B. S.; SILVA, E. B.; SOUZA, N. S.; BECK, C. L. C.; SILVA, K. K. D. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, e20170435, 2018.

MOIMAZ, S. A. S.; BORDIN, D.; GOMES, A. M. P.; FADEL, C. B.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A. Extensão universitária na ótica de acadêmicos: o agente fomentador das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista da ABENO**, V. 15, n. 4p. 45-54, 2015.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**. v. 2. Proex/Uepg. 2015.

OLIVEIRA, M. R.; LEONEL, A. R. A; MONTEZELI, J. H.; GASTALDI, A. B.; MARTINS, E. A. P; CAVEIÃO, C. Concepção de graduandos de enfermagem sobre a prática de educação em saúde em primeiros socorros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 16, n. 2, mar-abr, p. 150-158, 2015.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**, v.18, n.1, p.77-82, Santa Cruz do Sul, jan./mar, 2016.

RAIMONDI, G. A.; PAULINO, D. B.; NETO, J. P. M.; DINIZ, L. F.; ROSA, G. F. C.; JUNIOR, V. L.; OLIVEIRA, L. N. LEONARDI, C. B. G. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v.42, n.2, p.72 – 78, 2018.

SANTOS, J. H. S.; ROCHA, B. F.; PASSAGLIO, K. T. Extensão Universitária e Formação no Ensino Superior. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 7, n. 1, p.23-28 jan. – jun. 2016.

SILVA, A. L. B.; SOUSA, S. C.; CHAVES, A. C. F.; SOUSA, S. G. C. *et al.* Importância da extensão universitária na formação profissional: projeto Canudos. **Revenferm UFPE online.**, v.13, 2019.

SILVA, D. P.; NUNES, J. B. B.; MOREIRA, R. T. F., COSTA L. C. Primeiros Socorros: Objeto de Educação em Saúde para Professores. **Rev. Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1444-1453, maio, 2018.

SILVA, L. G. S.; COSTA, J. B.; FURTADO, L. G. S.; TAVARES, J. B., COSTA, J. L. D. Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes no Ambiente Escolar: Intervenção em Unidade de Ensino. **Enferm. Foco**, v. 8, n. 3, p. 25-29, 2017.

ZONTA, J. B.; EDUARDO, A. H. A.; OKIDO A. C. C. Autoconfiança para o manejo inicial das intercorrências de saúde na escola: construção e validação de uma escala visual analógica. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

**PROJETO CANAL SAÚDE ON-LINE NA FORMAÇÃO
DE JUVENTUDES PROTAGONISTAS NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Natália Bastos Ferreira Tavares

Vinícius Rodrigues de Oliveira

Maria Luiza Santos Ferreira

John Carlos de Souza Leite

Aretha Feitosa de Araújo

INTRODUÇÃO

Para efetivação da saúde de jovens é necessário compreender que os comportamentos iniciados nessa idade são fundamentais para toda vida, porque repercutem nas próximas fases do ciclo vital, impactando o bem-estar e a saúde (BRASIL, 2010; COSTA *et al.*, 2015). Neste cenário, o uso de novas tecnologias de educação em saúde surge como um forte instrumento dos profissionais de saúde e estudantes nas ações de ensino, pesquisa e extensão.

Acerca da extensão universitária, elucida-se sua constituição como parte relevante no processo formativo dos enfermeiros. Essas ações estão diretamente ligadas a um trabalho de educação para promoção da saúde, sendo necessário incorporar novas maneiras, arranjos e linguagens que atendam às reais necessidades as quais os mais diversos públicos estão inseridos (NOBRE *et al.*, 2017; SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a educação para o cuidado em saúde constitui-se como parte do objeto de trabalho do(a) enfermeiro(a), considerando sua capacidade de transformação e efeitos na prática social, sobretudo, na saúde coletiva. Para exercer essa prática que hospeda este objeto, o profissional necessita entender suas multidimensionalidades, seu caráter mutável e a potencialidade das ferramentas disponíveis, bem como o contexto em que permeia a produção desse tipo de cuidado, pois visa ao seu desenvolvimento com qualidade (BACKES *et al.*, 2012).

Associado ao cuidar educativo temos a dimensão ética e comunicativa, que se ancora em dois eixos permeando o cuidado em saúde, o tecnológico e o

subjetivo, que necessitam ser produzidos conjuntamente, tendo em vista que a ação do cuidar seja objetivada pela integralidade do ser humano.

Os jovens, por sua vez, têm se apropriado do espaço digital como meio para o diálogo em saúde na escola e em outros ambientes fora dela. No entanto, o profissional de saúde e estudantes da área devem dispor de artifícios que busquem o envolvimento do público jovem nos serviços de saúde, trazendo para um novo foco sem lhe tirar do seu meio de interesses (TORRES *et al.*, 2019).

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) firmam-se como um instrumento útil e cativante para os jovens, em que é possível estabelecer discussões produtivas em uma gama de situações, proporcionando elaboração de circunstâncias para construir conhecimento. Dessa forma, o uso de metodologias de cunho educativas tecnológicas é totalmente indicado, pois quando utilizada da forma adequada, proporciona ao adolescente ampliação e/ou aquisição de saberes (VALENTE, 2014).

Nesse universo, as mídias digitais, como é o caso da ferramenta da Web Rádio AJIR, tem mediado esse processo de educação em saúde, favorecendo a aproximação dos serviços de saúde aos jovens e às escolas, com temas problemas da atualidade na saúde no Brasil (TORRES, 2012).

É pertinente justificar que escolhemos os termos jovens e juventudes, ao invés de adolescentes e adolescência, devido à inconsistência em suas definições com base na faixa etária. Concernente à adolescência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera pertencentes a essa faixa os indivíduos 12 a 18 anos, enquanto o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) de 10 a 19 anos; já para jovens e juventude, o Conselho Nacional de Juventude (Conjuve) determina de 15 a 29 anos.

Este estudo tem como objetivo descrever as experiências do projeto de extensão “Canal saúde on-line no cuidado educativo com as juventudes”, realizado por estudantes da Universidade Regional do Cariri, em Iguatu-CE, e sua relevância para a formação de juventudes protagonistas do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

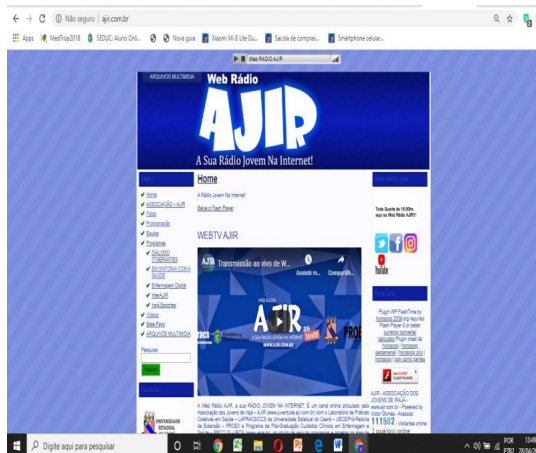
O projeto *Canal saúde on-line no cuidado educativo com as juventudes* tem por objetivo analisar e produzir saberes em saúde a partir dos diálogos das juventudes sobre cuidados em saúde por meio de uma tecnologia da informação

e comunicação. Está vinculado ao curso de Enfermagem e à Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Regional do Cariri (URCA), e se consolida por meio da parceria com a Web Rádio AJIR e da sua articulação pelo Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS/CCS), da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

A Web Rádio, emissora on-line da Associação dos Jovens de Irajá, distrito de Hidrolândia/CE, é uma ferramenta que produz e veicula conteúdos acerca de temáticas ligadas à educação, saúde e outras áreas. O canal transmite o programa denominado “Em Sintonia com a Saúde - S@S”, sendo este o programa âncora da emissora digital. A Web Rádio AJIR é hoje um canal digital que incorpora na sua grade programas on-line, propagando discussão acerca de temáticas voltadas à educação em saúde, tendo como protagonistas os jovens estudantes de escolas públicas.

A parceria entre duas instituições de ensino superior traz aos jovens estudantes de Iguatu - CE uma ferramenta tecnológica que dialoga vários temas em saúde. Cada assunto é debatido por meio de sessões/programas, transmitidos semanalmente, todas às quartas-feiras, das 16h00 às 17h00. Para cada tema, são convidados profissionais especialistas na área, que conversam e interagem com os jovens, por meio do link www.ajir.com.br e dos seus demais canais de acesso: *Twitter*: @radioajir, *Skype* (MSN) 01: web rádio ajir, *Skype* 02: radioajir, *Facebook*: Web Rádio AJIR e Mural de Recados do site e blog www.juventude.ajir.com.br e do *Whatsapp*.

Figura 1 – Site da Web Rádio AJIR. Iguatu, 2020



Fonte: <http://www.ajir.com.br/>

Mais especificamente acerca do projeto *Canal saúde on-line no cuidado educativo com as juventudes*, a equipe é composta por três professores, sendo um coordenador e dois colaboradores, todos docentes do curso de graduação em enfermagem. Junto a estes, quatro extensionistas de dois cursos de graduação: direito e enfermagem. As ações tiveram início no segundo semestre do ano de 2018 (2018.2) e conta, até hoje, com a participação das juventudes da Escola Estadual de Educação Profissional - E.E.E.P. Amélia Figueiredo de Lavor e da URCA. A escola oferta três cursos técnicos, administração, informática e enfermagem, todos com representatividade no projeto, com ações que atendem, em média, 15 alunos, enquanto na URCA o projeto estabelece parcerias com os docentes que solicitam as exibições como parte de uma metodologia ativa no processo ensino-aprendizagem, em parceria com o Grupo de Debates e Estudos em Saúde Coletiva (GDESCO), atendendo, em média, 40 alunos.

Os assuntos abordados durante os programas focam nas necessidades de saúde dos jovens que, consequentemente, são demandas do SUS, abrindo espaços para interlocução com outras demandas reais de suas vidas, como gravidez não planejada, uso de entorpecentes, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e AIDs, convivência pacífica e tolerância. Ademais, são retratados temas que estão importantes para saúde e bem-estar da sociedade em geral, como diabetes mellitus, dengue, coronavírus (COVID-19), dentre outros.

Figura 2 – Programas exibidos pela Web Rádio AJIR. Iguatu, 2020



Fonte: Mídias sociais da Web Rádio AJIR, 2020.

Os jovens têm contato com as temáticas do programa na semana que o antecede, pois são lançadas previamente, permitindo aos participantes pesquisarem sobre o tema, e durante a exibição sanarem suas dúvidas. Ao iniciar o programa, é lançada a pergunta-âncora, que aborda sobre o assunto que será discutido, sendo uma forma de estimular o engajamento dos jovens, haja vista que, ao final, alguns estudantes que a responderam, recebem uma premiação.

No decorrer do programa, os participantes lançam dúvidas acerca da temática abordada, que são enviadas ao estúdio da Web Rádio Ajir, na cidade de Fortaleza-CE, pelos mediadores – no caso, os extensionistas do projeto. As dúvidas podem ser sanadas por profissionais habilitados sem que os jovens se sintam intimidados.

Pelas perguntas, observa-se o interesse dos jovens em conhecer e se aprofundar sobre o assunto, evidenciando a importância da presença de profissionais da saúde no âmbito escolar, o que permite desconstrução de mitos e informações incoerentes de saúde, bem como sua propagação. O programa é exibido em várias regiões do Ceará, possibilitando a interação entre os jovens de diversas realidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É cabível reinventar as maneiras de produzir conhecimento no cenário atual da sociedade. As TICs constituem importantes meios pelos quais a informação chega a um considerável número de pessoas, em vários lugares, de maneira rápida e de fácil acesso. Por isso, podem ser utilizadas de forma educacional, inclusive no contexto das juventudes.

No debate sobre a necessidade de alteração das práticas pedagógicas, as TICs têm sido citadas como significativas metodologias de inovação. Segundo Perim, Struchiner e Gianella (2013), estas cada vez mais fazem parte do dia a dia da sociedade, sendo parte integrante da realidade de vários jovens. Assim, torna-se pertinente refletir sobre a sua utilização para fins educacionais e como o jovem se apropria dessa tecnologia na construção do seu conhecimento e práticas pessoais.

A forma com que se utiliza a Web Rádio permite aos jovens a construção de saberes e a interação entre eles, ao passo que estes têm utilizado a internet como um mecanismo de diálogos para estabelecerem relações e fabricarem conhecimento. Sendo assim, o canal de comunicação digital desperta nos alunos um olhar mais abrangente para o conhecimento sob a óptica da união de outras estratégias que ultrapassam o modelo curativista e biologicista de se

pensar e fazer saúde, algo que se caracteriza em uma clínica ampliada, tendo como bases computador e a internet (TORRES *et al.*, 2015).

A equipe do projeto é formada por integrantes que dominam o manuseio das TICs, fator essencial que faz com que a transmissão seja de qualidade para os estudantes da instituição, haja vista a necessidade de disponibilizar a mídia para os estudantes e fazer o intermédio de comunicação entre eles e o estúdio da Web Rádio Ajir.

Para Grossi, Gonçalves e Tufy (2014), quando as TICs são bem articuladas, seja em qual for o ambiente, representam um valioso auxílio para a aprendizagem. Assim, os mediadores podem orientar, inovar o processo de reflexão, ajudar a formar um cidadão crítico, participativo nas ações sociais, no que diz respeito à saúde, participativo nas ações sanitárias e de cuidado individual e coletivo.

No meio educacional, a implantação das TICs pode acontecer por meio de atividades de extensão. O Projeto *Canal Saúde On-line*, mediante a parceria com a Web Rádio AJIR, é mais uma forma de utilização dessas tecnologias dentro da instituição, sendo implementado no município de Iguatu, no Ceará, por meio de novas e diversificadas formas de aprender e cuidar da saúde, que favorecem a autonomia e o autocuidado dos jovens.

A inserção de projetos que insiram as TICs no ambiente escolar possui suas potencialidades, como integrar um objeto de realização consistente, produzir algum resultado no ambiente, assegurar-se em uma nova abordagem dos saberes, possibilitar uma nova concepção de avaliação, colocar-se como um estímulo para os alunos e ter enfoque coletivo (MITRE *et al.*, 2008).

A escolha pela abordagem semanal de temáticas socialmente atuais, relacionadas tanto à saúde dos jovens quanto à população em geral, contribuiu significativamente para a integração e participação dos estudantes, o que vai de encontro ao que Mitre *et al.* (2008) trazem em seu estudo, quando afirmam que a atividade executada com o objetivo de ensinar deve ser apreciada por todos os envolvidos. Existem duas vertentes para a construção da aprendizagem significativa: a disponibilização de conteúdo potencialmente significativo e a maneira como se comportar para que essa aprendizagem aconteça, ou seja, a postura do estudante que possibilita o estabelecimento de semelhanças entre os elementos prévios, já presentes em sua estrutura cognitiva e o conteúdo novo.

Assim, a estratégia empregada contribuiu para organizar os conteúdos trabalhados, por meio da reflexão sobre os referenciais teóricos apresentados, promovendo o pensamento reflexivo e crítico. Nesse sentido, espera-se que a

utilização das tecnologias da informação e comunicação auxiliem no conhecimento das demandas sociais e subjetivas dos jovens, ajudando na potencialização das ações das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará.

A parceria entre as duas instituições de ensino superior demonstra a importância do trabalho em grupo e da responsabilidade social assumida por ambas para beneficiar o público que acessa o conteúdo do Programa em Sintonia com a Saúde. Quando órgãos trabalham em conjunto em um projeto pedagógico social há benefícios mútuos, fortalecendo os compromissos construídos e o desenvolvimento educacional dos atores sociais que integram o sistema.

O trabalho em conjunto entre instituições de ensino superior é relevante dentro do ambiente escolar, pois torna as ações coletivas mais eficientes, conecta os variados segmentos existentes na escola e fortalece a articulação e a parceria entre colaboradores, além de estabelecer vínculos entre a classe facilitadora e a estudantil (ANDRADE *et al.*, 2014).

Dentre os fatores que levam ao alcance de objetivos na execução do projeto destacam-se a boa relação entre os membros das instituições de ensino e a atuação organizada e constante. Portanto, a cooperação estabelecida para a realização do Projeto Canal Saúde On-line é um indutor do entendimento do comportamento da juventude frente a sua saúde e possível espaço para o encorajamento a mudança de paradigmas. Além disso, existem posturas assumidas pelos membros articuladores do projeto das duas instituições para que a parceria seja frutífera, dentre elas o compromisso de levar a informação com responsabilidade e a ideia de igualdade, reconhecendo a importância de cada sujeito envolvido e excluindo a ideia de superioridade dentro da equipe.

A respeito da relevância do projeto para o cenário do SUS, destaca-se a formação dos indivíduos, que, quando aliada a ações que estimulam a cidadania, são parte valiosa para obtenção de espaços democráticos e direitos sociais, dentre eles, a saúde. Assim, esses indivíduos são mais propensos a desenvolverem uma maior participação ativa no SUS (COELHO, 2012).

Ainda na esfera do SUS, sabe-se da baixa assiduidade dos jovens nas instituições de saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os serviços prestados pautam-se na prevenção de agravos à saúde. Desse modo, as juventudes buscam predominante, como fonte de informação, amigos e parentes que fazem parte de seu convívio, e pouco ou não utilizam como fonte os profissionais de saúde; e essa situação pode estar associada ao medo de

juízo ou falta de confidencialidade, principalmente, ao se tratar de assuntos íntimos (MOURA; GOMES, 2014).

A confiança e o vínculo que o usuário do SUS estabelece com os profissionais de saúde são fundamentais para o êxito no cuidado (ILHA *et al.*, 2014). No contexto do projeto, esses sentimentos se materializam na figura do extensionista, que é uma pessoa jovem e deixa os jovens livres para se expressar. Ressalta-se que as exposições apresentam uma linguagem acessível aos jovens, o que é essencial, pois, segundo Azevedo e Costa (2015), para que uma ação em saúde seja bem-sucedida, a linguagem e abordagem devem ser de fácil compreensão ao público, permitindo que absorvam os conhecimentos necessários e desenvolvam competências esperadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Por intermédio deste projeto, Canal saúde on-line no cuidado educativo com as juventudes, compreendemos a tecnologia como mais um recurso que potencializa e possibilita à juventude ampliar o seu repertório em busca do conhecimento, de forma inovadora e atraente, que faz esse público motivar-se ainda mais pelo gosto ao ensino.

A participação ativa dos jovens escolares mediante o programa Em Sintonia com a Saúde viabiliza uma aproximação bem maior com o contexto da saúde, introduzindo de forma inovadora o aprendizado, motivando o jovem a dialogar e a discutir temas ligados a sua saúde. Com o uso da Web Rádio como ferramenta de interação entre jovens do Ceará, teremos uma visão ampliada de saúde, podendo disseminar esse pensamento pelos territórios nos quais o trabalho vivo se concebe mediado pelas TICs, aqui representada pela Web Rádio.

Nessa lógica, os jovens são estimulados a refletir sobre suas histórias, aspectos intrínsecos, indissociados dos territórios, ao mesmo tempo em que são compreendidos à totalidade do ser considerando seus familiares, vizinhos, amigos, religiosidade, determinantes sociais de saúde. Isso estimula envolvimento das juventudes com sua saúde e com o bem-estar dos demais, tornando-os protagonistas do SUS e disseminadores de saberes de saúde legítimos no corpo social que os abriga.

Além disso, é conhecida a dificuldade de inserção dos jovens dos serviços de saúde, principalmente em nível de cuidados primários, o que torna esse

público mais susceptível a iniquidades. Assim, quando levamos programas que sinalizam as necessidades dos adolescentes, estamos produzindo e fortalecendo as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças pregadas no âmbito do SUS.

Os extensionistas e futuros profissionais de saúde adquirem habilidades para lidar com jovens, contornando desafios que porventura venham a surgir durante o processo de cuidado, o que torna o corpo de profissionais do SUS mais robusto e qualificado pela busca constante de conhecimentos como processo permanente de descobertas para um novo pensar, agir e atuar na saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. R. *et al.* Cooperação e relacionamento entre instituições de ensino e serviço de saúde: O Pró-Saúde Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 160-6, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3c70/14d4e5d523df7214481d399685273cebb796.pdf>. Acesso em 29 abr. 2020.

AZEVEDO, B. A. R.; COSTA, E. G. **Educação em Saúde Realizada por Enfermeiro na Saúde Pública**. 2015. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

COSTA, R. F. *et al.* Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev Esc Enferm USP**, v.49,

n.5, p. 741-747, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500741&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2020.

GROSSI, M. G. R. G.; GONÇALVES, C. F.; TUFY, S. P. Um panorama das tecnologias digitais da informação e comunicação na educação: desafios, habilidades e incentivos estatais. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 32, n. 2, 645-665, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2014v32n2p645/30073>. Acesso em 29 abr. 2020.

ILHA, S.; DIAS, M. V.; BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556 - 562, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661>. Acesso em 30 abr. 2020.

MITRE, S. M *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2008.v13suppl2/2133-2144/pt>. Acesso em 29 abr. 2020.

MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n.03, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n3/853-863/>. Acesso em 30 abr. 2020.

NOBRE, R. S.; MOURA, J. R. A.; BRITO, G. R.; GUIMARÃES, M. R.; SILVA, A. R. V. Vivenciando a extensão universitária através de ações de educação em saúde no contexto escolar. **Rev. APS**, v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15703>. Acesso em: 28 abr. 2020.

PERIM, C. M.; STRUCHINER, M.; GIANELLA, T. R. **Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação na educação em saúde na escola**: análise do uso de um jogo voltado para adolescentes. Laboratório de Tecnologias Cognitivas - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Disponível em: <https://brie.org/pub/index.php/wie/article/view/2630/2284>. Acesso em 29 abr. 2020.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S.; SANTOS, E.N.B.; WHITAKER, M. C. O.; SOUSA, B. V. N.; CAMARGO, C. L. Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www>.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100701&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2020.

TORRES, R. A. M.; ABREU, L. D. P.; ARAÚJO, A. F.; VERAS, K. C. B. B.; OLIVEIRA, G. R., TAVARES, N. B. F. *et al.* Promotion of webcare in nursing through a WebRadio: knowledge of schoolageyouthon collective health themes. **Int J Develop Res.**, v. 9, n.2, p. 25661-6, 2019. Disponível em: <http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/15243.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

TORRES, R. A. M.; FREITAS, G. H.; VIEIRA, D. V. F.; TORRES, A. L. M. M.; SILVA, L. M. S. Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização de uma web- rádio como estratégia pedagógica. **J. Health Inform.**, v. 4, p.152-6, 2012. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/248/137>. Acesso em: 28 abr. 2020.

TORRES, R. A. M.; SILVA, M. A. M.; BEZERRA, A. E. M.; ABREU, L. D. P.; MENDONÇA, G. M. M. Comunicação em saúde: uso de uma web rádio com escolares. **J. Health Inform.**, v. 7, n. 2, p. 58-61. 2015 Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/325/233>. Acesso em: 30 abr. 2020.

VALENTE, J. A. A. Comunicação e a Educação baseada no uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação. **Revista UNIFESO – Humanas e Sociais**, v. 1, n. 1, p. 141-166. 2014. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/revistaunifesohumanasesociais/articl%20e/view/17/2%204>. Acesso em: 28 abr. 2020.

**PERCEPÇÕES DOCENTES SOBRE AS TECNOLOGIAS
DIGITAIS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TDIC)
NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Laís Barreto de Brito Gonçalves

Antonio Germane Alves Pinto

Rauana dos Santos Faustino

Joice Fabrício de Souza

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

INTRODUÇÃO

As Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) têm se tornando essenciais às práticas educacionais. A aprendizagem no século XXI precisa estar articulada com uma geração que passa a maior parte do tempo na internet vivenciando experiências, deslocamentos e interações em diferentes espaços virtuais. Logo, o processo educativo precisa considerar as comunicações formais, as mais abertas e espontâneas, os ambientes presenciais e, sobretudo, os virtuais (LIMA, 2018). As TDIC permeiam toda a sociedade e, na Educação, apresentam contribuições valiosas voltadas para a promoção do aprendizado, uma vez que mediam de forma ativa a interação entre estudante e professor, contribuindo assim para uma aprendizagem significativa (SELWYN, 2017).

Diante desta perspectiva, Silva (2018) enfoca as TDIC como metodologias que despertam no educando a capacidade de tomar decisões e ser responsável pelo seu próprio aprendizado, visto que desempenha um papel significativo na sociedade e, por essa razão, corrobora com a educação científica e formação atual dos estudantes. Para Lima (2018, p. 17), “a contemporaneidade não comporta mais a escola padronizada e compartimentada, o professor centralizador do processo ensino-aprendizagem, o aluno depósito de informação”.

Para que a tecnologia contribua com o fazer pedagógico, Silva e Novello (2020) apontam que é necessária a compreensão acerca das potencialidades dos recursos tecnológicos para que assim seja possível a modificação do ensinar e do aprender. O ensino e a aprendizagem podem ser facilitados com a

utilização de diversas estratégias pedagógicas, por meio das quais o aluno pode ter a oportunidade de desenvolver habilidades em ambientes de aprendizagem adequados às suas necessidades de aprendizado (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Para Araújo *et al.* (2018), os docentes precisam apropriar-se de estratégias de ensino que extrapolem a transmissão de conhecimento, despertando a consciência crítica no aluno. Na Enfermagem, a formação do profissional deve privilegiar situações de aprendizagem, concebendo atitudes criativas, críticas e transformadoras capazes de fomentar maior reflexão sobre as práticas de ensino-aprendizagem. Além disso, o processo de formação na Enfermagem precisa dialogar com o mercado de trabalho e as demandas do sistema de saúde, a fim de garantir inovação para o cuidado e atuação crítica e reflexiva do profissional.

Na área da saúde, as TDIC têm sido incorporadas sob diferentes perspectivas e demandam dos profissionais conhecimentos e habilidades necessárias para um uso crítico e contextualizado a cada realidade. No campo do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), exemplos da incorporação das tecnologias são os prontuários eletrônicos, os sistemas de informação em saúde, as plataformas de educação permanente em saúde, como a Universidade Aberta do SUS (TORRES *et al.*, 2012). Nesse sentido, esse novo cenário de integração das TDIC nos serviços de saúde requer profissionais que atuem como educadores, que promovam a ampliação da acessibilidade dos usuários aos serviços e utilizem as tecnologias como aliadas à qualificação do seu trabalho (MOTA *et al.*, 2018).

Dialogando com as demandas de formação da atualidade, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, desenvolvendo um perfil generalista, humanístico, crítico e reflexivo (BRASIL, 2001). Para tanto, deve-se investir em uma formação que coloque o educando como figura central do processo educativo, a partir da integração de propostas pedagógicas ativas, como a integração de tecnologias digitais.

Em uma revisão da literatura apresentada por Santos *et al.* (2018) sobre as estratégias didáticas utilizadas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem, foram apontadas diversas metodologias, destacando as estratégias que possibilitam a articulação entre teoria e prática, tais como: planeja-

mento estratégico situacional, metodologia da problematização com o método do Arco de Maguerez, seminários, oficinas e exposições dialogadas interativas. Nas metodologias ativas, o processo educativo visa à construção do conhecimento, e não somente a mera transmissão, como na metodologia tradicional. O professor atua como mediador: problematiza o conteúdo, faz perguntas, intervém nas atividades discentes, dialoga, aprende ao ensinar (ALTHAUS; BAGIO, 2017). Franzoi e Silveira (2018) abordam tecnologias digitais, tais como vídeos, blogs, páginas em redes sociais e cartilha digital para a tradução e comunicação de conhecimento científico desenvolvido em uma disciplina de graduação do curso de Enfermagem. Os autores consideraram a experiência exitosa por ter viabilizado a produção e divulgação de conhecimentos científicos de Enfermagem por meio do uso de tecnologias digitais criativas e interativas para com a comunidade externa, o que evoca a responsabilidade e compromisso social das Instituições de Ensino.

Os dispositivos, hoje disponibilizados pela rede digital de comunicação, possibilitam a criação de formas sociais e comunicativas inovadoras que surgem pelo uso intenso das tecnologias digitais. Nesse sentido, é preciso compreender a tecnologia como ferramenta para integrar, otimizar e promover alternativas de ensino e aprendizado (BARBOSA, 2016). Considerando as necessidades do aprimoramento do ensino e aprendizagem por meio de ferramentas metodológicas de ensino, este estudo teve como objetivo conhecer as percepções docentes sobre as TDIC na formação em Enfermagem.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, do tipo exploratória, com abordagem qualitativa, resultado de um recorte da pesquisa intitulada “*Tecnologias digitais de informação e comunicação no processo de ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem*”, tendo como objetivo investigar o uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) em práticas pedagógicas de docentes em um curso de Graduação em Enfermagem. Realizada com nove docentes, substitutos e efetivos, lotados no Departamento de Enfermagem de uma universidade pública localizada na região do Cariri, Ceará, Brasil, no período de agosto a novembro de 2018.

A estrutura curricular do curso é dividida em três grandes áreas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem,

sendo a última subdividida em quatro áreas de conhecimento: Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM, 2017). Os participantes do estudo estavam lotados em diferentes áreas de conhecimento: Ciências biológicas e da Saúde e Ciências da Enfermagem, mais especificamente nas áreas Assistência de Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem e Ensino de Enfermagem.

Para a produção dos dados, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado e analisadas seguindo o método de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). As entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos participantes do estudo e seguiram um roteiro elaborado previamente.

A pesquisa seguiu todas as recomendações e princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), com parecer favorável, sob o nº 2.336.508/2017, com Emenda, nº 2.895.655/2018. Com o intuito de garantir o anonimato dos entrevistados, foram utilizados os seguintes códigos: Prof. 01, Prof. 02 ... Prof. 09.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, é apresentada a análise dos resultados, organizada em uma categoria analítica e discutida a partir do referencial teórico que orientou esta pesquisa. Para tanto, os dados descritos fazem parte de uma categoria específica que aborda as percepções dos docentes acerca do *Conhecimento sobre as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação na Formação em Enfermagem*.

Conhecer as TDIC amplia as possibilidades de integração na prática pedagógica, reestrutura e ramifica a produção do conhecimento e o acesso à informação. Para os docentes entrevistados, as TDIC podem ser um meio, uma técnica, um processo, um instrumento, que não se restringe à informática ou às telecomunicações, mas representa um leque de possibilidades para subsidiar o ensino, a pesquisa e a extensão. No entanto, para o Prof. 02 ainda existe uma visão muito limitada do que seriam essas tecnologias e como integrá-las na prática educativa.

É que elas são reais em terno de ocorrência, mas não de uso [...] as tecnologias digitais de informação e comunicação elas trazem uma abertura maior e mais rápida ao conhecimento (Prof. 01).

[...] porque a gente muitas vezes tem uma visão limitada do que seria tecnologia [...] a tecnologia ela pode ser um meio, uma técnica, um processo, um instrumento, então existem várias possibilidades que podem ser desenvolvidas [...], não só nessa visão limitada de que a tecnologia seria uma coisa voltada pra informática também [...], ou pra telecomunicações, mas que seria um contexto muito mais amplo que abarca um conjunto de dados, de informação, que precisa de um processamento, de uma análise, que possa subsidiar aquilo que você está propondo, ou no ensino, na pesquisa, na extensão [...] (Prof. 02).

As tecnologias recriam percepções, dialogam com a troca de ideias e possibilidades de ensino a partir das interações entre os sujeitos. Assim, a incorporação dessas ferramentas pode nortear a prática de ensino, oferecendo novas experiências aos sujeitos envolvidos e proporcionando significados quanto ao entendimento sobre a utilidade das TDIC. Para alguns professores, o conhecimento acerca dessas tecnologias é algo recente, que surge a partir de um processo de educação continuada.

[...] o conhecimento sobre tecnologia da informação pra mim é novo, e, advém de um curso de formação docente, que a própria universidade tem proporcionado [...], e nesse processo de formação uma das temáticas tratadas foi sobre tecnologias na área do ensino, e aí a gente entendeu como tecnologia a utilização de aparatos que pudessem nos ajudar no nosso processo de ensino[...] (Prof. 06).

As TDIC fazem parte do universo dos alunos. Com a difusão da era digital, as tecnologias digitais assumem um papel de ressignificação dentro de um contexto educacional. Tendo em vista que o conhecimento sobre essas tecnologias advém dos próprios alunos, a aprendizagem torna-se simultânea entre professor e aluno. “A internet, os espaços virtuais, os jogos digitais, o manuseio do mouse e os deslocamentos imediatos tornaram as condições motoras das pessoas cada vez mais rápidas e fluidas. As experiências dos nativos digitais resultaram novos e diferentes modelos mentais” (LIMA, 2018, p. 21). Logo, a educação precisa acompanhar a mesma dinâmica, oferecendo oportu-

tunidades de aprendizagem que dialoguem com essa cultura digital.

[...] Todos eles (alunos) hoje, ou a maior parte deles utilizam-se de ferramentas na construção de seminários, nós temos essa página no Instagram, e cada postagem que os alunos fazem, utilizam um programa diferente pra postar [...] Então hoje eu descobri o programa Canva, que cria um layout pra divulgar as postagens, então eles já colocaram aqui [...], eles estão me apresentando o que eles encontram de soluções para o processo de ensino-aprendizagem utilizando essas tecnologias. O outro utiliza Flashcards, tudo são ferramentas digitais que eles estão lançando mão, e eu estímulo, eles vão atrás e apresenta isso tudo, então eu digo que estou aprendendo com eles nesse processo, mas tô (sic) buscando inteirar (Prof. 06).

As tecnologias digitais são caracterizadas como estratégias que promovem a implementação de novas práticas de ensino, contribuindo na mediação de processos, sendo alternativas que trazem benefícios em relação aos limites temporais e geográficos. Conforme destacam Palácio, Gonçalves e Struchiner (2019, p. 338), “A integração das TDIC no ensino da saúde oferece opções de trabalho que tendem a se distanciar de uma prática tradicional, uma vez que recursos como um AVA, um blog ou uma rede social sugerem um novo tipo de interação e de produção de conhecimento”. No entanto, são consideradas desafiadoras pela necessidade de um maior conhecimento e integração a uma proposta pedagógica que possa explorar suas potencialidades.

[...] tecnologias de ensino e aprendizagem que se coloca como desafiadoras para trazer outra linguagem dentro do campo tanto da informação como da comunicação. Especificamente dentro do campo da saúde, hoje a gente tem visto bastante a utilização dela e a sua mediação de processos, uma vez que ela acaba trazendo vários benefícios quando diz dos limites temporais, geográficos, e acabam sendo oportunas nesse sentido (Prof. 08).

Para o Prof. 09, as TDIC são recursos dinâmicos que assumem a característica de transformar o processo de ensino-aprendizagem. Com elas, novas formas de se trabalhar determinados conteúdos podem ser implementadas. E integrá-las ao ensino é considerado uma opção quando se pretende aproximar os alunos da realidade que encontrarão na prática assistencial da enfermagem.

Na visão de Prof. 03, as TDIC são recursos indispensáveis para a prática assistencial do enfermeiro, como exemplo os sistemas de informação e os softwares para sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

[...] as tecnologias digitais de informação e comunicação são os recursos pedagógicos essenciais para a dinamização e enriquecimento dos conhecimentos dos educandos sob minha supervisão (Prof. 09).

De tecnologia mesmo eu vim visualizar mesmo depois que eu tô (sic) formada, aqui onde eu trabalho hoje tem um hospital que tem bastante tecnologias, desde sistema de informação do paciente, do cadastro de paciente, até os equipamentos, todos hoje são da parte digital mesmo [...] (Prof. 03).

No contexto do trabalho do profissional de enfermagem, a integração das TDIC contribui para a inovação e mudança de práticas que permitem maior integração entre os serviços de saúde e recursos disponíveis no SUS. Neste sentido, a apropriação dessas tecnologias pode ser pensada como meios de transpor problemas, de forma rápida e eficiente, valorizando a colaboração e a autonomia (MOTA *et al.*, 2018).

No ensino de Enfermagem, as tecnologias são vistas a partir do seu potencial de ampliar as possibilidades de ensinar e aprender em diferentes contextos e para responder às demandas de aprendizagem dessa geração digital. Além disso, favorecem a interação e o vínculo entre alunos e professores.

As tecnologias digitais elas funcionam como uma estratégia, uma ferramenta na verdade que você pode utilizar em qualquer área do conhecimento, e especificamente no ensino pode ser um coadjuvante, ou pode ser uma ferramenta que pode contribuir com o processo de ensinar, de aprender, de dar feedback, de materiais né, pra você ter esse vínculo entre o aluno de uma forma mais virtual e que possa você estar mandando textos, recebendo os relatórios, tudo em meio digital (Prof. 07).

Então eu percebo as TICs como de fato como recursos que são auxiliares, no processo de ensino e aprendizagem, né, considerando a figura do professor, especificamente quando a gente trabalha habilidades no nosso aluno (Prof. 05).

No entanto, ainda se percebe uma visão reducionista em relação a essas tecnologias, conforme se observa na fala de Prof. 04, ao considerar que são recursos complementares ao método tradicional de ensino.

Eu sei que são tecnologias que são associadas aos métodos tradicionais de ensino, que facilitam a interação entre os alunos com o professor, que facilitam a divulgação de material de estudo, até mesmo de exercício dependendo do perfil do conteúdo (Prof. 04).

O conhecimento sobre as tecnologias digitais está atrelado à ideia do que ela pode fazer pela prática educativa, enquanto meios, estratégias, ferramentas. Os entrevistados as compreendem como recursos que fazem parte do dia-a-dia e que podem ser integradas às atividades de ensino, contribuindo em muitos aspectos, desde a comunicação à promoção do protagonismo do educando. Contudo, surge um entendimento que elas são reais em termos de ocorrência, mas não de uso, ou seja, elas estão em todos os lugares, fazem parte do cotidiano dos alunos, mas a sua integração no ensino ainda é um desafio.

Corroborando Silva e Moraes (2014), é necessário superar a visão de que as TDIC são apenas simples recursos para o ensino, ao contrário, “são ferramentas mediadoras que possibilitam experiências significativas no fazer pedagógico” (SILVA; MORAES, 2014, p. 2). Experiências estas que devem estar atreladas a uma educação que supere o modelo tradicional de ensino, auxiliando na inclusão do educando durante o processo de aprendizagem.

As funções das TDIC na educação são muito amplas e abrem um leque de possibilidades que podem ser exploradas tanto pelos docentes quanto pelas instituições educacionais, dentre estas, Graells (2012) apresenta: meio de expressão (para escrita, apresentações, web), canal de comunicação (colaboração e interação), instrumento para processar a informação, fonte aberta de informação, instrumento para a gestão, meio didático, gerador de novos cenários formativos, meio lúdico e para o desenvolvimento cognitivo e conteúdo curricular (conhecimentos e competências).

Estudos em diferentes áreas têm demonstrado a aplicabilidade das TDIC em contextos educativas. Ribeiro *et al.* (2016) apresentam em seu estudo a criação de um objeto virtual de aprendizagem, denominado “Complemento Disciplinar de Anatomia”, considerado uma estratégia inovadora, que favorece a autonomia no aprendizado e no manejo das tecnologias no processo educativo. Por sua vez,

Masson *et al.* (2014) relatam a experiência acerca da construção de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino na disciplina História da Enfermagem, visando à facilitação da aprendizagem de maneira ativa, inovadora e problematizadora. Esses estudos têm revelado o potencial das tecnologias, atuando no desenvolvimento de habilidades comunicativas, colaboração, criatividade, criticidade e reflexão.

A aprendizagem não é estática. Em um mundo completamente digital, “os alunos aprendem com o professor e com os livros, mas também no Google Scholar, nas bases de dados de artigos científicos, em blogs, em sites, no YouTube, em conversas formais, não formais e informais – WhatsApp, fóruns, redes sociais e Skype” (LIMA, 2018, p. 22). E são esses diferentes espaços que ampliam e enriquecem as oportunidades de aprendizagem (LIMA, 2018).

Os profissionais da educação têm múltiplas razões para aproveitar as novas possibilidades que as TDIC proporcionam, pois promovem mudanças em busca de um paradigma educativo mais personalizado e centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes (GRAELLS, 2012). No ensino de Enfermagem, a presença dessas tecnologias requer um conhecimento ampliado sobre as características, potencialidades e implicações de seu uso no processo de formação e, sobretudo, um educando capacitado e preparado para responder às demandas tanto assistenciais quanto em outros cenários de atuação.

De forma sistematizada, as percepções docentes apresentadas sobre as TDIC na formação em Enfermagem incluem aspectos representativos e fundamentais para a prática educativa que, por sua vez, refletirão na construção da identidade do profissional de Enfermagem. Para tanto, os aspectos percebidos nas falas dos docentes são representados na figura a seguir.

Figura 1 - Representação imagética dos aspectos que envolvem o conhecimento docente sobre as TDIC entre docentes de um curso de Enfermagem. Crato, Ceará Brasil, 2018



Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em Enfermagem tem passado por transformações nos últimos anos, em grande parte, acompanhando as discussões no campo da Educação acerca da necessidade de mudança nos papéis dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem professor e aluno. Distanciando-se de uma educação tradicional, o educando precisa assumir uma postura de participante ativo, disposto “a aprender a aprender”. Nesse novo cenário, as TDIC assumem um papel de destaque, pois são ferramentas e estratégias trazidas para a sala de aula pelos próprios alunos, nativos dessa cultura digital, e que podem transformar os espaços e sujeitos envolvidos na formação em saúde.

Dialogando com as atuais necessidades de formação do profissional de saúde, sobretudo voltadas à inovação para o SUS, o docente também assume um novo papel e, juntamente com as Instituições de Ensino, precisa criar espaços educativos que integrem as TDIC às suas práticas e explorem dessas, as mais diversas possibilidades pedagógicas.

O conhecimento sobre o potencial das tecnologias digitais perpassa pela necessidade de integração não apenas no ensino de Enfermagem, mas no interesse em formar profissionais aptos para trabalhar em um mundo conectado em redes, no qual as tecnologias tornam as interações cada vez mais dinâmicas, promovendo mudanças efetivas na produção do cuidado em saúde e nas relações que se estabelecem entre serviços, profissionais e usuários no SUS.

Os resultados do presente estudo revelam expectativas em relação ao potencial das tecnologias digitais para o processo de ensino-aprendizagem. Embora ainda existam desafios e algumas concepções de que as TDIC são apenas ferramentas complementares a um modelo tradicional, a maioria dos docentes percorre outra direção, tendo o entendimento de como metodologias ativas de aprendizagem são capazes de desenvolver nos educandos diferentes habilidades, dentre elas, a reflexão, tão essencial à formação do profissional de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALTHAUS, M. T. M.; BAGIO, V. A. As metodologias ativas e as aproximações entre o ensino e a aprendizagem na prática pedagógica universitária. **Rev. Docência Ens. Sup.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 79-96, jul./dez. 2017.

ARAÚJO, M. M. L. *et al.* Processo de ensino-aprendizagem de enfermagem: reflexões de docentes sobre o estágio curricular supervisionado. **Investigação Qualitativa em Saúde**. v. 2, 2018.

BARBOSA, T. P. Tecnologias digitais: desafios e perspectivas no ensino superior em saúde. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 6, n. 12, jul./dez. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). Conselho Nacional de Educação (CNE). **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

FRANZOI, M. A. H.; SILVEIRA, A. O. Tecnologias digitais da informação e comunicação na graduação em enfermagem: relato de uma atividade pedagógica. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 22. 2018.

GRAELLS, P. M. Impacto de las tic en la educación: funciones y limitaciones. **Revista de investigación & Ciencias**, p. 01-15, 2012.

LIMA, M. T. G. A. Do Behaviorismo ao conectivismo – reflexões sobre metodologias ativas na aprendizagem no UNIPTAN. *In*: NEVES, V. J.; MERCANTI, L. B.; LIMA, M. T. **Metodologias ativas: perspectivas teóricas e práticas no ensino superior**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2018.

MASSON, V.A. *et al.* Construção de objetos virtuais de aprendizagem para o ensino da história em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 764-769, 2014.

MOTA, D. N. *et al.* Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **J. Health Inform.**, v. 10, n. 2, p. 45-49, 2018.

PALACIO, M. A. V.; GONCALVES, L. B. B.; STRUCHINER, M. A. Narrativa do Aluno de Medicina na Formação em Atenção Primária à Saúde: Potencializando Espaços de Aprendizagem Mediados pelas Tecnologias Digitais. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 330-340, 2019.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM (PPC). Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri (URCA), 2017.

RIBEIRO, R. L. *et al.* Desenvolvimento de objeto de aprendizagem para o ensino de Anatomia em Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 6, p. 866-873, 2016.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Estratégias didáticas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, 2018.

SELWYN, N. Educação e Tecnologia: questões críticas. *In*: FERREIRA, Giselle Martins dos Santos; ROSADO, Luiz Alexandre da Silva; CARVALHO, Jaciara de Sá (Org.). **Educação e Tecnologia**: abordagens críticas. Rio de Janeiro: SESES, p. 85-103, 2017.

SILVA, E. G. M.; MORAES, D. A. F. O uso pedagógico das TDIC no processo de ensino e aprendizagem: caminhos, limites e possibilidades. *In*: Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor. **Cadernos PDE**, Paraná, v. 1, 2014.

SILVA, R. S.; NOVELLO, T. P. O uso das tecnologias digitais no ensinar matemática. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 6, p. 1-15, 2020.

SILVA, W. A. **Tecnologias digitais no processo ensino-aprendizagem**: habilidades necessárias para a construção do conhecimento científico no estado de Roraima. 2018. 176f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Mato Grosso, Rede Amazônica de Educação em Ciências e Matemática, Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática, Cuiabá, 2018.

TORRES, R. A. M. *et al.* Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização da web-rádio como estratégia pedagógica. **J. Health Inform.**, n. 4, v. (Especial), p.1-5, 2012.

CAPÍTULO 26

SIMULAÇÃO VIRTUAL PARA O ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Glícia Uchôa Gomes Mendonça

Isabela Melo Bonfim

INTRODUÇÃO

Para lidar com avanços tecnológicos, políticos, sociais e assistenciais, faz-se necessário repensar métodos de abordagens no ensino que devem promover no estudante um entendimento reflexivo, capaz de produzir, consequentemente, um aprendizado transformador para sua prática profissional que se reflita na promoção da segurança do paciente (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o ensino para o cuidado seguro seja incluído nos projetos pedagógicos dos cursos no campo da saúde. Portanto, é imprescindível prover subsídios aos futuros profissionais para a promoção da segurança do paciente e prevenção de eventos adversos, e para isso o tema deve ser problematizado e discutido de forma séria e responsável (WEGNER *et al.*, 2016).

Assim, a discussão sobre qualidade e segurança do paciente vem ocupando um amplo espaço no Brasil e no mundo, especialmente após a divulgação das informações descritas no relatório “Errar é Humano”, do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, causando um impacto expressivo nos serviços, além de gerar reflexões sobre as práticas assistenciais em saúde (CAPUCHO, 2012).

Demonstrando preocupação com essa situação, em outubro de 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o objetivo de aperfeiçoar os conceitos e definições sobre a temática, indicar estratégias para reduzir os riscos, assim como mitigar os eventos adversos, além de formular o Desafio Global para Segurança do Paciente, que incorporou como desafio inicial a infecção relacionada à Assistência em Saúde e, em seguida, a Segurança da Assistência Cirúrgica – Cirurgias Seguras salvam vidas (BRASIL, 2014).

No ano de 2005, a *Joint Commission International* (JCI), em companhia da OMS, estabelece seis metas internacionais para segurança do paciente, com o

objetivo de promover melhorias nas práticas assistenciais, abordando aspectos relevantes dos cuidados em saúde, mediante estratégias baseadas em evidências, a saber: Identificação correta do paciente; Comunicação efetiva entre os membros da equipe; Segurança dos medicamentos; Prevenção de erros em cirurgias, procedimento correto e paciente correto; Redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; Redução do risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (DONALDSON; FLETCHER, 2006).

No âmbito nacional, para protagonizar as estratégias de políticas públicas, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, disponibiliza o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com foco na qualificação das práticas assistenciais em todas as instituições de saúde brasileiras. Esse programa possui quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino; e o incremento de pesquisa sobre a temática (BRASIL, 2013).

Embora o PNSP instigue a inserção do tema nos cursos de saúde no tocante ao fomento da inclusão da temática Segurança do Paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da Saúde, não está especificada qualquer normatização e orientação que possam iniciar essa discussão dentro das instituições formadoras (BRASIL, 2013; BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

Estudo com profissionais de saúde demonstrou que a segurança do paciente ainda é pouco discutida nas instituições de ensino, e quando é abordada, acontece de maneira pontual, sem o necessário aprofundamento nas reflexões (WEGNER *et al.*, 2016). Ademais, o processo de ensino contemplando a segurança do paciente apresenta-se fragmentado, necessitando de uma imersão, abrangência conceitual e integralidade na sua abordagem (GOMES, 2016).

Ao considerar essa temática, espera-se que seja realizada de forma transversal nos currículos dos cursos da área da saúde. Entretanto, para essa construção, os docentes envolvidos devem buscar conhecimentos específicos para uma abordagem dinâmica, inovadora e com a devida transversalidade em todas as disciplinas no decorrer do curso (CONTERNO; LOPES, 2013).

As mudanças observadas atualmente favorecem os avanços tecnológicos e aparecem como uma possibilidade de embasar e aprimorar os meios técnicos e práticos para implantação de inúmeras realidades que podem ser simuladas no contexto da educação (COSTA *et al.*, 2015).

O modelo de educação tradicional vem sofrendo modificações consideráveis em decorrência dos progressos experimentados pela sociedade contem-

porânea. As áreas da saúde, da educação e variados campos do saber são impactadas pelas inovações tecnológicas, rompendo com condutas tradicionais do processo de ensino e de aprendizagem, e configurando maior significado à construção coletiva do conhecimento (DOMINGUES *et al.*, 2017).

Assim, para contribuir no desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais aos enfermeiros contemporâneos, o uso de metodologias ativas e de tecnologias com alto impacto visual podem favorecer a construção de uma aprendizagem de fato significativa (SANCHES, 2016). Entre tantas, a simulação virtual, objeto deste estudo, configura-se como uma tecnologia adequada para o ensino dinâmico, que permite uma aproximação com a realidade da prática assistencial de Enfermagem.

A simulação virtual caracteriza-se como uma técnica, utilizando computador, que emprega uma condição ou ambiente construído para admitir que estudantes tenham vivências durante a reprodução de ambientes reais, com objetivo de aprendizagem, de melhoria das competências e desenvolvimento de habilidades, ou para adquirir conhecimento sobre determinada situação. Além disso, trata-se de um elo entre aprendizagem em sala de aula e experiência da vida real (BRANDÃO; CECILIO-FERNANDES, 2018).

Neste contexto, é fundamental incorporar o tema nas discussões logo que se inicie o processo formativo acadêmico do enfermeiro. Dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar estudos que tratem de simulação virtual voltados para o ensino da Segurança do Paciente na Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura no âmbito da simulação virtual voltada para o ensino da segurança do paciente, seguindo as seis etapas: 1) Identificação do tema e seleção da questão para revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, e seleção da amostra; 3) Categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) Interpretação dos resultados; 6) Síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para guiar esta pesquisa, estabeleceu-se como questão norteadora: “*O que as publicações apontam sobre o ensino da segurança do paciente por meio de sistemas de simulação virtual na Enfermagem?*”, sendo elaborada com base na

estratégia PICO (P – Enfermagem; I – uso de sistemas para simulação virtual; C – não aplicado; O – melhora do aprendizado em segurança do paciente).

A busca de literatura foi realizada a partir das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCOPUS (SciVerse Scopus), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) via PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), e BDEFN (Base de Dados de Enfermagem Brasileira), bem como foi guiada pelos seguintes descritores controlados e não controlados: segurança do paciente, patient safety, simulação virtual, computer simulation, simulação, simulation, enfermagem e nursing, de acordo com os vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH), combinados pelo uso do operador booleano AND, com intuito de abranger ao máximo as buscas. O Quadro 1 descreve a estratégia de busca utilizada de acordo com a especificidade de cada base de dados.

Quadro 1 – Estratégia de busca utilizada nas bases de dados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019

Base de dados	Estratégia
LILACS	Segurança do paciente AND simulação
SCOPUS	<i>patient safety AND computer simulation AND nursing</i>
PubMed/MEDLINE	<i>patient safety AND computer simulation</i>
CINAHL	<i>patient safety AND computer simulation AND nursing</i>
BDEFN	Segurança do paciente AND simulação

Fonte: Elaborada pelas autoras.

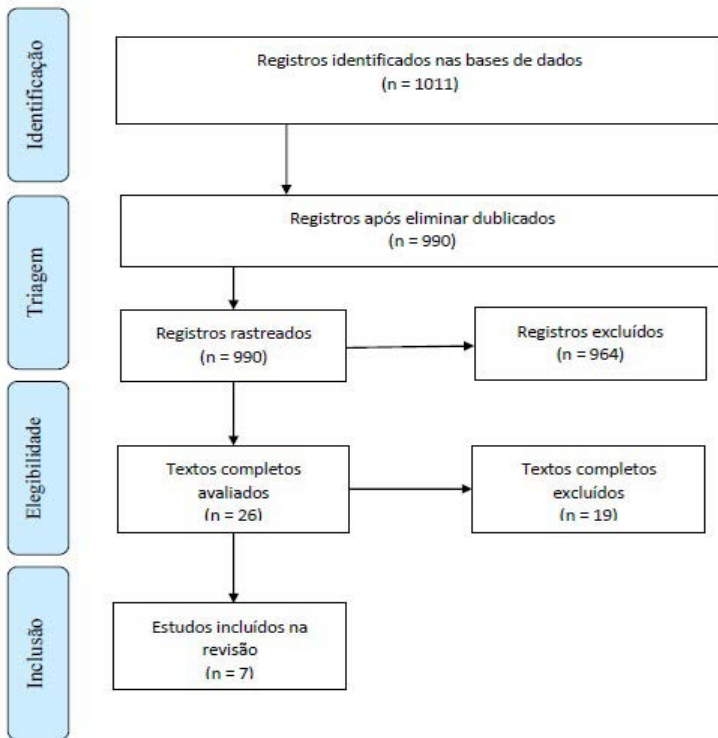
Os critérios para inclusão das publicações foram artigos disponíveis na íntegra nas bases de dados on-line, publicações a qualquer tempo, nos idiomas inglês, português e espanhol, e que tratam, especificamente, da temática que envolve simulação virtual no ensino da segurança do paciente. Os critérios de exclusão foram estudos repetidos em duas ou mais bases de dados e estudos do tipo editoriais e comentários. Realizou-se leitura seletiva dos resumos, e em caso de dúvida, o estudo completo foi acessado para empregar os critérios de inclusão e exclusão.

Para análise e síntese dos artigos selecionados, utilizou-se o formulário adaptado (URSI; GALVÃO, 2006), o qual foi preenchido para cada artigo da

amostra final, contemplando as seguintes informações: identificação do artigo (título do artigo, autores, país, idioma e ano de publicação), tipo de revista científica, objetivos, delineamento metodológico do estudo e resultados.

A busca nas bases foi realizada em março de 2018, sendo submetida à ferramenta de gerenciamento bibliográfico Mendeley, com exclusão dos estudos duplicados. Para apresentar o percurso de seleção dos estudos, utilizou-se o fluxograma proposto nas recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) (MOHER, *et al.*, 2010), conforme visto na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborados a partir da recomendação PRISMA. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019



Fonte: Recomendação PRISMA (MOHER *et al.*, 2009).

Para classificar o nível de evidência dos estudos, considerou-se a proposta de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que estabelece:

- Nível 1: evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise.
- Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado.
- Nível 3: evidências obtidas em ensaios clínicos bem delineados, sem randomização.
- Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
- Nível 5: evidências derivadas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
- Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
- Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades ou relatório de especialistas.

RESULTADOS

Foram encontrados 1011 artigos, sendo a maior quantidade identificada na base de dados PubMed, configurando 396 artigos, seguida pela base Scopus, que destacou 379 estudos. Já na base CINAHL foram encontrados 212 artigos, na LILACS 10 e na BDEFN 14 artigos. Após apreciação foram incluídos 7 artigos na revisão.

Com base na análise dos estudos, realizou-se a caracterização dos artigos a partir dos autores, ano de publicação, objetivo do estudo e temáticas abordadas, apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo os autores, ano de publicação, objetivo e temática abordada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019

Autor/ano	Objetivo do Estudo	Temática
DOMINGUES <i>et al.</i> , 2017	Relatar a experiência da utilização de uma simulação virtual por computador no ensino de segurança do paciente para alunos de graduação em enfermagem.	Protocolos do Ministério da Saúde para Segurança do Paciente.
CANT; COOPER, 2016	Medir o impacto de duas formas de simulação na aquisição da capacidade do enfermeiro de detectar e gerenciar a deterioração do paciente.	Segurança do paciente em relação à incapacidade de resgatar o paciente em deterioração clínica.

LIAW <i>et al.</i> , 2014	Descrever o desenvolvimento da simulação virtual de pacientes e avaliar sua eficácia, comparando-se com uma simulação convencional baseada em manequins.	Avaliação e gerenciamento de pacientes com deterioração clínica.
FORONDA <i>et al.</i> , 2014	Avaliar o uso de simulação clínica virtual para melhorar as habilidades de comunicação dos estudantes.	Segurança do paciente e o processo de comunicação.
ROH <i>et al.</i> , 2013	Avaliar duas modalidades de formação diferentes (simulação por computador contra simulação baseada em manequim).	Reanimação cardiopulmonar e a segurança do paciente.
JENSON; FORSYTH, 2012	Analisar a prontidão dos docentes de enfermagem para o uso de simulação de realidade virtual como uma estratégia computadorizado.	Segurança do paciente na inserção de linha endovenosa.
BROOM <i>et al.</i> , 2009	Explorar o desenvolvimento da simulação virtual e averiguar os resultados na avaliação dos alunos.	Segurança do paciente na pediatria.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A avaliação dos estudos, quanto ao seu delineamento metodológico, caracteriza-se como: um artigo classificado como ensaio clínico randomizado controlado (Nível 2), um artigo como estudo quase experimental (Nível 4), dois artigos como estudo descritivo com abordagem quantitativa (Nível 6), um como artigo descritivo com abordagem qualitativa (Nível 6), um artigo como relato de experiência (Nível 6) e um sem tipo de estudo citado na metodologia.

Quanto à origem, encontraram-se duas publicações norte-americanas, uma publicação da Europa, um artigo da Oceania, um artigo da América do Sul e dois artigos da Ásia. A língua inglesa predominou nos estudos, estando apenas um na língua portuguesa. O ano de publicação prevalente foi 2014, seguido por 2009, 2012, 2016 e 2017, com um estudo em cada ano.

DISCUSSÃO

A quantidade de estudos que envolvem a abordagem da temática segurança do paciente no ensino por meio de simulação virtual é sutil, visto que poucos artigos foram encontrados.

As simulações virtuais identificadas nos estudos desta revisão integrativa, utilizadas no processo formativo para segurança do paciente, foram em formato de jogos on-line – jogos sérios (*serious games*) – e simulação com casos clínicos, seja no computador ou em manequins de alta fidelidade. Todas possuem o intuito de produzir ambientes realísticos para que os estudantes possam agir e construir seu aprendizado simulando a realização de determinado procedimento assistencial, com sua atuação repetida à frequência que

for conveniente, a fim de aprimorar suas capacidades técnicas e gerenciais (DOMINGUES *et al.*, 2017).

Ressalta-se que, quando comparados dois tipos de simulação – a simulação virtual por computador e a simulação com manequins –, não houve diferença significativa no que tange ao aprendizado dos estudantes ao comparar o uso das duas técnicas, porém é preciso mais estudos que assegurem essa afirmação (LAW *et al.*, 2014; COOPER *et al.*, 2016).

Em relação aos sistemas de simulação virtual, que abordavam casos clínicos no computador, verificou-se que os sistemas necessitam da tomada de decisão para resolução dos problemas relacionados à assistência ao paciente. Nesse caso, por se tratar de um ambiente simulado e controlado, produz segurança ao paciente na medida em que não o expõe a cuidados inseguros por parte de pessoas que estão em treinamento, ao mesmo tempo em que proporciona aprendizado para os futuros profissionais.

Corroborando, o uso da simulação virtual no ensino é uma ferramenta importante e inovadora no processo de ensino-aprendizagem, pois trata de um ambiente que previne a exposição dos pacientes a situações de riscos ocasionadas pela inexperiência dos alunos. Após essa vivência, ocorre um aumento de confiança e maior envolvimento do discente, decorrente da experiência produzida, muitas vezes, impossíveis na prática clínica real (BARRETO *et al.*, 2014).

A simulação é um processo de educação cognitiva e comportamental que reproduz um tipo de procedimento real usando um ambiente artificial, com a intenção de favorecer uma aprendizagem significativa ao educando, com menor custo, capaz de produzir eficácia no desenvolvimento de procedimentos nunca antes produzidos pelos estudantes (SILVEIRA; SILVA, 2016).

O formato da simulação virtual pode variar muito, de acordo com o referencial teórico utilizado e com os recursos tecnológicos e financeiros disponíveis, mas, de modo geral, apresenta-se como uma ferramenta importante, pois se apropria dos benefícios de interfaces que potencializam a interação humano-computador e dos pressupostos da experimentação de simular ações da prática em um ambiente virtual. Por meio dos desafios expostos nas ferramentas, consente ao usuário a sensação de atuação real, ou seja, de fazer parte do sistema (FONSECA; AREDES; SCOCHI, 2014).

Portanto configura-se como uma estratégia pedagógica que proporciona a informatização das diversas formas de comunicação, favorecendo a relação

entre o docente de Enfermagem e seu aluno, na medida em que esse novo cenário torna possível a transformação das práticas educacionais, viabilizando uma nova maneira de interatividade no ensino de Enfermagem (PRADO *et al.*, 2012).

É imperativo que as IES, em particular os cursos de graduação em Enfermagem, diante das novas exigências pedagógicas, científicas, sociais e éticas, adotem estratégias inovadoras a fim de preparar os estudantes para uma prática cada vez mais alicerçada em um contexto clínico, próximo da realidade, que favoreça a aquisição de subsídios na efetivação de uma assistência segura (BAPTISTA; PEREIRA; MARTINS, 2014).

Nessa perspectiva, o ensino por meio da simulação virtual demonstra ser um instrumento valoroso no processo de aquisição de habilidades e construção de competências assistenciais e gerenciais nos graduandos de Enfermagem (CARVALHO, 2016).

Incorporar tecnologias inovadoras ao ensino é uma necessidade real nos ambientes de educação. Entretanto, a aquisição dessas tecnologias deve ocorrer com base em reflexões pedagógicas, e suas construções devem originar materiais educativos adequados (SALVADOR *et al.*, 2017).

As vantagens da simulação consistem em promover a segurança do paciente com a premissa de que o aluno melhor preparado está menos exposto ao erro. Além disso, favorece a ética na assistência em saúde com estudantes, visto que será evitada a realização de procedimentos invasivos em pacientes como aprendizagem para alunos e oferece oportunidade de aprendizagem no cenário real da clínica, uma vez que o estudante não pode atuar em determinadas situações durante o estágio prático (GRANT *et al.*, 2014; FORBES; BUCKNALL; HUTCHINSON, 2016).

Pesquisa realizada com estudantes de Enfermagem para comparar o desempenho clínico na avaliação e gerenciamento de complicações de pacientes, por meio da simulação virtual e da simulação baseada em manequim, demonstrou que a utilização de ambientes virtuais é efetivos quanto ao desenvolvimento de competências para garantir a segurança do paciente (LIAW *et al.*, 2014).

Outro aspecto observado é que a maior parte dos estudos desta pesquisa relata a importância de um retorno após o processo de simulação, ou seja, o *debriefing*, uma discussão sobre o assunto abordado no processo de simulação para garantir o entendimento e promover uma reflexão crítica acerca da temática abordada.

Faz-se importante destacar os momentos da simulação que devem estar expostos em um roteiro sistematizado: embasamento teórico prévio, que se refere à aquisição antecipada do conhecimento mediante textos relacionados à temática; competências desejadas, que diz respeito aos objetivos de aprendizagem; resposta esperada, no tocante ao alcance dos objetivos propostos; prática clínica simulada, a qual se configura como a simulação de um caso clínico e o cenário; e o *debriefing*, discussão e reflexão sobre a simulação (SASSO *et al.*, 2015).

Entretanto, embora o *debriefing* seja um elemento essencial para a simulação, de forma isolada não garante o aprendizado, portanto, faz-se mandatório a ocorrência de um momento que estimule a reflexão e busque as justificativas para determinada tomada de decisão, elencando possibilidades que poderiam ter sido utilizadas (COUTINHO *et al.*, 2017).

A utilização de simulações no ensino é reconhecida no cenário internacional. No Brasil, o seu uso é considerado recente, especificamente o de alta fidelidade, no qual o simulador/manequim responde à ação prestada pelo aluno. Ultimamente, diversos estudos são desenvolvidos nessa temática com o objetivo de comprovar a relevância e a contribuição dessa prática para o ensino na graduação de Enfermagem (SEBOLD *et al.*, 2017).

Ademais, tecnologias educacionais como esta promovem a melhora na qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos sistemas de saúde, à medida que o educando inicia o desenvolvimento de capacidades psicomotoras, tomada de decisão, conhecimento, liderança, gerenciamento, julgamento clínico e atitude relacionada ao processo assistencial de Enfermagem (BAPTISTA; PEREIRA; MARTINS, 2014).

Portanto, a educação em Enfermagem por meio de simuladores virtuais deve permitir o aprimoramento de habilidades, resolver problemas, desenvolver reflexão com abordagens de pensamento crítico (SUNDLER; PETERSSON; BERGLUND, 2015).

Com isso, ferramentas pedagógicas inovadoras são mandatórias para garantir, de forma adequada e consistente, o preparo eficiente dos estudantes de Enfermagem, no seu desenvolvimento psicomotor, atitudinal e cognitivo para cuidar dos pacientes de forma segura nos diversos contextos de saúde (DARIEL *et al.*, 2013).

Dessa forma, estudos com este são importantes e necessários, pois incorporar ao ensino uma prática pedagógica baseada em evidências científicas, como a simulação, permite um avanço no processo de ensino-aprendizagem dos alunos

de graduação em Enfermagem e, consequentemente, a promoção de um cuidado seguro e livre de danos promovidos por esses futuros profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Os simuladores virtuais encontrados se mostraram instrumentos relevantes no ensino de aspectos que envolvem a segurança do paciente, favorecendo o aprendizado significativo e capaz de proporcionar o entendimento de como as condutas podem influenciar no desenvolvimento de uma assistência de enfermagem segura.

Esta revisão contribui na medida em que subsidia com informações essenciais na construção de uma estratégia de ensino inovadora, como a simulação virtual, ao passo que fomenta o ensino da segurança do paciente.

A pequena amostra de estudos assinala-se como limitação desta revisão, que pode ser atribuída a questões que envolvem a atualidade e a originalidade da temática.

Não foram encontrados estudos nacionais que avaliassem os métodos e as técnicas de simulação virtual para o ensino da segurança do paciente. Conclui-se, portanto, que ocorre a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que comparem a eficácia desses métodos de simulação virtual, construindo para abordagens inovadoras no processo de ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, R. C. N.; PEREIRA, M. F. C. R.; MARTINS, J. C. A. Capítulo IV- Simulação no ensino de graduação em Enfermagem: evidências científicas. *In*: MARTINS, J. C. A.; MAZZO, A.; MENDES, I. A. C. **Simulação no ensino de Enfermagem**. Ribeirão Preto: SOBRACEn, p.39-51, 2014.

BARRETO, D. G.; SILVA, K. G. N.; MOREIRA, S. S. C. R.; SILVA, T. S.; MAGRO, M. C. S. Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 208-214, maio/ago. 2014. Disponível: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8476/8874>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. O.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 727-741, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150699.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

BRANDÃO, C. F. S.; CECILIO-FERNANDES, D. Importância e desafios do treinamento simulado em saúde (Importance and challenges of simulation training in healthcare). **Sci Med.**, v. 28, n. 1. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324100698_Importancia_e_desafios_do_treino-mento_simulado_em_saude. Acesso em: 10 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt052901042013.html>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROOM, M. Using online simulation in child health nurse education. **Paediatric Nursing**, v. 21, n. 8, out. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19886566>. Acesso em: 20 de março de 2018.

CANT, R. P.; COOPER, S. J. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. **Nurse Educ Today**, v. 49, p. 63-71, fev., 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27902949>. Acesso em: 20 de março de 2018.

CAPUCHO, H. C. **Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente**. 2012. 155 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2012.

CARVALHO, E. C. de. Um olhar para as habilidades não técnicas do enfermeiro: contribuições da simulação. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e. 2791, 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2791>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

CONTERNO S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 503-523, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a04.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

COOPER, J. S. *et al.* The impact of web-based and face-to-face simulation on patient deterioration and patient safety: protocol for a multi-site multi-method design. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 475, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013569/>. Acesso em: 22 de março de 2018.

COSTA, R. R. O. *et al.* O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e Enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 59-65, jan./mar., 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/418-597-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

COUTINHO, V. *et al.* Feedback e Debriefing. *In*: SCALABRINE NETO, A.; FONSECA, A. S.; BRANDÃO, C. F. S. **Simulação Realística e habilitação na saúde**. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu, 2017. p. 115-126.

DARIEL O. J. P. *et al.* Developing the Serious Games potential in nursing education. **Nurse Education Today**, v.33, p. 1569–1575, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23332500>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

DOMINGUES, A. N. *et al.* Simulação virtual por computador no ensino de enfermagem: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFPI**, Teresina, v. 6, n. 4, p. 70-74, out./dez., 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reu-fpi/article/view/6174/pdf>. Acesso em: 10 de março de 2018.

DONALDSON, L. J.; FLETCHER, M.G. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerousl. **Med J Aust.**, v.184, n. 10, p. 69-72. 2006. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/who-world-alliance-patient-safety-towards-years-living-less-dangerously>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

FONSECA, L. M. M.; AREDES, N. D. A; SCOCHI, C. G. S. Cap. XVII Simulação em ambiente virtual de aprendizagem: inovação na área neonatal. *In*: MARTINS, J. C. A.; MAZZO, A.; MENDES, I. A. C. **Simulação no ensino de Enfermagem**. Ribeirão Preto: SOBRACEn, 2014. p.39-51.

FORBES, H.; BUCKNALL, T. K.; HUTCHINSON, A. M. Piloting the feasibility of head-mounted video technology to augment student feedback during simulated clinical decision-making: An observational design pilot study. **Nurse Education Today**, v. 39. p. 116–121, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026069171600023X>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

FORONDA, C. *et al.* Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: A pilot study. **Nurse Education Today**, n. 34, p. 53–57. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231637>. Acesso em 20 de março de 2018.

GOMES, E. B. **Formação do enfermeiro: enfoque na segurança do cuidado cardiovascular**. 2016.115f.Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2016.

GRANT, J. S. *et al.* Comparing the effectiveness OF video-assisted oral debriefing and oral debriefing alone ON behaviors BY undergraduate nursing students during high-fidelity simulation, **Nurse Education in Practice**. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24929548>. Acesso 10 mai. 2018.

JENSON, C. E.; FORSYTH, D. M. Virtual Reality Simulation Using Three-dimensional Technology to Teach Nursing Students. **Computers, Informatics & Nursing**, v. 30, n. 6, p. 312–318, 2012. Disponível em: https://journals.lww.com/cinjournal/Citation/2012/0600/Virtual_Reality_Simulation___Using.7.aspx. Acesso em: 17 de março de 2018.

LLAW, S. Y. *et al.* Comparison of Virtual Patient Simulation With Mannequin-Based Simulation for Improving Clinical Performances in Assessing and Managing Clinical Deterioration: Randomized Controlled Trial. **J Med Internet Res**, v. 16, p. 214, 2014. Disponível em: <http://www.jmir.org/2014/9/e214/>. Acesso em: 10 de março de 2018.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. United States: Wolters Kluwer; p. 3–24, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64. Out./Dez., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G.; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Int J Surg**, v. 8, n. 5, p. 336-341. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007>. Acesso em: 10 de junho de 2019.

PRADO, C. *et al.* Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 862-866, set./out., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/22.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2018.

ROH, Y. S. *et al.* The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. **Nurse Education Today**, n. 33, p. 123–128, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22153054>. Acesso em: 20 de março de 2018.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Objeto e ambiente virtual de aprendizagem: análise de conceito. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 572-579, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0572.pdf. Acesso em: 15 de junho de 2018.

SANCHES, M. O. **Simulação de alta complexidade no ensino superior em Enfermagem: tecnologia educacional para a segurança do paciente.** 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SASSO, G. M. D. *et al.* **Guia metodológico para simulação em Enfermagem.** Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem, 2015. Disponível em: <http://nfr.ufsc.br/files/2015/10/GUIA-METODOLOGICO-SIMULA%C3%87%C3%83O-CLINICA.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

SEBOLD, L. F. *et al.* Simulação clínica: desenvolvimento de competência relacional e habilidade prática em fundamentos de Enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, (Supl. 10), p. 4184-4190, out., 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/231181-75186-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

SILVEIRA, R. C. P.; SILVA, F. M. O uso da web e a simulação buscando a excelência no ensino de Enfermagem. **Rev Enf UFJF**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 57-62, 2016. Disponível em: <https://Enfermagem.ufjf.emnuvens.com.br/Enfermagem/article/view/72/44>. Acesso em 22 de abril de 2018.

SUNDLER, A. J.; PETTERSSON, A.; BERGLUND, M. Undergraduate nursing students' experiences when examining nursing skills in clinical simulation laboratories with high-fidelity patient simulators: A phenomenological research study. **Nurse Education Today**. v. 2, p. 1257-1261, 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.008>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-31, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

**QUALIDADE DE VIDA NA TRAJETÓRIA ACADÊMICA
DE UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM:
UM ESTUDO DE CAMPO**

*Mayara Targino Tavares
Roger Rodrigues da Silva
Juliana Saraiva de Alencar
John Carlos de Souza Leite
José Adelmo da Silva Filho
Riani Joyce Neves Nóbrega*

INTRODUÇÃO

O contexto histórico traz evidências de que estudos relacionados à qualidade de vida (QV) surgiu pela primeira vez na literatura médica em meados de 1930, com o intuito de conceituar e avaliar a QV da população. Contudo, somente nas duas últimas décadas ocorreu um aumento no interesse da produção científica tendentes a essa temática, evidenciando o acentuado esforço voltado para o amadurecimento científico do conceito e método de pesquisas (ZEIDL; ZANNON, 2004).

No ano de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o projeto *The WHOQOL Group*, definiu QV como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1998, p. 8). Entretanto, ainda há divergências quanto à definição da QV e seus determinantes, que variam desde a situação financeira até a satisfação pessoal (LANGAME *et al.*, 2016).

A QV está associada diretamente ao termo saúde, e, apesar de haver uma forte relação entre os termos, não se pode afirmar que é sinônimo de ter saúde, tendo em vista que limitamos sua complexidade a um único aspecto do bem-estar da integridade humana. Devido a isso, houve uma crescente valorização das pesquisas voltadas para mensuração da QV das pessoas, mudando a concepção de que saúde é ausência de doenças para um aspecto mais amplo

que envolve o físico, o psicológico, o espiritual, o social e o meio ambiente (SOUZA; FELIPE; MUNHOZ, 2017).

Existem diferentes questionamentos acerca da QV. Economicamente, a QV da sociedade é mensurada por meio de bens materiais e serviços produzidos pela comunidade, enquanto que, para os cientistas sociais, está relacionada à economia, pois, dependendo da situação financeira, há um baixo índice de criminalidade, aumento da expectativa de vida e distribuição equânime de recursos. Outro ponto de vista traz a relação de bem-estar subjetivo com QV, cujo fundamento do bem-estar inclina-se para o porquê e o modo como as pessoas experimentam positivamente suas vidas, sendo denominada também de percepção subjetiva da QV (GIACOMONI, 2004).

As ciências biológicas e humanas têm se preocupado cada vez mais com as questões voltadas para a QV com o intuito de diminuir a mortalidade e aumentar a expectativa de vida. Em contrapartida, há uma grande diversidade de apresentação e conceituação acerca do assunto, que, por muitas vezes, tem-se apresentado de maneira divergente devido aos diferentes pontos de vista adotados para conceituar o termo (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Assim, a QV é um assunto que está em exponencial ascensão nos últimos tempos, por compreender sua magnitude para o estabelecimento e proposição na melhoria do condicionamento individual e social da vida do ser humano. Ainda não se há uma definição exata que consiga caracterizá-la na sua totalidade, pois estão envolvidos aspectos de vida subjetivos de cada indivíduo em sua holística, impossibilitando, portanto, sua denominação conclusiva (MOURA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, entende-se que cada grupo social detém um modo diferente no que se refere à QV, uma vez que essa variância interdepende basicamente de condições socioculturais. A percepção da QV varia entre uma percepção nos domínios físicos e sociais do estilo de vida e em níveis ambientais e psicológicos, os quais são capazes de condicionar experiências positivas e/ou negativas em diferentes contextos, como no âmbito universitário (PETRINI; MARGATO; VILELA JUNIOR, 2013).

Com o crescente aumento da população universitária, é pertinente acompanhar informações demográficas, comportamentais e socioambientais relacionadas a aspectos de saúde, além do desempenho acadêmico para ajudar na

construção de políticas governamentais e programas de intervenção voltadas a essa parcela (MOURA *et al.*, 2016).

Ao adentrar na universidade o estudante passa por mudanças significativas, caracterizando-se pela formação de novos vínculos afetivos, novas responsabilidades, muitas vezes com atividades acadêmicas e carga horária excessivas, além do surgimento de dúvidas diante da escolha do curso, mudanças nos padrões de sono, o que pode implicar no desenvolvimento do estresse e ansiedade (LANTYER *et al.*, 2016).

Universitários das áreas da saúde necessitam de uma atenção mais acentuada por apresentarem níveis elevados de ansiedade quando comparados com estudantes de outras áreas de ensino. Isso se dá devido à pressão vivenciada por estes quando se avalia a responsabilidade que se deve deter ao se tratar de cuidar de outras vidas, não cabendo margens de erros para execução de atividades assistenciais-técnicas na rotina de aprendizagem e, posteriormente, na prática profissional (LIMA *et al.*, 2017).

Durante a vida acadêmica, o estilo de vida dos universitários é caracterizado pela má qualidade do sono, alimentação deficiente, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, ingestão exacerbada de cafeinados e sedentarismo (KENNEY *et al.*, 2014). Estudos apontam que os estudantes de enfermagem apresentam situações como a falta de suporte para enfrentamento das situações vividas, falta de reconhecimento na realização das atividades curriculares, carga horária excessiva, sentimentos de medo, insegurança e angústia durante o primeiro contato com práticas clínicas. Essas situações aumentam acentuadamente os níveis de estresse e ansiedade, o que favorece para o comprometimento da QV e bem-estar do indivíduo (ARRONQUI *et al.*, 2011).

Pesquisas sobre estudantes de enfermagem ostentam que a universidade permite tanto experiências promotoras quanto desestimulantes para a plenitude da QV e bem-estar, enfatizando como promotoras as atividades extracurriculares, a boa relação professor-aluno e as relações interpessoais; e, como vivências não promotoras, o déficit no acolhimento dos professores e enfermeiros de campo, a falta de integração entre equipe e alunos de outros cursos e a carga horária excessiva de atuação para o aluno (PARO; BITTENCOURT, 2013).

É importante destacar que o estudante de enfermagem, durante sua graduação, prepara-se para promover ações com o intuito de promoção, trata-

mento e reabilitação em saúde. Para que ele consiga realizar esse cuidado consigo mesmo, é fundamental que vivencie aspectos de QV e bem-estar de forma que estimule tal prática em sua rotina de vida pessoal, bem como na vida acadêmica (SOUZA; FELIPE; MUNHOZ, 2017).

Atualmente, a QV é utilizada como um indicador necessário para pesquisas em práticas de promoção e cuidados à saúde, a qual tem sido avaliada por meio de dados e estatísticas de modo a mensurar e comparar achados, contando com a necessidade de ser revitalizada e adaptada culturalmente de acordo com o tempo e o espaço. Os instrumentos utilizados para realizar essa investigação devem apresentar aspectos básicos de reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações e adaptações socioculturais (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

As variações dos instrumentos de avaliação da QV dependem da abordagem e do tipo de estudo. O mais empregado para a avaliação da QV relacionada à saúde tem sido o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), enquanto que o WHOQOL tem sido associado à avaliação da QV de maneira geral, sendo ambos instrumentos padronizados que facilitam a análise desse achado em comparação entre estudos multiétnicos (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A princípio, foi desenvolvido um instrumento para avaliar a QV composto por 100 questões, o WHOQOL-100. Esse instrumento compõe-se de perguntas organizadas em seis domínios, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações pessoais, meio ambiente e espiritualidade. Os domínios são subdivididos em 24 facetas, cada qual com quatro perguntas. O instrumento conta ainda com uma 25ª faceta, composta por inquirições globais relacionadas à QV. Para realização dessa avaliação, projetou-se, primariamente, um instrumento simples que demandasse tempo mínimo para sua aplicação prática, mas que possuísse características psicométricas eficazes, resultando no desenvolvimento de um instrumento sucinto ao WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, desenvolvido pelo grupo de QV da OMS. O instrumento é composto por 26 questões, 24 questões representando as 24 facetas da versão original, e duas questões gerais (FLECK *et al.*, 2000).

Nos últimos tempos, muito se tem falado sobre a influência que a QV exerce para a saúde integral do ser humano. Logo, sua inclusão às discussões de caráter de planejamento em promoção da saúde entra em pauta nos diversos segmentos socioculturais. A universidade enquadra-se como uma instância

potencializadora desse cuidado, no que se refere à promoção de uma boa QV; em contrapartida, observa-se que esse aspecto não está listado como uma das prioridades na vida dos acadêmicos no período de graduação. Por essa ótica, este capítulo objetivou avaliar quantitativamente a QV vivenciada por acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública do interior do Ceará.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal e abordagem quantitativa, tendo como cenário a Universidade Regional do Cariri/Unidade Descentralizada de Iguatu (URCA/UDI). A população foi composta por graduandos – 404 alunos – do curso de enfermagem da URCA/UDI, matriculados no semestre letivo de 2019.1O tamanho da amostra foi delineado por meio de cálculo amostral segundo a fórmula adotada por Martins (2005), exemplificada a seguir.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que:

n= tamanho da amostra;

z= abscissa da norma padrão;

p= estimativa da proporção da característica pesquisada no universo;

q= 1-p

N= tamanho da população;

d= erro amostral expresso em decimais.

Assim, tendo em vista a população total (N= 404), um erro de estimação de (d=5%); abscissa da norma padrão (z= 95%) ao nível de confiança de 95% e (p=q= 0,5) na hipótese de se admitir o maior tamanho da amostra, obteve-se um tamanho de amostra (n) igual a 198 estudantes (MARTINS, 2005).

Para os critérios de elegibilidade, empregou-se, para inclusão, estudantes maiores de 18 anos, regularmente matriculados no curso de enfermagem da URCA/UDI, e para exclusão, estudantes que não estavam presentes nos dias da coleta de dados ou não responderam integralmente o questionário.

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2019 por meio da aplicação do questionário WHOQOL-bref. Esse instrumento é uma versão abreviada e atualizada do WHOQOL-100, composto por 26 perguntas. As respostas seguiram a escala de *Likert*, com variância de *escore* de 1 a 5, significando que quanto maior a pontuação, melhor a QV. As 24 questões, com exceção das duas questões globais inespecíficas sobre a QV cotidiana, foram norteadas por quatro domínios: físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente.

Os dados coletados foram inseridos, organizados, tabulados e processados em planilha no *Microsoft Office Excel 2016*, utilizando a técnica de estatística descritiva para análise, cujos resultados foram apresentados em quadros e tabelas e, em seguida, discutidos à luz da literatura científica.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata do desenvolvimento de pesquisas realizadas com seres humanos, referenciada por princípios da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o parecer com nº 3.489.407. Para tanto, os estudantes foram devidamente instruídos acerca da pesquisa, sobre os riscos e benefícios do estudo verbalmente e por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos participantes foi assegurado no ato de tabulação dos dados e apresentação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 198 acadêmicos de enfermagem, dos quais atenderam aos critérios de elegibilidade e optaram por participar da pesquisa voluntariamente. Mesmo não alcançando o número total de universitários matriculados, a amostra final contemplou a representação de todos os semestres do curso.

O quadro abaixo apresenta a escala *Likert*, que dispõe sobre o *escore* para a média das questões, varinado entre 1 a 5. Quanto mais alta a média, melhor a QV.

Quadro 1 – Representação das Médias dos escores em associação com conceito da QV.
Iguatu-CE, Nov., 2019

MÉDIA DOS ESCORES	CONCEITO
Entre 1 até 2,8	Necessita melhorar
Entre 2,9 até 3,9	Regular
Entre 4 até 4,9	Boa
E 5	Muito Boa

Fonte: OLIVEIRA *et al.*, 2015.

Inicialmente, questionou-se a respeito da percepção da QV dos indivíduos, bem como sobre a sua satisfação com a saúde naquele momento, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das médias e classificação quanto à percepção da QV e satisfação com a saúde. Iguatu-CE, Nov., 2019

FACETA	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
Percepção da QV	3,8	Regular
Satisfação com a saúde	3,4	Regular

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Tratando-se da relação da percepção subjetiva da QV do indivíduo, 55% dos participantes responderam que a consideram boa, enquanto apenas 5% a consideraram ruim, cuja média da questão foi 3,8, representando, portanto, uma classificação regular.

Quanto à satisfação com a saúde, 44% dos participantes responderam que estão satisfeitos, enquanto que 18% demonstram estar muito insatisfeitos, sendo a média da questão 3,4, classificando-se como regular. Esses resultados apontaram que os estudantes, de maneira geral, estão satisfeitos com sua QV e sua saúde.

Uma importante informação para a melhor compreensão dos resultados refere-se à divisão do instrumento, sendo duas perguntas voltadas à QV de maneira geral e as outras 24 subdivididas em quatro domínios.

O domínio 01 corresponde ao domínio físico, composto por perguntas relacionadas à dor, necessidade de medicação ou tratamento, mobilidade, sono e repouso, energia para realizar as atividades de vida diária, desempenho no trabalho e atividades cotidianas.

Tabela 2 – Distribuição da média e classificação quanto ao domínio físico.
Iguatu- CE, Nov., 2019

FACETAS	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
Dor e desconforto	3,5	Regular
Energia e fadiga	3,2	Regular
Sono e repouso	2,9	Regular
Mobilidade	4,0	Boa
Atividades da vida cotidiana	3,3	Regular
Dependência de medicação ou de tratamentos	3,7	Regular
Capacidade de trabalho	3,1	Regular

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No domínio físico, a faceta correspondente à pergunta voltada para o sono e repouso apresentou a menor média (2,9), e à mobilidade, a maior média, (4,0). Apesar de os alunos conseguirem se locomover de maneira satisfatória, apresentam uma insatisfação na qualidade do sono e repouso, podendo estar associado às demais atividades oriundas do curso.

A prevalência da péssima qualidade do sono entre os estudantes de enfermagem é significativamente alta, sendo comum também em alunos de outros cursos da área da saúde, e a justificativa pode estar presente nas mais variadas situações do cotidiano, implicando na necessidade de programar estratégias para a eliminação desses maus hábitos, que interferem na qualidade e no tempo do sono (LOPES; MEIER; RODRIGUES, 2018).

Um estudo desenvolvido na Faculdade de Ciências e Saúde da Universidade de Brasília (UnB), para avaliação da QV, contou com a participação de 56 alunos do curso de enfermagem. Os pesquisadores operaram dois instrumentos de pesquisa, sendo um deles o WHOQOL-bref. Os resultados publicados apresentaram que não houve problemas físicos que dificultassem, causassem danos ou impedissem os alunos de realizar suas atividades diárias, mas, apesar de o resultado geral ser satisfatório, algumas facetas voltadas para o sono e repouso, nível de energia e capacidade para realizar as atividades cotidianas e de trabalho apresentaram médias de insatisfação na visão dos graduandos (BAMPI *et al.*, 2013).

O domínio 02 corresponde ao domínio psicológico, composto por perguntas voltadas à satisfação com a autoimagem e autoestima, qualidade da concentração e aprendizado, frequência de sentimentos negativos e positivos e satisfação com a espiritualidade e crenças pessoais.

Tabela 3 – Distribuição da média e classificação quanto ao domínio psicológico.
Iguatu- CE, Nov., 2019

FACETAS	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
Sentimentos positivos	3,3	Regular
Pensar, aprender, memória e concentração	3,1	Regular
Autoestima	3,5	Regular
Imagem corporal e aparência	3,4	Regular
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	3,9	Regular
Sentimentos negativos	3,1	Regular

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No domínio psicológico, duas facetas apresentaram uma média 3,1, que é considerada menor em relação às outras, uma correspondente à pergunta sobre concentração, memória e aprendizagem, e outra à frequência de pensamentos negativos.

A faceta sobre aprendizagem, concentração e memória também apresentou média inferior, comparada às outras. A média relativamente ruim dessa faceta pode estar interligada com a insatisfação da qualidade de sono e repouso, como apresentado na tabela 1, além de outros aspectos adjacentes a este.

A faceta relacionada à pergunta voltada para a espiritualidade e crenças pessoais apresentou a maior média (3,9). Apesar de a maioria dos participantes responderem que estão satisfeitos com sua QV, muitos responderam que, frequentemente, sentem-se ansiosos, mal-humorados ou deprimidos.

Dados de um estudo realizado com 476 alunos matriculados nos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia e biomedicina apresentou que a prevalência de ansiedade e depressão entre os acadêmicos da área da saúde é muito superior comparada à população em geral, ressaltando a importância de atender às necessidades pedagógicas e emocionais dos estudantes com vistas a amenizar esses alarmantes índices (LEÃO *et al.*, 2018).

O domínio 03 corresponde ao domínio de relações pessoais. As perguntas são voltadas para a satisfação em relacionamentos afetivos, bem como ao apoio recebido pelos amigos e familiares.

Tabela 4 – Distribuição da média e classificação quanto ao domínio de relações sociais.
Iguatu- CE, Nov., 2019

FACETAS	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
Relações pessoais	3,7	Regular
Suporte (Apoio) social	3,5	Regular
Atividade sexual	3,3	Regular

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No domínio de relações sociais, a faceta correspondente à pergunta voltada para atividades sexuais apresentou a menor média (3,3), e a faceta voltada para as relações pessoais apresentou a maior média (3,7). As análises mostram que os participantes se sentem satisfeitos com suas relações sociais e recebem o apoio necessário da família e dos amigos, influenciando positivamente para a formação pessoal e profissional dos alunos.

Por último, o domínio 04 corresponde ao domínio meio ambiente, que inclui aspectos referentes à satisfação e qualidade com o ambiente em que os participantes estão inseridos, levando em consideração a segurança, o ambiente doméstico, os recursos financeiros, a disponibilidade ao acesso dos serviços de saúde, as atividades de lazer, o transporte e o ambiente físico, como qualidade do ar, clima e trânsito.

Tabela 5 – Distribuição da média e classificação quanto ao domínio de meio ambiente. Iguatu- CE, Nov., 2019

FACETAS	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
Segurança física e proteção	3,1	Regular
Ambiente no lar	3,6	Regular
Recursos financeiros	2,6	Necessita melhorar
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	2,9	Regular
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	3,5	Regular
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer.	2,9	Regular
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	3,1	Regular
Transporte	3,3	Regular

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

No domínio meio ambiente, a faceta correspondente à pergunta voltada para condições financeiras apresentou a menor média (2,6), e ao ambiente no lar, a maior média (3,6). Os participantes apresentaram satisfação no âmbito doméstico, apesar da média inferior e insatisfatória relativa às condições financeiras vistas na tabela 4.

Bampi *et al.* (2013) ostentam resultados de sua pesquisa com médias ruins relativas às facetas sobre sono e repouso, energia e fadiga, concentração e memória. Por estarem intimamente relacionadas à capacidade de aprendizagem do indivíduo, a realização de atividades acadêmicas individuais e em grupo sofre uma diminuição no desempenho do aluno, desencadeando sentimentos negativos.

DESFECHO ECUMÊNICO DE CADA DOMÍNIO DISTINTAMENTE

Tabela 6 – Distribuição da média e classificação de acordo com os domínios do estudo.
Iguatu- CE, Nov., 2019

DOMÍNIO	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
Físico	3,4	Regular
Psicológico	3,3	Regular
Relações pessoais	3,5	Regular
Meio Ambiente	3,1	Regular

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Os domínios foram classificados de acordo com os escores, cujo domínio meio ambiente obteve a menor média (3,1), sendo considerado domínio regular, e o domínio de relações pessoais a maior média (3,5), embora também tenha sido considerado regular. A média de cada domínio foi calculada a partir das médias das 24 facetas presentes no questionário.

No decorrer da avaliação dos resultados obtidos, observou-se uma contraposição entre a autoavaliação da QV e as respostas relacionadas às demais facetas, visto que a maioria considerou como boa ou muito boa a questão voltada para a percepção da QV, mas se apresentou insatisfeita com as condições financeiras, qualidade do sono, nível de energia, capacidade de exercer atividades diárias e do trabalho, aprendizagem e, com a frequência, de pensamentos e sentimentos negativos, como ansiedade, depressão e mau humor.

Vale ressaltar que essa insatisfação constante influencia negativamente na QV dos acadêmicos, prejudicando sua saúde e dificultando atividades curriculares e pessoais. Essa contradição pode estar relacionada à falta de conhecimento relativo à complexidade do termo QV e sua abrangência.

Uma pesquisa realizada numa instituição de ensino superior na cidade de Curitiba, Paraná, com 156 acadêmicos do curso de enfermagem, trouxe resultados análogos ao desta pesquisa, cujo domínio que apresentou a maior média foi de relações sociais, e o de pior média, o meio ambiente (MACHADO; OSELAME; NEVES, 2016).

Já no estudo desenvolvido por Bampi *et al.* (2013), observou-se que, embora o domínio psicológico tenha atingido o melhor escore de avaliação em seus resultados, este despertou atenção na faceta referente à frequência de sentimentos negativos, destacando que 64,3% afirmaram experimentar tais senti-

mentos repetidamente, 14,3% frequentemente, 10,7% muito frequente e 8,9% experimentam sempre.

Os baixos escores nas médias do domínio meio ambiente são preocupantes, já que o ritmo capitalista impõe aos estudantes um cotidiano agitado, com valorização apenas do futuro, fazendo com que os indivíduos se prendam às atividades apenas voltadas à pressagia vida profissional, causando um distanciamento de atividade que lhes condicionam prazer e bem-estar. Nesse aspecto, também se expõe o agravo causado pelo cenário econômico do Brasil, onde não há demasiadas perspectivas de trabalho e um sistema de saúde pouco voltado para as reais necessidades de saúde da população (EURICH; KLUTHCOVSKY, 2008).

As facetas que obtiveram os piores resultados foram as relacionadas ao sono e repouso, nível de energia, aprendizagem e concentração, capacidade de realizar atividades diárias e de trabalho, condições financeiras, atividades de lazer e sentimentos negativos. Se um indivíduo não possui uma qualidade de sono adequada, não terá energia suficiente para realizar suas atividades diárias, bem como terá dificuldades cognitivas comprimidas.

Em relação aos problemas financeiros, o graduando geralmente detém recursos apenas para usar com as necessidades básicas, obliterando atividades de lazer, em que, por vezes, é necessário um gasto extra, mas que são de extrema importância para a manutenção da saúde mental do aluno. A consequência disso é o aumento da prevalência de ansiedade e depressão entre os acadêmicos por não cumprirem essas atividades de dispersão de estresse. A partir desses resultados, pode-se perceber como as facetas estão interligadas e como um determinado problema influencia o surgimento de outro, ocasionando um efeito cascata rumo à queda da QV do acadêmico em variáveis níveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

De maneira geral, o padrão da QV dos acadêmicos foi consideravelmente razoável, e, em relação à percepção sobre a QV e saúde, os participantes se apresentaram, em sua maioria, satisfeitos, tendo em vista que a maioria dos alunos considerou como boa ou muito boa a sua QV, afirmando ainda estarem satisfeitos com sua saúde, embora tenha ocorrido uma contradição nos achados, principalmente na questão relacionada à frequência de sentimentos negativos.

A mudança de hábito por meio da conscientização do quanto é importante manter uma QV ideal gera influência positiva na aprendizagem do universitário, na saúde, no desempenho acadêmico, na assistência humanizada enquanto profissional. Trabalhar esse tema no meio acadêmico mediante rodas de conversa, projetos, palestras, discussão de maneira geral pode condicionar para a redução de agravos futuramente.

Uma lacuna relacionada ao estudo foi que este não permitiu identificar as causas associadas aos sentimentos e sensações negativas relacionadas à insatisfação com QV, tendo em vista que o estudo demonstra aspectos gerais da sua percepção quantitativamente.

Em suma, é imprescindível a construção de novos construtos a respeito da temática, viabilizando a discussão das necessidades e anseios dos graduandos, a fim de desvendá-los e extenuá-los, oportunizando, conseqüentemente, para um melhor desempenho na vida pessoal, bem como na própria academia.

REFERÊNCIAS

ARRONQUI, G. V.; LACAVA, R. M. V. B.; MAGALHÃES, M. F. *et al.* Percepção de graduandos de enfermagem sobre sua qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 6, p. 726-765, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a05v24n6.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2019.

BAMPI, L. N. S.; BARALDI, S.; GUILHEM, D. *et al.* Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. **Rev Bras Educ Med** [online], v. 37, n. 2, p. 217-225, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/09.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. **Rev Bai Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>. Acesso em 24 mar. 2019.

EURICH, R. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul** [online], v. 30, n. 3, p. 211-220, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-8108200800400010>. Acesso em: 22 mar. 2019.

FLECK, M. P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHO-QOL - bref”. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

GIACOMONI, C. H. Subjective well-being: the search for quality of life. **Temas Psicol** [online]. vol. 12, n. 1, p. 43-50, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019.

KENNEY, S. R.; PAVES, A. P.; GRIMALDI, E. M. *et al.* Sleep quality and alcohol risk in college students: examining the moderating effects of drinking motives. **J Am Coll Health**, v. 62, n. 5, p. 301-308, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031278/pdf/nihms-580162.pdf>. Acesso em: 14 maio 2019.

LANGAME, A. P.; CHEHUEN NETO, J. A.; MELO, L. N. B. *et al.* Qualidade de vida do estudante universitário e o rendimento acadêmico. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 29, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4796/pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

LANTYER, A.; VARANDA, C. C.; SOUZA, F. G. *et al.* Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. **Rev Bras Ter Cogn**, n. 18, v. 3, p. 4-19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.880>. Acesso em: 2 fev. 2019.

LEÃO, A. M.; GOMES, I. P.; FERREIRA, M. J. M. *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0055.pdf>. Acesso em: 6 set. 2019.

LEÃO, A. M.; GOMES, I. P.; FERREIRA, M. J. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do nordeste do Brasil. **Rev Bras Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 55-65, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0055.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

LIMA, C. A. G.; MAIA, M. F. M.; MAGALHÃES, T. A. *et al.* Prevalência e fatores associados a comportamentos de risco à saúde em universitários no norte de Minas Gerais. **Cad Saúde Colet**, v. 25, n. 2, p. 183-191, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020223.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2019.

LOPES, S. H.; MEIER, D. A. P.; RODRIGUES, R. Qualidade do sono entre estudantes de enfermagem e fatores associados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, n. 2, v. 39, p. 129-136, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/32236/24760>. Acesso em 3 jun. 2019.

MACHADO, S. A.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Avaliação do perfil e qualidade de vida do acadêmico de enfermagem. **Rev Atenção à Saúde**, v. 14, n. 47, p. 55-60, 2016. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3417/pdf. Acesso em: 6 set. 2019.

MARTINS, M. E. G. **Introdução as Probabilidades e Estatísticas**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Estatística, 2005.

MOURA, I. H.; NOBRE, R. S.; CORTEZ, R. M. A. *et al.* Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 37, n. 2, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160255291.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.

OLIVEIRA, A. D.; SIQUEIRA, R. C.; NOGUEIRA, M. S. *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos institucionalizados e idosos em cuidados domiciliar. **Rev Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 3, p. 142-179, 2015.

PARO, A. C.; BITTENCOURT, Z. Z. L. C. Qualidade de vida de graduandos da área da saúde. **Rev Bras Educ Med**, v. 37, n. 3, p. 365-375, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/09.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

PETRINI, A. C.; MARGATO, G.; VILELA JUNIOR, G. B. Avaliação da percepção da qualidade de vida de jovens universitários: comparativo entre graduandos do turno diurno e noturno. **Rev Bras Qualidade de Vida**, v. 5, n. 3, p. 01-08, 2013. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1564/1020>. Acesso em: 11 out. 2019.

SOUZA, J. T.; FELIPE, R. N. R.; MUNHOZ, C. J. M. Qualidade de vida e autocuidado dos acadêmicos de enfermagem. **Rev Intern Saúde Coletiva**, v. 7, n. 7, p. 10-84, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160255291.pdf>. Acesso em 23 ago. 2019.

WHOQOL. Programme on mental health: WHOQOL user manual, p. 8, 2012 revision, **World Health Organization**, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>. Acesso em: 12 fev. 2019.

ZEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. L. M. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública** [online], v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>. Acesso em: 3 mar. 2019.

CAPÍTULO 28

COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE EDUCACIONAL: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NAS PESQUISAS DA PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

Samyra Paula Lustoza Xavier

Maria Rosilene Cândido Moreira

Lucas Dias Soares Machado

Sabrina Freitas Nunes

Larissa Uchoa Melo

Luciano Gualberto Soares

Francisco Ayslan Ferreira Torres

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

INTRODUÇÃO

O sistema público da saúde atual, pautado nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tem a promoção da saúde como base para execução de suas ações, possibilitando o acesso ao serviço e às intervenções resolutivas, com base nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde.

Esse novo olhar para a saúde se deu a partir da Reforma Sanitária, ocorrida na década de 80, que trouxe uma perspectiva mais ampliada ao setor, sinalizando que as mudanças devem ir para além da redefinição do modelo assistencial, ao passo em que vislumbram uma reestruturação institucional e do processo de trabalho, com destaque para as mudanças nos modos de ver, pensar e fazer na saúde (GANDRA, 2014).

Desde então, é notório que os setores da saúde e da educação têm se tornado alvo de constantes discussões, tendo em vista os desafios que o setor traz para o trabalhador e as discrepâncias entre o ensino e a prática em saúde. A preocupação com a qualidade da assistência e a capacitação profissional ganham cada vez mais espaço (ROCHA, 2016).

A formação em saúde ainda se mostra, predominantemente, restrita ao modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença e não no indivíduo, muito influenciado pelo referencial positivista e pelo modelo Flexneriano de

atenção à saúde (SILVA; CALDEIRA, 2010; CAMPOS, 2006). Portanto, fica evidente a necessidade de uma reformulação dos processos formativos cujo intuito deve voltar-se a traçar um novo perfil profissional com base nas competências, habilidades e atitudes que atendam às demandas do SUS.

As competências profissionais têm sido objeto de estudo no campo da educação e do trabalho desde a década de 70 (SILVA *et al.*, 2015). Definida como a capacidade de utilizar diferentes recursos para solucionar situações de forma eficaz, envolve a combinação de conhecimentos, motivações, valores, atitudes e ética, permitindo a tomada de decisões em situações complexas e a resolução de problemas (PERRENOUD, 2000; DIAS, 2010).

No campo da promoção da saúde, as competências passaram a ser discutidas a partir da Conferência de Galway, realizada na Irlanda em 2008, na qual indicaram-se valores, princípios e domínios para as ações em promoção da saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

As competências para promoção da saúde servem como referencial para estabelecer padrões profissionais no campo da saúde, assegurar a qualidade de trabalho, selecionar profissionais, identificar e estruturar programas de treinamento e nortear a formação acadêmica. O desenvolvimento de competências para promoção da saúde na formação dos profissionais tem sido discutido na literatura científica internacional como uma forma de assegurar uma assistência integral, resolutiva e de qualidade (SILVA *et al.*, 2015; ALLEGRANTE; BARRY, 2009).

No cenário brasileiro, as competências para promoção à saúde ainda têm sido pouco discutida, o que reitera a importância de pesquisas que tragam com mais evidência as produções científicas já realizadas, uma vez que permanecem lacunas quanto às competências desenvolvidas nos processos formativos e às estratégias de ensino utilizadas para que o aluno alcance esse padrão adequado nas práticas de promoção da saúde, configurando novas propostas para trabalhos futuros.

Nesse sentido, o presente trabalho objetivou conhecer o universo das publicações científicas brasileiras desenvolvidas pela pós-graduação *strictu sensu* acerca das competências em promoção da saúde no ambiente educacional.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca do desenvolvimento de competências para promoção da saúde no ambiente educacional, operacionalizada pelas seguintes etapas: identificação do tema de pesquisa e seleção

da questão norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos a partir de uma pré-seleção; categorização dos estudos selecionados; interpretação e análise dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

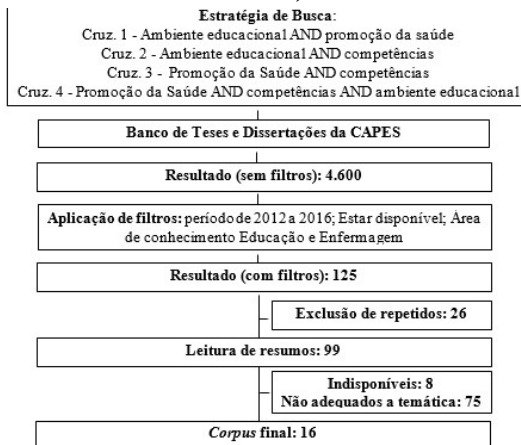
Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão norteadora: O que tem sido produzido pela pós-graduação do Brasil acerca do desenvolvimento de competências para promoção da saúde no ambiente educacional?

A coleta dos dados deu-se no Banco de Teses e Dissertações da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior (CAPES), no mês de outubro de 2017, cruzando-se os seguintes descritores controlados: “ambiente educacional”, “promoção da saúde” e “competências”, com o auxílio do operador booleano AND. A justificativa pela definição do banco da CAPES para coleta dos dados dá-se pela possibilidade de um maior acesso e divulgação da produção científica brasileira no âmbito da pós-graduação.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram recorte temporal de 2012 a 2016, estar disponível e ser da grande área de conhecimento da educação e/ou enfermagem. Já os de exclusão foram arquivos repetidos e os que, explicitamente, não se adequavam ao escopo deste estudo.

O processo de busca, a partir dos cruzamentos, resultou em 125 estudos, dos quais 26 eram repetidos. Dessa forma, 99 trabalhos tiveram seus resumos lidos com intuito de verificação da adequação temática; destes, oito não estavam disponíveis e 75 não se adequavam à temática, resultando em um *corpus* final de 16 estudos. O processo de seleção e busca está representado na figura 1.

Figura 1 – Processo de busca e seleção dos trabalhos. Crato, 2017



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

O banco de dados foi criado a partir dos resumos dos estudos, os quais foram transcritos para o Programa *LibreOffice Writer*, versão 5.4. Durante a preparação do banco de dados, a partir da leitura dos resumos, realizou-se a decodificação de duas variáveis (número do cruzamento: CRZ_01 e número do resumo RES_01), bem como a correção do texto, seguindo as normas do software em que estes foram processados, o Iramuteq (*Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires*), versão 0.7 alfa 2, desenvolvido por Ratinaud no ano de 2009 e introduzido em pesquisas brasileiras no ano de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para análise, definiu-se o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conhecido como método de Reinert, no qual os textos são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o cruzamento dos textos e palavras se dá a partir de matrizes para se obter uma classificação estável e definitiva; e a análise de similitude, que permite identificar a ocorrência entre as palavras e das variáveis comuns a todos os textos (CAMARGO; JUSTO, 2013). A análise interpretativa dos resumos se deu por meio dos dados gerados pelo *Software*, com base na análise de conteúdo temática de Minayo (MINAYO, 2010), e à luz da literatura revisada, que ofereceu base para a análise categorial.

RESULTADOS

Os dezesseis estudos analisados foram compilados em um quadro com as seguintes variáveis: ano, tipo de estudo, área de concentração e local de desenvolvimento do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Dados referentes aos estudos analisados, conforme variáveis: ano, tipo de estudo, área de concentração e local. Crato, Ceará. 2017

Ano	Tipo de estudo	Área de concentração	Local
2013	Dissertação	Enfermagem	Curitiba
2014	Dissertação	Enfermagem	Cuiabá
2014	Dissertação	Enfermagem	Fortaleza
2014	Dissertação	Enfermagem	Guarulhos
2014	Dissertação	Enfermagem	Belo Horizonte
2014	Tese	Enfermagem	São Paulo
2015	Dissertação	Educação	Canoas
2015	Dissertação	Enfermagem	Pelotas
2015	Tese	Enfermagem	Belo Horizonte
2015	Dissertação	Enfermagem	São Paulo

2015	Tese	Educação	Santa Maria
2016	Dissertação	Enfermagem	Fortaleza
2016	Tese	Enfermagem	Belo Horizonte
2016	Tese	Enfermagem	Curitiba
2016	Tese	Educação	Fortaleza

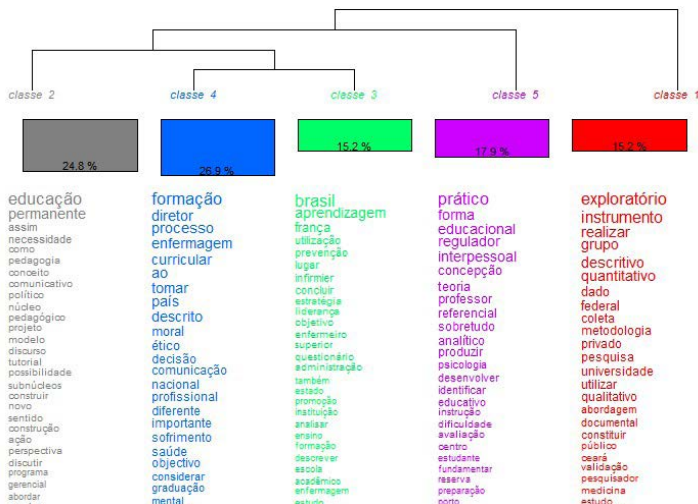
Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Os dados mostraram que nos anos de 2014, 2015 e 2016 houve cinco publicações em cada, e em 2013 apenas uma, conforme os dados disponibilizados no portal da CAPES. Quanto ao tipo de estudo, nove são do tipo dissertação de mestrado, sendo sete teses. Em relação à área de concentração, treze estudos são da Enfermagem. Os locais com maior número de publicações foram Fortaleza e Belo Horizonte, com três publicações cada.

O processamento dos dados no Iramuteq reconheceu dezesseis números de textos, correspondendo ao número de resumos analisados, 192 segmentos de texto, 6.931 ocorrências e 1.333 lematizações. A média das formas do segmento foi de 36.098958, gerando classes semânticas distintas, analisadas pela classificação hierárquica descendente.

A análise da CHD, por meio do dendograma, apresentou cinco classes distintas (Figura 2), gerando um aproveitamento de 75,52% dos *corpus* textuais analisados. Nessa etapa, as classes foram agrupadas em função da sua similaridade, com frequência média registrada ($\geq 3:314$), qui quadrado maior ou igual a 15 e *p* com significância $<0,0001$.

Figura 2 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Crato, Ceará. 2017



Fonte: Iramuteq, 2017.

A figura 2 ilustra as relações interclasses, evidenciando que, em um primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois grupos, originando a classe 1 e uma ramificação e, no segundo momento, a ramificação deu origem à classe 5 e a uma segunda ramificação, que deu origem à classe 2, além de uma terceira ramificação que, por fim, deu origem às classes 3 e 4.

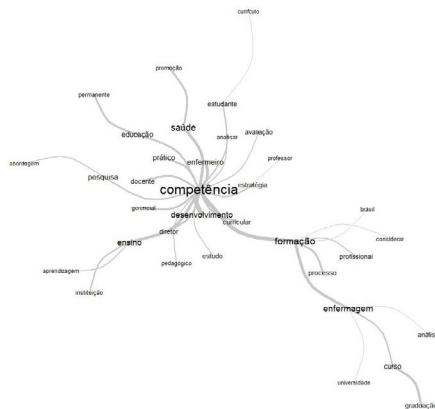
O desmembramento do conteúdo em várias classes simboliza que há uma menor relação entre as classes, à medida em que estas vão se subdividindo. Ou seja, as classes 3 e 4 possuem maior afinidade entre si e menor relação com as demais classes. A CHD estabilizou em cinco classes por se mostrarem estáveis em relação aos vocábulos semelhantes, classificando-as conforme a raiz semântica da palavra de maior destaque.

A classe 4, intitulada formação, concentrou 26,9% das unidades de contexto elementar (UCE), destacando as palavras que se referem ao contexto do processo de formação, em especial, no campo da enfermagem. A classe 2, nomeada de educação, reuniu 24,8% das UCE, considerando os termos que tangenciam para os processos pedagógicos e a educação permanente. A classe 5 teve uma representação de 17,5% das UCE, denominada de prático, a qual reúne as palavras que mais se relacionam às teorias e concepções educacionais.

As classes 3 e 1 agruparam 15,2% das UCE, cada. Intitulada Brasil, a classe 3 aglomerou os termos referentes aos locais em que se desenvolvem estudos relativos à aprendizagem, e a classe 1, denominada de método, reuniu os termos que se remetem aos processos metodológicos desenvolvidos pelos trabalhos estudados.

A Análise de similitude é um tipo de análise que se baseia na teoria dos grafos e possibilita identificar as coocorrências e a conexidade entre as palavras (figura 3).

Figura 3 – Análise de Similitude. Crato, Ceará. 2017



Fonte: Iramuteq, 2017.

O resultado gerou uma figura que apresenta um leque semântico entre as palavras, sendo as mais evidentes: competência, formação, enfermagem, saúde, promoção, educação e permanente. Destas, competência é destaque como núcleo central e possui uma ligação ascendente com os termos enfermeiro, saúde e promoção, e descendente com os termos formação e enfermagem, constituindo estes como principais eixos de representação dos *corpora* textuais estudados.

DISCUSSÃO

O banco de teses e dissertações da CAPES é um veículo de extrema importância para divulgação das pesquisas desenvolvidas nos cursos de pós-graduação do Brasil.

A CAPES é vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e atua na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* no país, divulgando a produção científica e disponibilizando-as desde 1987 (PAULA FILHO, 2008).

Como afirmam Vieira e Maciel (2007), o banco da CAPES é muito relevante para o campo da pesquisa científica pelo seu caráter multidisciplinar, o que lhe confere uma vasta abrangência, contemplando trabalhos de instituições públicas e privadas de todo território nacional, nas mais diversas áreas do conhecimento.

O crescimento dos cursos de pós-graduação *strictu sensu*, em nível de mestrado e doutorado, avançou de 3.337 para 4.175 programas, entre os anos de 2013 e 2016, atingindo um aumento de cerca de 25% no número de programas nos últimos quatro anos (CAPES, 2017). Consequentemente, esse aumento no número de cursos ofertados aumentam os estudos e as publicações científicas.

De acordo com os resultados, ao longo dos últimos quatro anos tem-se um aumento significativo no número de pesquisas acerca do desenvolvimento de competências para promoção da saúde no ambiente educacional. Esse aumento no número de publicação compreende também, em nível internacional, as discussões dos especialistas para construção de referenciais para desenvolvimento de competências essenciais para a promoção da saúde, estabelecido a partir da necessidade de se pensar em um padrão para a formação em saúde, como o *Competencies Health Promotion Project* (CompHP) (BATTEL-KIRK; BARRY, 2013).

Na realidade nacional, o aumento nas produções científicas aconteceu de forma mais evidente a partir de 2014, ano em que a Política Nacional de Pro-

moção da Saúde foi revisada, reafirmando a necessidade de evidenciar as discussões sobre os processos de educação, capacitação e formação profissional voltada a promoção da saúde (TAVARES *et al*, 2016).

Em relação ao processo da análise oriundas do processamento no Iramuteq, as representações agregam-se em torno de 5 classes no dendograma, além de um eixo central, segundo análise de similitude. Conforme apresentado, os termos formação e educação permanente foram as principais palavras nas classes de maior representatividade na CHD.

Os processos educacionais formais que regularizam as práticas profissionais de saúde são considerados processos formativos. Considerando-a como um conceito mais amplo, a formação se desenvolve no meio social, familiar, nas relações interpessoais, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais, dentre outros, em um contexto mais específico, voltando-se à educação escolar, que se desenvolve por meio do ensino (GANDRA, 2014).

Tendo em vista o novo perfil profissional e ciente da responsabilidade social que a educação tem frente ao avanço da sociedade de forma geral, o ambiente educacional começa a se configurar a partir da problematização do seu papel nesse processo formativo, discutindo e colocando no centro das discussões as relações e interferências que os fatores econômicos, políticos, culturais e escolares têm em relação a essa nova modelagem da educação e do aluno que se quer formar (REGUS, 2015).

Nesse processo de formação voltado ao contexto educacional, o educando percorre um currículo que contém disciplinas de cunho social e específico à área de estudo, cujo intuito é prepará-lo para a prática profissional, tanto no âmbito do cuidado individual, quanto coletivo.

O processo formativo, cujo currículo está orientado e pautado no desenvolvimento de competências, constitui-se como uma alternativa estratégica para adequar a formação do profissional de saúde às necessidades da comunidade, a partir da articulação entre teoria e prática, capacidades e ações, contextos e critérios de excelência (ROCHA, 2016).

A articulação entre o setor da saúde e da educação tem implementado políticas indutoras com vistas a propor uma melhor qualificação para formação técnica, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, motivando o processo de educação permanente nos trabalhadores de saúde (ROCHA,

2016). E para garantir a ampliação e aperfeiçoamento dos saberes dos profissionais em saúde, a educação permanente se apresenta como instrumento valioso para garantir tais aspectos (SADE, 2013).

No ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) como uma estratégia para recomposição das práticas de formação profissional, ao passo em que considera que a formação deve existir durante toda a trajetória profissional (BRASIL, 2004). A educação permanente é um conceito pedagógico do setor da saúde que estabelece uma relação entre o ensino e as ações e serviço, entre a docência e a atenção em saúde, entre a formação e a gestão, o desenvolvimento institucional e o controle social em saúde (BRASIL, 2009).

A educação permanente em saúde é uma estratégia que tem um caráter mobilizador, flexível e parte das incertezas, sendo, portanto, uma condição indispensável para incorporação de novos elementos na prática profissional (LIMA, 2014). A ideia de que o profissional de saúde deve estar constantemente se aperfeiçoando, ao passo em que ensina e aprende, sempre adquirindo novos saberes, configura-se como educação permanente e é uma das competências que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) elencaram como base para a formação profissional (BARSBOSA, 2014).

As DCNs se constituem como um conjunto de indicações que devem guiar o processo educacional, orientando o planejamento acadêmico (RENNÓ, 2015). Estas, previstas para a graduação em Enfermagem, destacam que os acadêmicos devem desenvolver competências e habilidades relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

A formação baseada no desenvolvimento de competências e habilidades rompe com o modelo tradicional de ensino ao envolver os processos de transmissão de conhecimentos e a mobilização de recursos para resolução de problemas reais (NUNES, 2015). No campo da promoção da saúde, as competências referem-se a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam que o profissional execute tarefas de acordo com um padrão, reconhecendo as competências centrais e ou essenciais (NETTO-MAIA, 2016).

As competências para promoção da saúde são de fundamental importância para o desenvolvimento de boas práticas em saúde, já que conferem ao profissional o desenvolvimento intelectual contínuo, por meio da educação

permanente em saúde, fundamentando suas intervenções nas reais necessidades de vida e saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Por se tratar de um estudo de revisão, é mister ressaltar as limitações que os resultados sinalizam. Estes, apesar de a reprodutibilidade ter sido garantida, em muitos aspectos estiveram muito voltados ao desenvolvimento de competências, não especificamente no campo da promoção da saúde, no entanto, serviram de base para fundamentar a discussão em outros aspectos.

Conforme os achados, evidenciou-se um crescimento significativo das produções científicas acerca do desenvolvimento de competências em nível educacional no âmbito da pós-graduação brasileira, sendo ainda muito mais frequente nos cursos de pós-graduação em Enfermagem.

Os estudos analisados destacam, em sua totalidade, a importância que a formação, baseada em um currículo por competências, tem para a formação e prática profissional, sendo o CompHP um importante referencial balizador da condução dos processos formativos em saúde no cenário brasileiro.

Ciente de que a Promoção da Saúde é o paradigma da saúde no Brasil, e que as ações assistenciais, assim como a formação em saúde no Brasil devem ser regidas por ela, este estudo possibilita uma análise da necessidade de reorientação e dá um novo direcionamento para o fazer saúde, atendendo as demandas do SUS em toda a sua complexidade.

Vislumbrando o aperfeiçoamento das pesquisas no campo da promoção da saúde, tendo em vista as demandas sociais atuais, é importante que outras pesquisas sejam desenvolvidas para analisar qual o possível impacto dessa formação por competências na prática profissional, trazendo novas possibilidades de práticas pedagógicas que auxiliem no processo formativo na saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEGIANTE, J. P.; BARRY, M. M. Toward Domains of Core Competency for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Educ. Behav.* v. 36 n. 3, jun. 2009.

BARBOSA, L. R. **O ensino das competências gerenciais na percepção dos docentes de um curso de graduação em enfermagem.** 90f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Universidade Guarulhos, São Paulo, 2014.

BATTLE-KIRK, B.; BARRY, M. M. Developing competency-based accreditation for health promotion in Europe. **Rev Med** (São Paulo). v.92, n.2, p.87-96. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepromocao.da.saudeic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *In.*: **Cadernos RH saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, v.3, n. 1, março, 2006.

CAPES. Avaliação da CAPES aponta crescimento da pós-graduação brasileira. 2017. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/8558-avaliacao-da-capes-aponta-crescimento-da-pos-graduacao-brasileira>. Acesso em: 14 de dezembro de 2017.

DEMPSEY, C.; BATTLE-KIRK, B.; BARRY, M. M. **Competências Principais em Promoção da Saúde** – CompHP. Versão resumida. Paris: IUHPE, 2011.

DIAS, I. S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo. v.14, n. 1, p. 73 – 78, jan- jun., 2010.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.1, p. 9 – 11, jan-mar., 2014.

GANDRA, E. C. **A defesa da saúde e a atuação política do enfermeiro: competências para a promoção da saúde na formação profissional**. 161 f. 2014. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, 2014.

LIMA, L. P. S. **A Formação para educação permanente em saúde no ensino de graduação**. 81f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, 2014.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NETTO-MAIA, L. L. Q. **Desenvolvimento de Competências para a Promoção da saúde na formação do enfermeiro**. 133f. Tese [Doutorado em Enfermagem], Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2016.

NUNES, N. J. S. **Competências gerenciais no processo de formação dos enfermeiros**. 116f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, 2015.

PAULA FILHO, H. **A produção acadêmica nacional sobre propriedade intelectual: um estudo no banco de teses da CAPES**. 94f. Dissertação [Mestre em Tecnologia], Centro Federal de Educação tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET), Rio de Janeiro, 2008.

PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

REGUS, C. G. M. **O Ensino por competências: uma visão das Instruções reguladoras do ensino por competências e suas decorrências para as práticas educativas no Centro de Preparação de Oficiais da Reserva de Porto Alegre (CPOR/PA)**. 99f. Dissertação [Mestrado em Educação], Centro Universitário La Salle, Canoas, 2015.

RENNÓ, H. M. S. **Desenvolvimento de competências ético-morais e o sofrimento moral na formação em Enfermagem**. 180f. Tese [Doutorado em Enfermagem e Saúde], Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.

ROCHA, A. C. O. **Adaptação e validação do questionário de habilidades curriculares para os cursos de graduação em saúde**, 114 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.

SADE, P. M. C. **Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro pelos serviços de educação permanente**. 109f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2013.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primário à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p. 1187 – 1193, jun, 2010.

SILVA, K. L.; ARAÚJO, F. B. O.; ANDRADE, A. M.; BASÍLIO, N. C.; SENA, R. R. O que vem se falando por aí de competências no ensino de promoção da saúde na formação do enfermeiro? **ABCS Health Sci**. V.40, n.3, p. 286 – 293, 2015.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L.; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

VIEIRA, R. A.; MACIEL, L. S. B. Fonte investigadora em Educação: registros do banco de teses da CAPES. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.2, p. 353 – 367, mai-ago, 2007.

CAPÍTULO 29

APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUERZ PARA A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leonardo Nunes Ferreira

Bruna Pereira de Andrade

João Agostinho Neto

Maria Vitória Ribeiro da Silva

Helvis Eduardo Oliveira da Silva

INTRODUÇÃO

A aprendizagem exige interação dos envolvidos por meio do processo de ensino para que possam apropriar-se de conhecimentos estabelecidos, logo, a aprendizagem não se resume apenas na metodologia tradicional de um processo acumulativo. Diante de uma formação fragmentada, que tem dificultado a construção de um olhar crítico e ampliado sobre a sociedade e suas necessidades de saúde, hodiernamente têm sido adotadas metodologias ativas de aprendizagem, resultando na busca pelo conhecimento (SILVA *et al.*, 2020).

A formação de profissionais em saúde está cada vez mais ligada às concepções pedagógicas, sendo discutido sobre a importância da apropriação e utilização de metodologias que formem profissionais críticos, reflexivos e transformadores de suas realidades na prática profissional com usuários, famílias e comunidades (MACEDO *et al.*, 2018).

A escolha dos tipos de abordagem educacional repercute diretamente no processo de ensino-aprendizagem. Existem vários métodos didáticos que utilizam a problematização e possibilitam o desenvolvimento de habilidades comunicativas, além da autonomia e da criatividade, sendo algumas das competências esperadas na formação. Uma dessas abordagens é o método do Arco de Maguerz (SANTOS *et al.*, 2018).

O método do Arco de Maguerz (AM) é uma proposta de problematização utilizada no processo de ensino aprendizagem que tem como objetivo identificar situações problematizadoras, e que, por meio de conhecimentos teóricos adqui-

ridos, os envolvidos possam elencar alternativas que busquem solucionar um determinado problema apresentado (SANTANA; VALENTE; FREITAS, 2019).

As etapas do método são configuradas em etapas que partem de um problema na realidade e conduzem à solução do problema elencado, sendo as seguintes etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (SOARES; SANTOS; BARIN, 2018).

Os resultados do estudo de Leal *et al.* (2018), identificaram que a utilização da problematização mediante o AM fez com que os alunos participantes do estudo desenvolvessem autonomia frente ao conhecimento obtido coletivamente, em vista de que esse processo teria sido conduzido a partir do resgate de conhecimentos prévios dos discentes frente à realidade apresentada.

Nessa perspectiva, cabe destacar a importância da utilização de metodologias ativas e problematizadoras para a sistematização da discussão interprofissional como uma ferramenta de ensino-aprendizagem que auxilia no processo crítico-reflexivo e para a problematização da realidade. Segundo Costa *et al.* (2015), a formação de profissionais de saúde possui fragilidades nos cenários do serviço, mais especificamente nos processos de educação permanente em saúde, nos quais existe uma tendência de um modelo de atenção fragmentado e pouco resolutivo.

A interprofissionalidade em saúde é conceituada como um mecanismo em que duas ou mais profissões constroem saberes e aprendem sobre a importância da contribuição de cada uma dentro do sistema, auxiliando no desenvolvimento técnico-científico de toda a equipe, além de promover um maior aperfeiçoamento da qualidade no cuidado ao paciente. É considerada uma forma de educação que tem como prioridade o trabalho em equipe, a integralização e o dinamismo, no que diz respeito a um amplo conhecimento de diversas áreas, sempre respeitando as especificidades de cada profissão (PEDUZZI, 2016).

Sendo assim, a interprofissionalidade é um mecanismo que tem auxiliado no desenvolvimento de novos conceitos, dentro da saúde e da educação, no que diz respeito à formação interdisciplinar e intercultural, além de construção de novos elementos dentro do trabalho coletivo em saúde. A literatura científica aponta que a prática colaborativa pode melhorar o acesso aos serviços de saúde e contribuir para o uso adequado de recursos clínicos.

Além disso, o trabalho interprofissional tende a integralizar os saberes, pensamentos e ações na construção de novos processos, gerando implicações conceituais e metodológicas defazer saúde e educação (PEREIRA, 2018).

Portanto, este estudo objetivou relatar o uso da metodologia problematizadora de Maguerez na prática da formação interprofissional da saúde e sua aplicabilidade no sistema de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, com embasamento teórico que descreve um produto de prática no território sobre a “formação interprofissional na saúde”, a partir da aplicação do Arco de Charles Maguerez no Eixo da Educação Permanente em Saúde (EPS), do Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde Interprofissionalidade, da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Os cenários de construção do produto foram a Secretaria Municipal de Saúde do Crato e a Área Descentralizada de Saúde do Crato, por serem onde estão concentrados os profissionais e estudantes que compõem o eixo da EPS do PET. Antes da construção do produto, o grupo trabalhou com a leitura de artigos para alinhamento teórico e, por conseguinte, a participação em uma oficina sobre a ferramenta. A escolha do método se deu pela necessidade de implementação de uma metodologia problematizadora nas ações teórico-práticas do eixo EPS sobre a temática “formação interprofissional na saúde”.

A pesquisa não fere nenhum dos critérios da ética em pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de um relato de experiência produzido a partir da construção do produto de um dos grupos do PET-Saúde Interprofissionalidade, da Universidade Regional do Cariri.

A aplicação do Arco aconteceu, inicialmente, com uma breve discussão sobre as etapas do método do AM. Em seguida, foi apresentado um disparador de sensibilização para a temática proposta por intermédio de um vídeo sobre Educação Interprofissional, veiculado no Laboratório de Inovações em Educação na Saúde e divulgado no canal do Youtube, que discutiu a reorientação da formação por meio da educação interprofissional e prática colaborativa. Finalizou-se com as discussões da temática “formação interprofissional na saúde” em cada fase e a construção do Arco, que será detalhado no tópico a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Construção do Arco de Maguirez para a Formação Interprofissional na Saúde

A implantação de recursos pedagógicos que garantam a formação interprofissional na saúde torna-se, ao mesmo tempo, um desafio e uma possibilidade para instituições de ensino superior que buscam romper o modelo Flexneriano, que se desenvolve a partir de uma perspectiva individualista, biologicista, centrado na assistência hospitalar e com ênfase nas especialidades (PAGLIOSA; ROS, 2008). Com isso, o PET Saúde Interprofissionalidade da URCA traz, em um de seus movimentos de formação no serviço, a construção do Arco de Maguirez para a formação interprofissional na saúde, detalhada nas etapas abaixo:

Primeira etapa: observação da realidade

Vale citar que, antes de iniciarmos esta etapa, o grupo realizou um estudo sobre o Arco, identificando suas etapas apresentadas, sua aplicabilidade e importância para o ensino. Assim, foi determinado que o tema em estudo seria a interprofissionalidade.

Esta etapa consiste na participação ativa dos sujeitos de um grupo em comum a fim de apresentar um olhar atento para o nosso redor. Assim, é um momento em que os indivíduos envolvidos podem perceber a realidade, escolhendo aspectos que precisam ser trabalhados, melhorados e aprimorados (CRUZ *et al.*, 2017). Com isso, afinilamos o nosso problema de estudo, querendo saber se a formação interprofissional existe entre os Cursos de Graduação como Enfermagem, Biologia e Educação Física que fazem parte do Centro de Ciências Biológicas e Saúde da URCA.

Segunda etapa: pontos-chave

Nessa etapa, os sujeitos realizaram uma lista com os pontos-chave, elencados de acordo com a percepção que cada pessoa mostrava como empecilhos para esse problema existir. Vale ressaltar que, nesta etapa, destacam-se pontos considerados significativos para o grupo no momento.

Os pontos-chave foram: grade curricular / Projeto Pedagógico do Curso (PPC) em desacordo com as diretrizes curriculares atuais; pedagogia tradicional quanto à falta de protagonismo para os alunos; dificuldades de metodolo-

gias ativas por parte dos docentes, poucos projetos que trabalham com interprofissionalidade; falta de interesse dos estudantes; ausência de disciplinas que trabalham a formação docente no ensino da saúde; disciplinas não integradas com outros cursos; falta de comunicação entre os departamentos dos cursos de saúde; e fragmentação das áreas do saber.

Terceira etapa: teorização

Na teorização, acontecem os processos mentais, fator que favorece o crescimento intelectual dos alunos (PINA *et al.*, 2015).

Nesta etapa, passou-se a refletir e discutir os referenciais teóricos impressos e disponíveis em bancos de pesquisas virtuais, sobre a formação interprofissional entre os cursos de graduação envolvendo a saúde.

Após a busca teórica, pontuamos alguns estudos que o grupo mostrou como importantes para a leitura e usamos, como embasamento: os estudos sobre PPC dos cursos de Biologia (licenciatura e bacharelado), Enfermagem e Educação Física; consideração de interprofissionalidade nos PPC, as diretrizes curriculares de cada curso (parte geral e específica); matriz curricular de cada curso; e leitura de artigos sobre formação interprofissional na saúde, formação docente e educação em saúde.

Quarta etapa: hipóteses de solução

Esta fase trata-se da construção de alternativas, com vista de solucionar os problemas identificados de forma crítica, entre o confronto da teoria com a realidade.

Após a teorização, foram pontuados algumas hipóteses de solução para o problema, a saber: associar a teoria com a prática; estimular a implantação de programas e projetos dentro do ambiente acadêmico que possibilitem a vivência interprofissional dos discentes; estimular a implantação de disciplinas nas grades curriculares de cursos da área da saúde, que possibilitem a inserção da interprofissionalidade na prática pedagógica; a capacitação dos docentes quanto à interprofissionalidade na formação acadêmica de futuros profissionais da área da saúde; verificar se está acontecendo na URCA a formação permanente; discutir a temática interprofissionalidade dentro dos órgãos estudantis e apresentar a sua importância e a relevância para a formação dos profissionais da área da saúde; propor aos departamentos inseridos no Centro

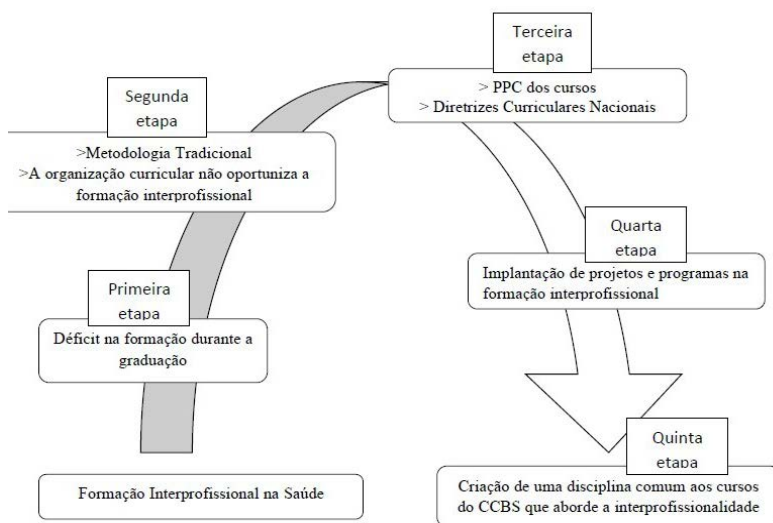
de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) que ocorra uma maior comunicação entre esses setores; criar grupos de estudos para aplicar o Arco de Magueréz por alunos desses cursos.

Quinta etapa: aplicação à realidade

Na quinta e última fase do Arco de Charles Magueréz, os envolvidos são encaminhados à construção de novos conhecimentos para ressignificar a realidade observada, revendo as hipóteses de soluções anteriormente citadas (FORTE *et al.*, 2015).

Como propostas, listaram-se alguns pontos nesta fase, como realização de encontros com as coordenações dos cursos do CCBS e criação de uma disciplina comum sobre interprofissionalidade.

Figura 1 – Uso do Arco de Magueréz como metodologia ativa problematizadora no processo de aprendizagem nas instituições de ensino



Fonte: Desenvolvido pelos autores.

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a necessidade de reestruturação dos serviços sanitários, sendo fundamental as instituições de ensino inovarem nos processos de formação, adotando espaços de reflexão e autonomia no processo de aprendizagem (MIGUEL *et al.*, 2018). Essa relação entre ensino-serviço estimula a troca mútua de saberes entre a academia e as unidades de vivência e prática. É importante que as instituições estimulem o uso de metodologias ativas, buscando a participação de todos os envolvidos

e, sobretudo, uma maior autonomia para os discentes. Destaca-se o Arco de Charles Maguerez como método ativo problematizador, que busca identificar um problema presente na nossa realidade e a solução deste, a partir de etapas que estimulam o pensamento crítico-reflexivo dos estudantes e o trabalho em equipe, respeitando o protagonismo estudantil (MACEDO *et al.*, 2018).

A importância da interprofissionalidade para a formação de um profissional holístico

É vivenciada pelo SUS uma situação singular, em que coexistem na mesma população diferentes processos mórbidos, caracterizados por doenças infectoparasitárias, causas externas e doenças crônicas não transmissíveis. A esse fenômeno atribui-se o termo tripla carga de doença, condição esta reflexo de uma mudança no perfil populacional. Diante disso, faz-se necessário mudanças no processo de formação acadêmica, atendendo as necessidades estampadas pela sociedade, e com isso a garantia de uma atenção integral à saúde (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Além disso, é imprescindível que o profissional de saúde esteja apto ao reconhecimento holístico da pessoa, atendendo não somente as necessidades biológicas, no que diz respeito a sua enfermidade, mas também o seu “ser” humano. O reconhecimento da complexidade frente à assistência integral do paciente mostra a importância da participação interprofissional, haja vista que se somam conhecimentos em diversas práticas de saúde, em um processo de interdependência profissional (MONTANARI, 2018).

Para que isso ocorra de forma efetiva, é imprescindível um alicerce pedagógico firmado em trocas mútuas de experiências entre alunos de diversos nichos, além da participação em equipe na resolução de problemas (PARO; PINHEIRO, 2018).

A formação de profissionais isolados, prática conhecida como “tribalismo de profissões”, submete desnecessariamente o paciente a práticas assistenciais repetitivas e onerosas, rompendo assim com o princípio da integralidade, fato corroborado por práticas educativas ainda centradas na formação e capacitação isolacionista de futuros colaboradores da saúde. Com isso, torna-se fundamental uma reestruturação global para a formação em educação interprofissional (FILHO *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2018).

Sendo assim, a inserção de uma política unificadora, pautada na formação multiprofissional em saúde, torna-se estratégica para o enfrentamento dos novos desafios vivenciados pelo sistema de saúde (JUNIOR; MONTANARI; AVILA, 2018).

Desafios enfrentados à implantação da formação interprofissional em saúde

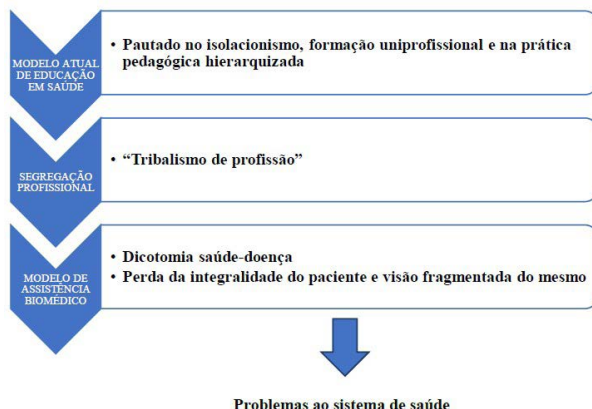
Como exposto anteriormente, destaca-se na grade curricular das atuais faculdades uma matriz polarizada e centrada na formação de silos profissionais específicos, com base em práticas, muitas vezes, desvirtuadas das reais necessidades da população por elas assistidas (JUNIOR; MONTANARI; AVILA, 2018).

A essa lógica segue-se o modelo biomédico de assistência, centrado no binômio saúde-doença, em que o entendimento da pessoa como um ser puramente orgânico fragmenta-o em sistemas, que devem ser abordados do ponto de vista de diferentes profissionais, técnicas e tecnologias (LIMA *et al.*, 2018).

Soma-se, ainda, a persistência de uma ideia ultrapassada do aluno como assimilador passivo de conhecimento e do professor em posição hierarquizada, imbuído do conhecimento incontestável (BATISTA *et al.*, 2018).

A figura a seguir sintetiza os principais desafios enfrentados à implantação de uma formação em saúde interprofissional e as consequências do atual modelo de ensino curricular ao sistema de saúde.

Figura 2 – Práticas assistenciais repetitivas, onerosas e, muitas vezes, fora do real contexto enfrentado pela população



Fonte: Desenvolvido pelos autores.

O AM como ferramenta necessária na identificação e proposição de soluções

Esboçada a necessidade da interprofissionalidade para a formação estudantil, cumpre ressaltar a importância da discussão e elaboração de planos para solução e enfrentamento dos problemas vivenciados na prática curricular. Surge, assim, uma ferramenta de extrema importância, cujos princípios se baseiam na observação da realidade, a partir do cenário atual de ensino pedagógico, na teorização em cima da proposta discutida e, posteriormente, no levantamento de soluções e sua aplicabilidade *in loco*. Assim é o Arco de Magueréz, um instrumento essencial na problematização e elucidação de problemas (MIGUEL *et al.*, 2018).

O protagonismo estudantil parte do preceito de que o discente é vital na formulação de propostas resolutivas frente a desafios reais vivenciados pela comunidade. Contraponto ao modelo tradicional, em que o estudante é colocado como mero receptor de conhecimento. Inúmeras metodologias ativas são descritas na literatura, as quais almejam a maior participação do aluno frente a sua formação acadêmica. O Arco de Magueréz destaca-se por incitar a curiosidade e senso crítico nos estudantes, bem como o engajamento individual e coletivo na busca de soluções dos problemas por eles identificados (MACEDO *et al.*, 2018).

Com isso, a aplicação da metodologia ativa mostra uma maneira de adequação do ensino superior frente aos desafios apresentados pelo sistema de saúde e a uma maior complexidade no que tange à saúde humana, levando em consideração aspectos próprios do aluno, como seu estado físico e mental, assim como condições extrínsecas, caracterizada pela metodologia ativa problematizadora (SANTOS *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Diante das transformações vivenciadas pelo SUS, caracterizadas pela tripla carga de doenças, e visando um atendimento integral ao indivíduo, é cada vez mais notória a necessidade de ruptura com o ensino tradicional, isolacionista e biomédico, incorporando medidas pedagógicas ativas de ensino-aprendizagem, com a finalidade de gerar profissionais capazes de desenvolver um senso crítico-reflexivo acerca da realidade.

Assim, é importante ressaltar o Arco de Maguirez para promoção da saúde e para formação de estudantes e profissionais das diversas áreas, visto que essa metodologia, aliada à atenção à saúde, tem papel eficiente, gerando maior autonomia na elaboração de conhecimentos dentro das atividades educacionais, em sala de aula ou em campos de práticas, promovendo uma maior integração entre as equipes e uma maior aplicabilidade para o SUS, no que diz respeito ao atendimento holístico em saúde.

Ademais, mudanças são primordiais na educação de profissionais da área da saúde para obter êxito com o trabalho interprofissional de qualidade. Dessa forma, o uso de metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, como o Arco de Maguirez, ainda na graduação, pode de forma concreta auxiliar na modificação de ações que contribuam na prática de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. G.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. A. A interface entre o PET-Saúde de Educação Permanente em Saúde. **Ensaio | Essay**, Rio de Janeiro, 43, Agosto 2019. p. 97-105.
- BATISTA, N. A. *et al.* Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface comunicação, saúde e educação**, São Paulo, 22, Junho 2018. 1705-1715.
- COSTA, M. V. *et al.* A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface comunicação, saúde e educação**, 22, Novembro 2018. 1507-1510.
- CRUZ, R. A. O. *et al.* Ensino do processo de enfermagem na academia: relato a luz de Maguirez. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, 11, Dezembro 2017. 54715477.
- FILHO, J. R. F. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, 43, 2019. 8696.
- FORTE, F. D. S. *et al.* Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de odontologia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 25-38, Junho 2015.
- JUNIOR, N. C.; MONTANARI, P. M.; AVILA, L. K. Apresentação - Educação interprofissional em saúde na integração ensino e trabalho: apontamentos e contribuições da professora Regina Marsiglia para esse campo. **Saúde Sociedade**, São Paulo, 27, Outubro-Dezembro 2018. 976-979.

LEAL, L. B. *et al.* Método ativo problematizador como estratégia para formação em saúde. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, p. 1139-1143, Abril 2018.

LIMA, V. V. *et al.* Desafios na educação de profissionais de saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface comunicação, saúde e educação**, 22, Agosto 2018. 1549-1562.

MACEDO, K. D. S. *et al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Escola Anna Nery**, 22, 2018. 1-9.

MIGUEL, E. A. *et al.* Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de saúde. **Interface comunicação, saúde e educação**, 22, Abril 2018. 1763-1776.

MONTANARI, P. M. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 27, n. 4, Outubro-Dezembro 2018. 980-986.

PAGLIOSA, F. L. ROS, M. A. D. O relatório Flexner: Para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.4, p. 492-499, 2008.

PARO, C. A.; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em saúde coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface comunicação, saúde e educação**, Maio 2018. 1577-1588.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 20, n. 56, p. 199- 201, Maio 2016.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. 2, p. 1753-1756, Agosto 2018.

PINA, R. M. P. *et al.* Ensino de enfermagem na saúde indígena: uma abordagem problematizadora- relato de experiencia. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, 10, Abril 2015. 1556-1561.

SANTANA, E. B.; VALENTE, J. A. S.; FREITAS, N. M. S. Metodologia da problematização: o uso de situações- problema no ensino da astronomia. **Revista Exitus**, Santarém, v. 9, n. 1, p. 175-201, Janeiro-Março 2019.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Estratégias didáticas no processo de ensino- aprendizagem de gestão em enfermagem. **Texto contexto enfermagem**, 27, 2018. 1-11.

SILVA, A. N. *et al.* O uso de metodologias ativa no campo das ciências sociais em saúde: relato de experiencia de produção audiovisual por estudantes. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 24, p. 1-14, Agosto 2020.

SOARES, A. B.; SANTOS, L. A.; BARIN, C. S. O Arco de Maguerz como estruturador pedagógico TDIC. **Novas tecnologias na educação**, v. 16, n. 1, p. 1-10, Julho 2018.

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA:
VIVENCIANDO A FORMAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Fernanda Greicy Santos de Oliveira

Nara Juliana Santos Araújo

Eleonora Nunes Oliveira

Bruna Pereira de Andrade

João Agostinho Neto

INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde constitui-se uma prerrogativa do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo ao se considerar sua proposta inovadora de reorientação do modelo de atenção, pautada na universalidade, equidade e integralidade do cuidado (LIMA, 2019). Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) surgem como importante espaço de reorientação e mudança de prática para formação e atuação no campo da saúde e no âmbito intersetorial.

As RMS foram regulamentadas em 2005, definidas como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, com exceção da área médica (BRASIL, 2006, p. 7). São consideradas alternativas importantes no cenário da formação para dialogar diante de lacunas do conhecimento e do cuidado em saúde que não foram assimilados na formação em nível de graduação (AGOSTINHO NETO, 2018).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, da Universidade Regional do Cariri (URCA), foi implantado em 2017 a partir das propostas da formação em serviço, realizadas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Crato e a 20ª Coordenadoria Regional de Saúde da Macrorregião Cariri.

Durante o segundo ano de formação dentro da RMS da URCA, os residentes participam de percursos formativos denominados Rodízios de Atenção, que

são divididos da seguinte forma: Atenção à Saúde I, com ênfase nas ações de saúde da criança, do adolescente e da mulher; Atenção à Saúde II, destinado a ações no campo da saúde do homem, do idoso e do trabalhador; e Gestão em Saúde e em Educação Permanente. Cada rodízio tem, além das atividades coletivas, um espaço destinado para atividades com foco na formação do núcleo profissional do residente, que é denominado de Componente de Prática Específico (CPE).

Dentre as categorias profissionais da RMS da URCA, a Educação Física está incluída como importante categoria profissional capaz de assimilar conhecimentos da saúde coletiva e áreas afins, intervém em processos de saúde-doença, nas ações de promoção da saúde e no trabalho multiprofissional. Além disso, a Educação Física, nas RMS, surge como uma alternativa que pode contribuir para a diminuição da distância entre o mundo acadêmico, a atuação profissional e as áreas de intervenção em equipes multiprofissionais e na saúde (LOCH; FLORINDO, 2012).

Para o Núcleo da Educação Física da RMS no início do segundo ano, durante a participação no Rodízio de Atenção II, umas das atividades contempla um período de vivência e intervenção com atividades do CPE em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Segundo Creutberg *et al.* (2013 p.2), as ILPIs integram um sistema social que tem objetivos específicos de assistência ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, ou idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social.

De acordo com a política internacional do envelhecimento ativo, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde no ano de 2005, para que sejam atingidas a independência, a participação, a assistência, a autorrealização e a dignidade do idoso, compreendem-se três pilares: saúde, participação e segurança.

O envelhecimento não é igual para todas as pessoas, tal processo se dá de acordo com a genética e com o estilo de vida adotado, acrescido ainda de alterações das capacidades cognitivas, como aprendizagem e autonomia. O declínio no funcionamento cognitivo na pessoa idosa é provocado pelo desuso e por acontecimentos que influenciam no modo de vida. Com isso, ressalta-se a importância das Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) para manter o idoso ativo (SANTOS *et al.*, 2007).

As AVDs englobam ações como se alimentar, tomar banho e outras. As AIVDs são aquelas que necessitam de uma maior interação social por parte do

indivíduo, como fazer compras e utilizar algum meio de transporte (SANTOS; SANTANA; BROCA, 2016, p. 2). As duas categorias têm forte relação com a capacidade funcional dos idosos e auxiliam na avaliação do grau de dependência destes (SOUSA *et al.*, 2019). As situações de saúde e econômica estão entre os principais fatores responsáveis pela perda da capacidade funcional dos idosos (PINTO *et al.*, 2016).

As AVDs e as AIVDs são importantes para promover o estímulo e a manutenção de múltiplas habilidades intelectuais, físicas e psicossociais, favorecendo a manutenção e o fortalecimento da rede de apoio, participação social e autopercepção, que influenciam diretamente na prevenção de doenças e isolamento social (DIAS *et al.*, 2011).

Assim, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de um profissional de Educação Física residente em Saúde Coletiva inserido em uma ILPI, e tem como ferramentas técnicas a implementação de atividades funcionais e cognitivas para o cuidado em saúde que contribuem com diminuição dos efeitos degenerativos do envelhecimento humano.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Experiência, com aporte bibliográfico, e descreve a vivência de um profissional de Educação Física residente em Saúde Coletiva, durante suas intervenções em uma ILPI, no Crato - Ceará.

O espaço de intervenção foi fundado em 5 de maio de 1942, no município de Crato, e tem como foco o cuidado com idosos abandonados, bem como o de acomodar as freiras da congregação das Irmãs Filhas de Santa Tereza de Jesus que, por questões de saúde, não podiam mais desempenhar suas funções.

O período da intervenção e vivência ocorreu entre os meses de abril e julho de 2018, frequência semanal dentro do Rodízio de Atenção à Saúde II, CPE Saúde do Idoso. O Rodízio de Atenção à Saúde tem como objetivo desenvolver no futuro sanitarista a sua percepção crítica para com os mecanismos de atenção e cuidado à saúde em populações específicas.

O relato é composto por três etapas, que também são as mesmas utilizadas pelo residente durante o CPE: a territorialização, o planejamento e a intervenção, as quais serão descritas nas subseções temáticas que compõem o tópico Resultados e Discussão.

A pesquisa não fere nenhum dos critérios da ética em pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de um Relato de Experiência pro-

duzido a partir do desenvolvimento da metodologia ensino-serviço durante o percurso de formação de parte dos autores do trabalho, não sendo divulgada nenhuma informação que viole a dignidade e a imagem do público acolhido no espaço da intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reconhecimento do território e planejamento de ações

No CPE do Rodízio de Atenção à Saúde II, o Núcleo de Educação Física é inserido em uma ILPI e deve considerar a realidade e a população local para desenvolver as suas intervenções. Nessa lógica, os momentos iniciais de construção do trabalho consideram a territorialização e o planejamento como pontos fundamentais para a construção de ações para o cuidado em saúde.

A etapa de territorialização é um momento de organização de processo de trabalho e também das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial determinada de forma antecipada (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Conhecer o território pode contribuir para o aprimoramento das condições de saúde, principalmente quando esses aspectos são levados em consideração durante o planejamento de ações de saúde, sejam preventivas, promotoras de saúde ou reparadoras (NOGUEIRA; RESENDE, 2015).

Inicialmente, realizou-se uma reunião com a coordenação da ILPI a fim de estabelecer o início do percurso de territorialização e planejamento, conhecimento do espaço, levantamento sobre o perfil das idosas acolhidas, equipes de saúde e profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

O espaço compreende uma área com duas casas, possui rampas de acessibilidade, refeitório, sala de TV, duas capelas, dormitórios individuais, enfermaria, horta e um amplo espaço para convivência. Atualmente, acolhe 23 freiras aposentadas, com idade entre 60 e 96 anos. Algumas possuem limitações físicas e/ou neurológicas, como perda de audição, perda da capacidade locomotora e cognitiva, decorrentes de uma ou mais patologias associadas – acidente vascular cerebral, Alzheimer, hipertensão, diabetes e artrose.

A referida instituição preza pela assistência humana das moradoras, seja espiritual, psicológica ou social. A instituição tem parcerias por meio de órgãos públicos, universidades e instituições de ensino de saúde/estagiários que direcionam olhar de atenção e proporcionam apoio e incentivo ao funcionamento e manutenção dessa Casa.

Além disso, a ILPI é assistida por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, fazendo assim parte da rede de espaços alcançados pelas ações do SUS, o que corrobora com um estudo de Creutzberg *et al.* (2013) sobre a relação de uma ILPI com o SUS. Existe uma equipe que se ocupa de boa parte dos processos de atenção à saúde, respondendo pelas demandas cotidianas de cuidado. Mesmo assim, a relação com os serviços de saúde acontece em diversos momentos, pois há a necessidade de exames diagnósticos, referência a especialidades ou hospitalização.

Atividades de Intervenção profissional

As intervenções profissionais foram direcionadas a partir de nexos pré-estabelecidos com a coordenação da ILPI e a expertise do profissional de Educação Física, por meio da análise das condições de saúde das acolhidas e da pactuação com as idosas.

A análise prévia ocorreu mediante avaliação das fichas individuais das institucionalizadas, da escuta qualificada dos profissionais de saúde, das observações e da anamnese. A análise se propôs a superar um modelo tradicional para o cuidado em saúde, de modo que as atividades foram direcionadas a partir da identificação do público pela prática, e também do olhar multiprofissional no sentido de que todos pudessem participar da construção do processo de cuidado.

Durante o processo de intervenção, observou-se, como principal dificuldade, o rompimento na rotina das idosas que não realizavam atividade física. Muitas vezes, por possuírem algumas limitações físicas, ficavam restritas a assistir à TV, fazer orações e pequenas atividades da rotina que exigiam pouca movimentação corporal. Com isso, o passo inicial para as intervenções foi conquistar o grupo por meio de visitas individuais nos dormitórios.

Segundo Njegovan *et al.* (2001), existe uma hierarquia natural de perda funcional associada ao declínio cognitivo: atividades instrumentais foram perdidas em indivíduos com alterações cognitivas mais leves, enquanto as atividades básicas foram perdidas apenas quando os indivíduos alcançavam um comprometimento cognitivo mais grave, sendo mantida essa forte relação entre nível cognitivo e habilidade funcional após o ajuste para o nível funcional na avaliação inicial.

A presença de profissionais especializados com o trabalho funcional do indivíduo idoso pode ajudar a retardar as perdas naturais a que estão submetidos em detrimento da idade. É possível que a intervenção com movimentos corporais em partes do corpo que não estão comprometidas com alguma seqüela possam ser eficazes para melhorias cognitivas e funcionais

Com isso, observando a limitação física e cognitiva do grupo, foi possível inserir, dentro da rotina semanal da instituição, um momento de práticas corporais. Inicialmente a frequência era mínima, mas dentro de poucos dias foi possível perceber um aumento significativo no número de idosas.

A atividade física é definida em duas vertentes, relacionada à saúde e à performance. A saúde contempla atributos biológicos que oferecem alguma proteção ao aparecimento de distúrbios orgânicos provocados pelo estilo de vida sedentário, e a performance envolve uma série de componentes relacionados ao desempenho esportivo ou laboral (NAHAS, 2006). É por intermédio da prática de atividade física que o idoso pode sentir-se mais útil, além de adquirir mais autonomia psíquica e física (OLIVEIRA; PINTO; CORDEIRO, 2015).

O grupo participava das práticas na área de convivência, em formato de círculo, a fim de facilitar a interação entre elas, promovendo a reintegração da imagem corporal e explorando a parte viso-motor das práticas. As principais intervenções realizadas foram atividades de alongamento (ativo e passivo), atividades psicomotoras e lúdicas.

Nesse contexto, orienta-se que atividades lúdicas, recreativas e esportivas devem ser atraentes, diversificadas, com intensidade moderada, de baixo impacto e realizadas de forma gradual. De tal forma, corroboramos a execução das atividades a fim de estimular os aspectos motores, lúdicos, psicológicos, socioafetivos, a integração e o bem-estar (SOUSA, 2005).

Segundo Di Rienzo (2009), o comprometimento das AVDs e AIVDs, constatado por meio de alterações na qualidade do desempenho ou de diminuição do número de atividades usualmente realizadas durante a vida, poderia estar relacionado ao início de declínio funcional físico ou cognitivo, a um quadro depressivo, às barreiras contextuais, à fragilidade da rede de apoio e/ou aos comprometimentos mais significativos de questões relacionadas às doenças e agravos crônicos não transmissíveis.

Por conseguinte, listam-se algumas atividades lúdicas que simulam as AVDs e podem ser utilizadas como forma de cuidado com a saúde funcional das idosas: a torre de copos consiste no empilhamento de copos em sequência, que estimula a coordenação motora fina, lateralidade, agilidade e concentração; no “vai e vem”, construído com uma garrafa PET e dois elásticos, conforme elas abrem e fecham os braços para a garrafa deslizar pelo elástico de um lado para o outro, há melhoria da coordenação motora grossa, agilidade, aumento da mobilidade torácica e a força do braço; a atividade “brincadeira da bengala”, que consistiu na organização dos participantes para passar o objeto

de mão em mão seguindo os comandos “somente com a mão de direita”, “apenas a mão esquerda”, “a bengala em pé”, “a bengala deitada”, houve enfoque ao estímulo à lateralidade, atenção e cooperação; e o jogo de memória com as cartas sobre a mesa, que traz como benefícios o desenvolvimento do raciocínio rápido, da noção espacial, da memória fotográfica, além de incentivar a concentração e a socialização.

Corroborando com as pesquisas que dizem ser necessário adaptar aos contextos de execução das atividades, principalmente as AIVD, nos grupos de convivência, de modo a abrangerem não só o ambiente, mas as pessoas e a própria atividade a ser executada, tais atividades devem ser inseridas como intervenções para manutenção ou promoção da saúde (DEL DUCA *et al.*, 2009).

Percepções profissionais a partir da vivência

A formação no serviço tem como característica a construção de uma identidade profissional a partir do percurso no território de atuação, em que se privilegia a complementaridade entre conhecimento teórico e a prática, destacando as relações mútuas entre as profissões, o potencial em realizar trabalhos conjuntos, incorporando as bases de trabalho coletivo na área da saúde (AGOSTINHO NETO, 2018). Assim, durante o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde, os residentes desenvolveram atividades de intervenção que possibilitou a correlação entre teoria e prática, contribuindo com o crescimento do profissional.

A vivência no CPE de Saúde do Idoso traz uma reflexão acerca da importância da presença do profissional de Educação Física em uma ILPI, pois a prática de atividade física atua diretamente como forma de prevenção e reabilitação da saúde da pessoa idosa, fortalecendo os elementos da aptidão física (resistência, equilíbrio, flexibilidade e força), sendo que se acredita que essa melhora esteja associada à independência e à autonomia do idoso, mantendo por mais tempo a execução das atividades diárias da vida, tanto as físicas quanto as instrumentais (GOBBI, 1997; SHEPHARD, 1991).

Após alguns dias no desenvolvimento de práticas de atividade física, já foi possível perceber melhora na autoestima, na emoção e na interação entre as participantes, o que pode ser constatado pelo depoimento de algumas idosas, que classificaram os exercícios e práticas como bons e solicitavam a repetição, por meio de comentários positivos e elogios à atividade. Nos diálogos realizados, também era comum ouvir questionamentos acerca do retorno do profissional para a ILPI.

Ao refletir sobre atividade física, é imprescindível pensar além dos benefícios biopsicossociais proporcionados pela sua prática, por exemplo, compreender a al-

teração de comportamento, seja ela individual e/ou coletiva para a adesão e manutenção dessas atividades. O debate em prol do envelhecimento ativo se mostra a cada dia mais necessário, pois busca melhorar a qualidade de vida à medida em que as pessoas envelhecem, permitindo que percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (SANTOS, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E APLICABILIDADE PARA O SUS

Com isso, o trabalho retratado por meio da vivência de um profissional de Educação Física permite compreender que existe um leque de possibilidades acerca da intervenção do profissional de Educação Física dentro de uma ILPI e na intervenção com o indivíduo idoso. O envolvimento com a intervenção numa perspectiva de formação no serviço traz uma percepção satisfatória para o profissional residente, a partir do contato com os idosos e com os profissionais do serviço, promovendo a construção de novos modos de cuidado em saúde numa perspectiva da Educação Física.

Além disso, é fundamental, para o profissional em formação, a compreensão sobre os aspectos que envolvem a territorialização e o planejamento, pois, nesse processo, descobrem-se os fluxos do serviço e a rede de colaboradores que atuam com o SUS e podem fortalecer o bem-estar e a saúde da população envolvida. Foi assim também a compreensão do residente a cerca da presença do Sistema Único de Saúde em uma ILPI e a sua relação com o CPE do programa de RMS a que está vinculado no período de formação.

Portanto, o conhecimento advindo da experiência com a prática tornou o saber mais próximo da população atendida e do profissional residente, o que torna possível a leitura da realidade a partir do fortalecimento dos vínculos interpessoais e dos momentos de lazer para o bem-estar físico e mental, diante da satisfação das idosas com as intervenções, bem como a melhora dos aspectos motores nas AVDs e AIVDs.

Por se tratar de uma vivência dentro de um processo de formação profissional que teve início e fim, alguns processos não puderam ser acompanhados longitudinalmente. Com isso, consideramos neste relato que a percepção do profissional residente e as representações das idosas institucionalizadas oferecem embasamento necessário para a efetivação dos objetivos proposto pelo trabalho.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO NETO, J. **A Formação do Profissional de Educação Física nas Residências Multiprofissionais em Saúde no Estado do Ceará**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

BRASIL. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, Avanços e Desafios**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006.

CREUTZBERG, M.; TAKASE, L. H.; SOBOTTKA, E. A.; OJEDA, B. S. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o sistema de saúde. **Ver Latino-Am Enfermagem [online]**, v. 15, n. 6, 2013.

DEL DUCA, G. F.; DA SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v 43, n. 5, 2009.

DI RIENZO, V. D. **Participação em atividades e funcionamento cognitivo: estudo de coorte com idosos residentes em área de baixa renda no Município de São Paulo** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

DIAS, E. G. *et al.* Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AA-VDS): um estudo de revisão. **Rev. Ter. Ocup.** Univ., v. 22, n. 1, 2011.

GOBBI, S. Atividade Física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial da Saúde em 1996. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, v. 2, n. 2, 1997.

LIMA, V. S. Produção de vídeo-educacional: estratégia de formação docente para o ensino na saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 2019.

LOCH, M. R.; FLORINDO, A. A. A Educação Física e as Residências Multiprofissionais em Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 17, n. 1, 2012.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, 2005.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Mediograf, 2006.

NJEGOVAN, V.; HING, M. M.; MITCHELL, S. L.; MOLNAR, F. J. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, 56(10):M638-43, 2001.

NOGUEIRA, P. M.; RESENDE, L. M. A importância do conhecimento do território. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**. V. 3. N. 1, 2015. Disponível em: <http://revis-tageraissaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/306/157> Acesso em: 25 abr.2020.

OLIVEIRA, D. A.; PINTO, N. S., CORDEIRO, L. S. Psicomotricidade na senescência. **Reinpec**, v. 1, n. 2, 2015.

PINTO, A. H.; LANGE, C.; PASTORE, C. A.; LLANO, P. M. P.; CASTRO, D. P.; SANTOS, F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n. 11, 2016.

SANTOS, G. L. A.; SANTANA, R. F.; BROCA, P. V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. **Escola Anna Nery**, v.20, n.3, 2016.

SANTOS, S. R. *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 6, 2007.

O Idoso nas Instituições de Longa Permanência: Asilo São Vicente de Paulo de Curitiba - 90 Anos de História. Monografia (Especialização Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar) Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2016.

SHEPHARD, R. J. Exercício e Envelhecimento. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 5, n. 4, 1991.

SOUSA, H. A. *et al.* Limitação funcional em atividades de vida diária e fatores associados em idosos da universidade da maturidade. **Revista Humanidades e Inovação** v.6, n.11 – 2019.

SOUSA, M. P. **O lúdico na terceira idade.** Monografia (Especialização em Psicomotricidade) Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2005.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Antonio Germane Alves Pinto

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Saúde da Família-UECE e em Educação Profissional pela Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE. Doutor em Saúde Coletiva-UECE. Pós-Doutor em Educação-PPGE - UECE. Professor Adjunto K da Universidade Regional do Cariri - URCA/CE. Membro da Academia Internacional de Poetas e Escritores de Enfermagem. Tem experiência em assistência de enfermagem, ensino na saúde, gestão acadêmica e pesquisa estratégica. Pesquisador do Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade (GBEM) da Universidade Federal de Pelotas/RS - UFPEL e Líder e Pesquisador do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) - URCA. Pai de Antonio (2017), Helena e Heloísa (2019)

Geanne Maria Costa Torres

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Especialização em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará; Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem - UFC; Saúde da Família - UFC; Gestão em Saúde - UECE; Gestão em Economia da Saúde - ESP - CE; Linhas de Cuidado em Enfermagem - DCNT - UFSC; e Docência na Educação Profissional - IFCE. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN), da Universidade Regional do Cariri (URCA). Mestre em Saúde da Família - Nucleadora UECE, com linha de pesquisa voltada para Saúde da Família. Enfermeira efetiva da Estratégia Saúde da Família do município de Salitre - CE.

José Adelmo da Silva Filho

Enfermeiro pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Mestrando do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri. Especialista na modalidade de Residência em Saúde Mental Coletiva, pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Saúde Mental, pela Faculdade Kurios. Especialista em Enfermagem em Dermatologia, pelas Faculdades Integradas de Patos. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) - URCA.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Alves da Silva

Assistente Social. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará. E-mail: adriana_as_ce@hotmail.com

Agna Teixeira Braga

Discente do Curso Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Unidade Descentralizada de Iguatu. E-mail: agna_teixeira2015@outlook.com.br

Airla Eugênia dos Santos Bacurau

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Esp. Em educação física escolar. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: airlaeugenia@gmail.com

Alécia Hercídia Araújo

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Membro da Liga acadêmica de ensino, pesquisa e extensão sobre enfrentamento das doenças negligenciadas (LIDONE) - URCA. E-mail: aleciaaraujo99@gmail.com

Alex Josberto Andrade Sampaio

Fonoaudiólogo. Especialista em Educação Popular em Saúde pela Fiocruz. Fonoaudiólogo da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha - CE. E-mail: alexjosberto@gmail.com

Álissan Karine Lima Martins

Doutora em Enfermagem e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: alissan.martins@urca.br

Amanda Caboclo Flor

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UFC. E-mail: amandacf2417@outlook.com

Ana Karina Bezerra Pinheiro

Doutora em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza -CE. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

Ana Lorena Brito Cruz

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família - Universidade Regional do Cariri. E-mail: Anabr11@hotmail.com

Ana Paula Agostinho Alencar

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: anapaulaagostinho0@gmail.com

Anderson Gomes De Lima

Graduando em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri.

Angélica de Fátima Borges Fernandes

Enfermeira. Especialista em Vigilância em Saúde, pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da Universidade Regional do Cariri, Crato - CE. E-mail: angelica-borgesf@gmail.com

Antonio Germane Alves Pinto

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva - UECE. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Líder e Pesquisador do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN/CNPq). E-mail: germanepinto@hotmail.com

Aretha Feitosa de Araújo

Enfermeira Sanitarista. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Docente da Universidade Regional do Cariri e da Faculdade de Juazeiro do Norte.

Beatriz de Castro Magalhães

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri, Mestranda em Enfermagem pela URCA. E-mail: beatriz.castro022015@gmail.com

Bruna Pereira de Andrade

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: brunaandrade888@gmail.com

Camila Almeida Neves de Oliveira

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: camilaandoliveira@gmail.com

Carla Andréa Silva Souza

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Membro da Liga acadêmica de ensino, pesquisa e extensão sobre enfrentamento das doenças negligenciadas (LIDONE). Membro da Liga Multidisciplinar de Trauma do Cariri (LIMTRAC). E-mail: ca896710@gmail.com

Carla Soraya Silva Araújo

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. E-mail: carlasoraya11@hotmail.com

Celena Pedrosa Cavalcante

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. E-mail: cavalcanteselena@gmail.com

Cícera Luana de Lima Teixeira

Profissional de Educação Física, Especialista Residente em Saúde Coletiva, pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: lulima3081@gmail.com

Consuelo Helena Aires de Freitas

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

Daiana de Freitas Pinheiro

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: danyrabelo12345@gmail.com

Danielle de Norões Mota

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Esp. em Vigilância em Saúde pelo Sírio Libanês. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: daniellenoroes@yahoo.com.br

Danielly Gonçalves da Silva

Enfermeira. Especialista em Pediatria e Neonatologia pelo FIP - Crato/CE. Enfermeira Assistencialista e de Centro Cirúrgico no Hospital São Raimundo, Várzea Alegre - CE. E-mail: danigsenf@gmail.com

Dayanne Oliveira de Matos

Enfermeira. Bacharel pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Pós-Graduada em Urgência e Emergência. Docente do Centro Educacional FESN. E-mail: day942011@hotmail.com

Edilson Rodrigues de Lima

Enfermeiro. Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA, Campus Iguatu. E-mail: edilsonrodriguesdelima73@gmail.com

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA, Campus Iguatu. E-mail: eduarda_maria13@hotmail.com

Eleonora Nunes Oliveira

Profissional de Educação Física. Doutora em Artes Visuais e Educação pela Faculdade de Ciências da Educação - Universidade de Sevilla / Espanha. Professora do Departamento de Educação Física da Universidade Regional do Cariri. E-mail: eleonora.nunes@urca.br

Emanoely Holanda Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: emanoelly@outlook.com.br

Felice Teles Lira dos Santos Moreira

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PMAE. Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde. Professora Substituta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA. Membro do GPESGDI. E-mail: felicelira@hotmail.com

Fernanda Greicy Santos de Oliveira

Profissional de Educação Física. Especialista Residente em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri, Profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). E-mail: fernandaedf@hotmail.com

Francisca Evangelista Alves Feitosa

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: franciscaeaf@hotmail.com

Francisco Ayslan Ferreira Torres

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: ayslantorresj1@gmail.com

Francisco Pereira Júnior Feitosa

Farmacêutico. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Farmacêutico da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha - CE. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: juniorfpereira@hotmail.com

Geanne Maria Costa Torres

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Salitre - CE. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da Universidade Regional do Cariri, Crato - CE. E-mail: gmctorres@hotmail.com

Glícia Uchôa Gomes Mendonça

Enfermeira. Mestre em Tecnologia e Inovação na Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Residência em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Grayce Alencar Albuquerque

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela FMABC. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Líder do Grupo de Pesquisa - Sexualidade, Gênero, Diversidade Sexual e Inclusão (GPESGDI) - URCA. E-mail: geicy@oi.com.br

Hanykelle Alexandre de Souza

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Helvis Eduardo Oliveira da Silva

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: helviseduardo@gmail.com

Hudday Mendes da Silva

Profissional de Educação Física, Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Professor Assistente do Departamento de Educação Física da Universidade Regional do Cariri. E-mail: hudday.mendes@urca.br

Isabela Melo Bonfim

Enfermeira. Doutora em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Jéssica Lima de Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA/Crato - CE. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da Universidade Regional do Cariri, Crato - CE. E-mail: jessicacaete2@gmail.com

João Agostinho Neto

Profissional de Educação Física. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará, Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Profissional de Educação Física na Prefeitura Municipal do Crato. Pesquisador do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: joaonetof@hotmail.com

João Emanuel Pereira Domingos

Graduado em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - (URCA). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa - Tecnologias em Saúde no Sistema Único de Saúde (GPTSUS) URCA/CNPq. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Práticas Avançadas em Saúde (GEPPAS).

João Paulo Xavier Silva

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Professor temporário na Universidade Regional do Cariri. Pesquisador do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: jpxavier.enf@gmail.com

John Carlos de Souza Leite

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará. Pesquisador do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde - GPCLIN. E-mail: johncarlosleite@hotmail.com

Jóice Fabricio de Souza

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: fabriciojoice@yahoo.com.br

José Adelmo da Silva Filho

Enfermeiro. Mestrando pela Universidade Regional do Cariri. Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: adelmof12@gmail.com

José Gerefeson Alves

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: gerefesondip@gmail.com

Juliana Saraiva de Alencar

Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em enfermagem do trabalho e enfermagem clínica médica cirúrgica. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: julianaaa100@yahoo.com.br

Juliane de Lira Mendes

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: julianeliira@hotmail.com

Kadson Araujo da Silva

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA, Unidade Descentralizada de Iguatu - CE. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão. E-mail: kadsonp64@gmail.com

Kamila de Castro Morais

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA, Unidade Descentralizada de Iguatu - CE. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão. E-mail: kamila_castro_morais@hotmail.com

Keitiane Amorim de Souza Sampaio

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva (ESP/CE). E-mail: keit_ane@hotmail.com

Laís Barreto de Brito Gonçalves

Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem (PMAE) - URCA. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPLCIN/URCA). E-mail: laisynha1@hotmail.com

Larissa Uchoa Melo

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: uchoa_larissa@hotmail.com

Leilany Dantas Varela

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri. Secretaria Municipal de Saúde de Milagres - CE.

Leonarda Marques Pereira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GP-CLIN). E-mail: leonardamarques73@gmail.com

Leonardo Nunes Ferreira

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - Estácio FMJ. E-mail: leonardofn88@gmail.com

Letícia Gomes da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: leticiagomezdasilva@gmail.com

Lindalva Maria Barreto Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: lindalvabarreto3@gmail.com

Lívia de Sousa Rodrigues

Enfermeira. Mestra em Saúde da Família - RENASF/URCA. Enfermeira da estratégia Saúde da Família de Várzea Alegre - CE. Membro técnico do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da URCA, Crato - CE. E-mail: liviarodrigues_enf@hotmail.com

Lorena Pinheiro Braga

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: lorenabraga631@gmail.com

Lorena Saraiva de Alencar

Graduação em Medicina - Universidade Federal do Ceará. E-mail: lorasaraiva@yahoo.com.br

Lucas Dias Soares Machado

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Pesquisador do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: lucasdsmachado@hotmail.com

Luciana Nunes de Sousa

Profissional de Educação Física, Especialista Residente em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri pela Universidade Regional do Cariri. E-mail: lucianag888@gmail.com

Luciano Gualberto Soares

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: soaresluciano743@gmail.com

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Professora Adjunta do colegiado de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Paulo Afonso - BA. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: augusta.palacio@univasf.edu.br

Maria Carolina Gonçalves Dutra

Profissional de Educação Física, Especialista Residente em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri. E-mail: carolina.dutra@outlook.com.br

Maria Darcylene de Souza Feitosa

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha - CE. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: maria-darcylene@hotmail.com

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Regional do Cariri e FIOCRUZ-CE. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

Maria Isabely Felix

Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: isabelyf38@gmail.com

Maria Joelma Ferreira Calixto

Psicóloga. Especializanda em Saúde Mental. Psicóloga da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha - CE. E-mail: joelma-calixto@hotmail.com

Maria Luiza Santos Ferreira

Graduanda em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Email: marialui-zasantos2013@gmail.com

Maria Nágela Valéria da Silva

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Técnica em Desenvolvimento Social pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, campus Iguatu. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Maria Neliane Saraiva Rabelo

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Maria Regilânia Lopes Moreira

Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Atual docente temporária da Universidade Regional do Cariri - URCA, Unidade Descentralizada de Iguatu - CE. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde. E-mail: mregilania_enf@hotmail.com

Maria Rosilene Cândido Moreira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Saúde Coletiva e Educação em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Biotecnologia. Docente da Universidade Federal do Cariri. E-mail: rosilene.moreira@ufca.edu.br

Maria Vitória Ribeiro da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri- URCA. E-mail: vitorial234@hotmail.com

Marina Barros Wenes Vieira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: mari-nawenes@gmail.com

Mayara Targino Tavares

Enfermeira pela pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: mayaraenfl@outlook.com

Mikaelle Ysis da Silva

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Especialista em Urgência e Emergência. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: mikaelleysis02@gmail.com

Milena Silva Ferreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA, Unidade Descentralizada de Iguatu - CE. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde. E-mail: milenaleandro025@gmail.com

Morgana Vanessa da Silva Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. E-mail: morganasilvasanto@gmail.com

Moziane Mendonça de Araújo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: moziane@hotmail.com

Nadja França Menezes

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente - Universidade Estadual do Ceará (UFC). E-mail: nadjafmenezes@hotmail.com

Nara Juliana Santos Araújo

Biomédica. Especialista Residente em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri. Profissional Biomédica na Prefeitura Municipal de Santana do Cariri, juliana_njsa@hotmail.com

Natália Bastos Ferreira Tavares

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Patrícia Gomes Benevides

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: patigbenevides@gmail.com

Patrícia Pereira Tavares de Alcântara

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Sustentável, pela UFCA. Docente da Universidade Regional do Cariri. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: enfermeira.tavares.81@gmail.com

Paula Renata Amorim Lessa Soares

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE. E-mail: paularenatal@yahoo.com.br

Petrúcyra Frazão Lira

Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação pela Gama Filho. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Barbalha. E-mail: petrucyafrazaoo@hotmail.com

Priscila de Souza Aquino

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza - CE. E-mail: priscilapetenf@gmail.com

Rachel Cardoso de Almeida

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, pela URCA. Docente da Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: rachellcardosoo@gmail.com

Rauana dos Santos Faustino

Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro estudante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN/URCA). E-mail: rauanafaustino21@gmail.com

Riani Joyce Neves Nóbrega

Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Saúde Coletiva; Docência na saúde; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: rianyjoyce@hotmail.com

Roger Rodrigues da Silva

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Integrante do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: roger95silva@gmail.com

Sabrina Freitas Nunes

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. E-mail: sabrina2016acop@gmail.com

Samara Calixto Gomes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Coordenadora do projeto de extensão Educação em Saúde e Sexualidade. E-mail: samaracalixto@hotmail.com

Samyra Paula Lustoza Xavier

Enfermeira. Especialista em Emergência e Cuidados Intensivos. Mestre em Enfermagem. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: Samyralustoza@gmail.com

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Bolsista da liga das doenças negligenciadas (LIDONE). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESC). E-mail: Tacyla_@hotmail.com

Teodoro Marcelino Da Silva

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri.

Tiago Ribeiro dos Santos

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. E-mail: trstiago22@gmail.com

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN). E-mail: vanderlaniamcmarques@gmail.com

Vera Lucia Mendes de Paula Pessoa

Enfermeira. Doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: pessoa_vera@hotmail.com

Vinicius Rodrigues de Oliveira

Graduando em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Email: vinicius-rodriguesvro@gmail.com

Yanca Carolina da Silva Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa - Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN)



Este livro foi composto em fonte Minion Pro, impresso no formato 15 x 22 cm
com 448 páginas e em e-book formato pdf.
Dezembro de 2020.



Entrelaces. É com essa substancial e bela expressão que os autores nos apresentam a sua obra. Juntar, laçar, reunir aquilo que de mais forte encontramos no SUS e lhe dá vida e potência: os saberes, fazeres e cuidado em saúde. A ideia nos remete a memórias afetivas do abraço, no qual nossos corpos estão sempre empreendendo uma incessante busca, ao acolhimento tão fundamental aos que adoecem e buscam abrigo e proteção nos cuidados profissionais junto ao Sistema Único de Saúde. Vale lembrar que a memória não se forma apenas dos registros do passado, ela se atualiza a cada momento do presente, dando sentido a tudo com o que nos relacionamos no espaço e tempo em que vivemos. Diria que o que nos afetou nas experiências pregressas da nossa existência deixou marcas que agenciam o modo como podemos pensar, por exemplo, o que é o cuidado, a educação, as relações, a produção da saúde, enfim, a vida que pulsa todo dia no contexto em que vivemos. Nossa subjetividade é uma construção contínua da memória social e afetiva do percurso que fazemos no mundo da vida.

O tema deste livro se instala na nossa existência como um bálsamo que exala aromas de conforto, em um momento de extremo sofrimento para a população brasileira, causada pela doença Covid-19, com especial destaque aos trabalhadores da saúde. Estes, excessivamente expostos ao coronavírus Sars-Cov-2, pela própria natureza do seu trabalho. E seria impossível neste momento não escrever sobre esse ataque virulento, de imensas proporções, capaz de revirar o planeta e fazer com que se pense uma nova forma de viver.

