

Fabio José Antonio da Silva
Rejane Bonadimann Minuzzi
(Organizadores)

A MULTIPROFISSIONALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA





Em sua leitura, desejamos a fruição da empatia, da solidariedade e do esperançar na defesa da vida!

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Fabio José Antonio da Silva
Rejane Bonadimann Minuzzi

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza
Centro Universitário Santa Amélia
Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Dr. Carlos López Noriega
Universidade São Judas Tadeu e Lab.
Biomecatrônica - Poli - USP
Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva
Centro Universitário FACEX
Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis
Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig
Universidade Federal do Paraná
Prof.º Dr. Gilberto Zammar
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso
Universidade de Santa Cruz do Sul
Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.º Me. Jorge Soistak
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Me. José Henrique de Goes
Centro Universitário Santa Amélia
Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim
Faculdade Sagrada Família e Centro de
Ensino Superior dos Campos Gerais
Prof.ª Ma. Lucimara Glap
Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná
Prof.º Dr. Marcos Pereira dos Santos
Faculdade Rachel de Queiroz
Prof.º Me. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda
Centro Universitário Santa Amélia
Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre
Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos
Gerais
Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família
Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí
Prof.ª Ma. Silvia Apª Medeiros Rodrigues
Faculdade Sagrada Família
Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda
Santos
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues
Instituto Federal de Santa Catarina

© 2021 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de responsabilidade de seus autores.

M9617 A multiprofissionalidade na saúde pública. / Organizado por Fabio José Antonio da Silva e Rejane Bonadimann Minuzzi. -- Ponta Grossa: Aya, 2021. 218 p. – ISBN 978-65-88580-42-4

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

DOI 10.47573/aya.88580.2.29

1. Exercícios físicos - Aspectos da saúde. 2. Exercícios físicos para idosos. 3 Dança para idosos. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). 6. Infecções por coronavírus. 7. Educação médica. 8. Pessoal da área médica-Treinamento. 9. Serviços de enfermagem-Auditoria. 10. Mulheres-Saúde e higiene. 11 Violência contra as mulhere. 12. Recém-nascidos- Doenças I.Silva, Fabio José Antonio da. II. Minuzzi, Rejane Bonadimann. III. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de
Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação 12

01

VidAtiva Barueri: um programa de orientação à exercícios físicos sistematizados e monitoramento da equipe de saúde na atenção primária de pacientes com comorbidades no Município de Barueri (SP)..... 13

Flávio Henrique Corrêa

Patricia Pascon Corrêa

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.1

02

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: tecendo um retrato do Brasil..... 19

Magda Ribeiro de Castro

Letícia Gabriele Fonseca Villaça de Oliveira

Vanessa Mota de Sousa

Raphaela Karina Ribeiro de Carvalho

Carolina Falcão Ximenes

Marina Teixeira Galvão

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.2

03

Tecnologias e inovações desenvolvidas e aplicadas com ênfase na proteção dos profissionais de saúde no combate à COVID 19: uma revisão sistemática 34

Karolina Cristina Gonçalves

Camila Lopes Barros

Caroline Machado Martins

Julia Somenzi de Villa

Tatiana Mussatto

Giovana Grandó Menegon

Priscila de Carvalho

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.3

04

O ensino da bioética na formação médica: prática imprescindível ou irrelevante? 49

Bruno de Queiroz Camargo

Juliana Cavalcanti Andrade Falcão Ferraz

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.4

05

Ensino das práticas integrativas e complementares em saúde nas universidades brasileiras: um olhar para a saúde pública 57

Magda Ribeiro de Castro

Daniela Fernanda Gaudencio Reinoso

Tamiris Rose Sousa Viana

Carolina Falcão Ximenes

Marina Teixeira Galvão

Letícia Gabriele Fonseca Villaça de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.5

06

O papel da auditoria como ferramenta de gestão e seu impacto na qualidade dos serviços de saúde..... 68

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.6

07

O projeto “Da Escola ao Tatame”: a percepção dos pais de alunos em vulnerabilidade social 74

Rejane Bonadimann Minuzzi

Jacinta Sidegum Renner

Marcos Antonio De Oliveira

Carolina Antunes

Gabriel Feiten

Gisele Gomes

Emerson Braz Corrales

Maristela Finger

Eduardo Miranda Braz Corrales

Tainara Jaques

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.7

08

Atenção primária em saúde e os desafios da equipe multidisciplinar 83

Júnia Eustáquio Marins

Rogério de Moraes Franco Júnior

Thays Peres Brandão

Lívia Santana Barbosa

Acleverson José dos Santos

Emerson Gomes de Oliveira

Mariana dos Santos Machado Pereira

Magda Helena Peixoto

Carine Ferreira Lopes

Renata de Oliveira

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.8

09

Grau de afiliação das usuárias em relação ao serviço de APS em uma capital do nordeste.....93

Livia Maria Mello Viana

Inez Sampaio Nery

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha

Iel Marciano de Moraes Filho

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.9

10

Vida Ativa em Casa: um trabalho multiprofissional em tempos de pandemia.....106

Cristiano Souza da Silva

Rejane Bonadimann Minuzzi

André Leonardo da Silva Nessi

Aide Angélica de Oliveira Nessi

Marcos Antonio de Oliveira

Carolina Antunes

Gisele Valério

Letícia Baggio Conti

Jaqueline Beatriz Taborda

Maria Alice Corazza

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.10

11

Principais causas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão narrativa da literatura.....119

João Paulo Oliveira de Sousa Costa

Bruna Maciel Ribeiro da Silva

Vitor Teles Rodrigues

Nayara Jane Oliveira de Sousa Costa

Priscilla Rodrigues Caminha Carneiro

Vera Gizzelle Menezes Pinheiro

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.11

12

Teste de oximetria de pulso para triagem de cardiopatias congênitas e fatores relacionados...129

Poliana Marques de Brito

Luciana Barbosa Pereira

Patrícia Fernandes do Prado

Patrícia Lopes Morais

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.12

13

Perfil das mulheres que sofreram violência em uma cidade do norte de Minas Gerais.....140

Pâmpera Janaína Ataíde Durães

Luciana Barbosa Pereira

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Theresa Raquel Bethônico Corrêa Martinez

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.13

14

Intervenção multidisciplinar na saúde mental em uma unidade de atenção primária à saúde.....153

Fernanda Castro Silvestre

Tiago Araújo Monteiro

Eveliny Carneiro de Albuquerque

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.14

15

Projeto Aplicativo: reestruturação do Departamento de Educação e Pesquisa da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.....161

Fabio José Antonio da Silva

Rejane Bonadimann Minuzzi

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.15

16

A eficácia da fisioterapia aquática na capacidade funcional da marcha em indivíduos com doença de Parkinson: uma revisão sistemática.....182

Yuri Sena Melo

Johrdy Amilton da Costa Braga

Adriano Carvalho de Oliveira

Wesley Anderson de Souza Miranda

Natália Dias Cancio

Carlos Júnior Silva de Souza

Patrick da Costa Santos

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.16

17

Estimulação Precoce: importância da família no trabalho multiprofissional da equipe técnica da APAE de Seberi RS.....197

Larissa Blau

Rejane Bonadimann Minuzzi

Fabio Jose Antonio da Silva

Leonardo Mafalda

Tainá Amorim

Jaqueline Mendonça

Karine Stefanello

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.17

18

A importância da estimulação infantil na primeira infância.....207

Larissa A. Blau

Leonardo Mafalda

Rejane Bonadimann Minuzzi

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.18

Índice Remissivo.....210

Organizadores.....217

Apresentação

É com especial satisfação que apresentamos este livro lembrando que o Sistema Único de Saúde (SUS), é o maior sistema de saúde pública gratuito e universal do mundo, já tem mais de 30 anos e esses são de conquistas, de permanentes desafios e, sobretudo, de orgulho por termos uma política pública solidária, participativa e igualitária, que reflete os anseios de nossa sociedade e é consagrada pela Constituição Federal. O SUS é um patrimônio do Estado e do povo brasileiro e revela a percepção nacional de que a saúde é um direito da população e uma condição necessária ao desenvolvimento sustentável que tanto buscamos, no entanto há muito o que fazer para a melhora deste sistema com trabalho sério e comprometido de todos.

Os capítulos que vocês encontrarão neste livro, são de extrema relevância e com muitas contribuições, das quais destacamos duas: a primeira, aprofundar o conhecimento teórico-conceitual sobre o tema saúde trazida pelos autores; outra contribuição é para possíveis intervenções concretas e colocar esses modelos em prática que deram certo e que foram estudados. A presente obra produz um intenso e criativo diálogo entre estas duas dimensões, contudo, houve uma costura entre os diversos capítulos, e acredito que esta obra vai colaborar, com a formação e atualização dos profissionais que atuam ou atuarão na **MULTIPROFISSIONALIDADE**, sendo o resultado de um trabalho produzido por coletivo(s) que foram se configurando e cada capítulo vai nos revelando que a leitura dessa obra corrobora para que continuemos no esperançar.

Com honra e muito afeto, inspirada nas leituras dos capítulos que relatam sobre exercícios físicos sistematizados, práticas integrativas, tecnologias e inovações, ensino da bioética, um olhar para saúde pública, qualidade dos serviços de saúde, vulnerabilidade social, serviço da atenção primária a saúde, vida ativa em casa, intervenção em unidade de terapia intensiva neonatal, triagem de cardiopatias congênitas, mulheres que sofreram violência, saúde mental, projeto aplicativo, doença de Parkinson, estimulação precoce - importância da família e da estimulação infantil, convido leitoras e leitores se deixarem fruir pelos relatos e cenários de cuidado e vida descritos em cada capítulo. Em sua leitura, desejamos a fruição da empatia, da solidariedade e do esperançar na defesa da vida!

Fabio José Antonio da Silva

Doutor em Educação Física - UEL/PR.

Servidor Público Municipal - Autarquia Municipal de Saúde. Apucarana/PR.

Rejane Bonadimann Minuzzi

Mestre em Diversidade Cultural e Inclusão Social- FEEVALE

Professora de Ed. Física adaptada- APAE- Seberi-RS

**VidAtiva Barueri: um Programa
de Orientação à exercícios
físicos sistematizados, com
monitoramento pela equipe de
saúde na Atenção Primária de
pacientes com comorbidades no
Município de Barueri (SP)**

Flávio Henrique Corrêa

Secretaria de Esportes

Patricia Pascon Corrêa

Secretaria de Esportes

Resumo

A atividade física pode ser efetiva tanto na atenção primária quanto secundária e terciária da saúde. Os objetivos deste capítulo são: apresentar o Programa VidAtiva Barueri, um programa que enfatiza a associação entre a atividade física, a prevenção e ou tratamento das doenças crônicas não-transmissíveis e a incapacidade funcional; rever os principais mecanismos biológicos responsáveis por essa associação e as recomendações atuais para a prática de exercícios físicos nessas situações. Diversos estudos epidemiológicos mostram uma associação entre o aumento dos níveis de atividade física e a redução da mortalidade geral por doenças cardiovasculares em indivíduos adultos e idosos. Embora ainda não estejam totalmente compreendidos, os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção, ao tratamento de doenças e a incapacidade funcional, envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda da pressão arterial, a melhora do perfil lipídico, a sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, aumento da massa e força muscular, melhora da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio. No entanto, a quantidade e qualidade dos exercícios necessários para a prevenção de agravos à saúde podem ser diferentes daquelas para melhorar o condicionamento físico. De forma geral, os consensos para a prática de exercícios preventivos ou terapêuticos contemplam atividades aeróbias e resistidas, preferencialmente somadas às atividades físicas do cotidiano. Particularmente, para os idosos ou adultos com comorbidades ou limitações que afetem a capacidade de realizar atividades físicas, os consensos preconizam, além dessas atividades, a inclusão de exercícios para o desenvolvimento da flexibilidade e do equilíbrio.

Palavras-chave: atividades físicas. doenças crônicas não transmissíveis. atenção primária à saúde. exercícios físicos. comorbidade.

INTRODUÇÃO

Temos a premissa que a saúde é um direito social inalienável consagrado o art. 6º da Lei Madre de nosso país, onde em seus ditames afirma que o Estado tem o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo-a através de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, sendo as atividades físicas, elemento determinante e consolidante como serviço essencial.

A prática periódica de atividades físicas e exercícios ao ar livre, respeitadas as recomendações sanitárias, de higiene e convívio social pelas autoridades, são estimuladas tanto pela organização Mundial da Saúde (OMS) como pelo Ministério de Saúde, basicamente porque o bom condicionamento físico está diretamente associado a melhor ativação do sistema imunológico em seres humanos.

A atividade física para pacientes com comorbidades, significa a oportunidade de testar suas possibilidades, prevenir contra o avanço das doenças e promover a integração total do indivíduo (consigo mesmo e com a sociedade). Os objetivos a serem desenvolvidos dentro da educação física com esta população devem considerar sempre as limitações e potencialidades individuais do aluno, bem como as atividades propostas, portanto a excelência deste Programa é educar através da consciência da prática regular de atividades físicas associadas a uma boa alimentação, uma vez que a mesma é uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade de vida e o progresso da vida social.

Por fim, pode-se afirmar de forma categórica, seja no âmbito social ou de saúde que a atividade promovida pelo Profissional de Educação Física é um meio de primordial importância, desta forma é uma ferramenta essencial para o bem-estar da população de forma em geral.

Objetivos

Proporcionar, gratuitamente, à grupos especiais (hipertensos/cardiopatas, diabéticos, obesos, doenças osteomusculares, saúde mental e usuários de álcool e outras drogas) um sério e científico processo de exercícios físicos;

Garantir a oportunidade de vivenciar experiências motoras novas e motivantes que contribuirão no desenvolvimento integral;

Inclusão social eficaz que facilite o convívio na sociedade;

Proporcionar informações que contribuam para a formação de cidadãos conscientes;

Conscientizar sobre hábitos saudáveis de higiene e saúde;

Conscientizar sobre a importância da prática de exercícios físicos na promoção de qualidade de vida;

Monitoramento e acompanhamento dos parâmetros de sinais vitais (FC, Glicemia e PA);

Contribuir na orientação nutricional proporcionando uma vida mais saudável.

METODOLOGIA E ATIVIDADES PLANEJADAS/DESENVOLVIDAS

O Programa VidAtiva Barueri foi constituído da necessidade do atendimento da demanda de pacientes frequentadores das UBS do Município de Barueri com maior incidência de DCNTs, que realizavam seus tratamentos, apenas de forma medicamentosa. Partindo deste cenário e sabendo que a atividade física realizada de forma regular e com o devido acompanhamento de um profissional de Educação Física é uma ferramenta primordial no controle e prevenção de diversas doenças, consideradas evitáveis, por uma simples mudança no hábito de vida da população em geral, por meio da conscientização e da prática sistemática de exercícios físicos associados a uma boa dieta alimentar, desenvolveu-se o Programa VidAtiva Barueri numa parceria entre as Secretarias de Esportes, Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social, afim de oferecer um serviço de excelência na prevenção e tratamento não-medicamentoso, por meio de práticas corporais ministradas e monitoradas por Profissionais de diversas áreas (Educação Física, Nutrição, Enfermagem, Médica e Psicológica) num atendimento multifacetado, garantindo a integralidade do serviço prestado a esta população.

As práticas corporais são realizadas, minimamente, duas vezes por semana com duração de aproximadamente 60 minutos em diversos ambientes/locais (Ginásios, Áreas de Lazer, Academias ao Ar Livre, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Referência em Assistência Social e Centros de Atendimento Psicossocial), ministradas por Profissionais de Educação Física devidamente graduados e registrados no Conselho de Classe e acompanhamento de Enfermeiros e/ou Técnicos de Enfermagem, Psicólogos e Assistentes Sociais.

As turmas são divididas em grupos especiais, de acordo com seus quadros de saúde (hipertensos/cardiopatas, diabéticos, obesos, doenças osteomusculares, saúde mental e usuários de álcool e outras drogas) sendo os dois últimos com atendimentos exclusivos nos CAPS do Município.

Conforme o fluxograma dos atendimentos idealizados pelas equipes de saúde, esportes e assistência social, definiu-se que os acolhimentos dos pacientes em foco, seriam realizados pelas equipes de saúde nas UBS e os demais atendidos nos CRAS e CAPS encaminhados as Unidades de Referência, para que sejam direcionados ao Programa VidAtiva Barueri, após avaliação médica e liberação para prática de Atividades Físicas.

Os pacientes diabéticos e hipertensos/cardiopatas são submetidos ao monitoramento dos sinais vitais antes, durante (em casos específicos) e depois da atividade, para acompanhamento das variáveis pressóricas e índices glicêmicos por profissionais da saúde, desta forma qualificando ou não, o paciente para a participação da aula.

Todos os alunos/pacientes do Programa VidAtiva Barueri são avaliados em três momentos durante o ano (a cada 4 meses), sendo a primeira avaliação física e funcional realizada no início do ano, com o intuito de analisar e avaliar os níveis dos componentes da aptidão física (força, resistência aeróbia, flexibilidade, composição corporal, agilidade e equilíbrio) relacionados a saúde inicial de cada participante. E as demais para acompanhar o desenvolvimento e melhoria destas variáveis.

Durante as aulas são ofertados uma demanda de atividades que trabalhem os deficientes metabolismos energéticos, com a prescrição de exercícios resistidos com ênfase nos

grandes grupamentos musculares, exercícios aeróbios (como caminhada e dança), exercícios multifuncionais e de flexibilidade, utilizando-se de materiais alternativos como bastões, cones, halteres confeccionados com garrafas pets de 600ml com areia ou pedrisco, cadeiras plásticas, colchonetes, bolas diversas, arcos ginásticos.

RESULTADOS ESPERADOS/ALCANÇADOS

O mundo está em constante transformação e as mudanças acontecem a todo instante. Diante dessas mudanças, o ser humano está sempre se adaptando e criando recursos para facilitar o seu dia a dia: novas tecnologias, novos alimentos, novos tipos de lazer. Analisando de maneira minuciosa, percebe-se que essas adaptações e facilidades do mundo atual nem sempre trazem benefícios para a população. Muitos desses “novos” alimentos, os industrializados, não são de boa qualidade nutricional, ou seja, deixam de fornecer os nutrientes necessários para uma vida saudável.

Identificando esse quadro mundial, e através do questionamento de como as atividades físicas podem ser benéficas, o Programa VidAtiva Barueri almejava conhecer e entender as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como evitá-las, quais suas causas e como combatê-las. Buscando também, detectar a influência da prática da atividade física no contexto de prevenção dessas enfermidades.

Diante desta premissa, pudemos observar uma aderência coletiva dos pacientes/alunos encaminhados ao Programa VidAtiva Barueri, com baixo índice de desistência e grande número de participação, provando-nos uma assiduidade e comprometimento dos alunos/pacientes com a melhora da sua qualidade de vida, bem como, a mudança de comportamentos e hábitos de vida, comprovando a eficácia e amplitude dos saberes na promoção de saúde, idealizados no Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Secretaria de Esportes de Barueri (SP) através do Programa VidAtiva Barueri, em parceria com a Secretaria de Saúde e Assistência Social atua dentro de uma filosofia formadora, baseada na teoria do EDUCAR ATRAVÉS DA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR, na qual cada aluno/paciente desenvolve atividades alusivas à saúde, aspectos sociais e familiares, respeito mútuo, entre outros, que contribuem no desenvolvimento integral e auxiliam na prevenção e no resgate daqueles enquadrados nas mais diversas situações de risco advindas dos problemas de saúde.

Além disso, a ATIVIDADE FÍSICA tem influência direta na formação integral do praticante, no contexto da sua comunidade e ramificações e por isso é considerado uma grandiosa estratégia para a formação do caráter e personalidade dos aprendizes.

“Se Deus deu aos homens a capacidade de elaborar uma atividade física, é porque ele sabe, que a mesma pode transformar a vida das pessoas.”

Carlos Andson

REFERÊNCIAS

- American Heart Association (1992). Statement on exercise. *Circulation*, 86(1), 2726-2730.
- American Institute for Cancer Research. (1999). *Getting Active, Staying Active*. Washington: American Institute of Cancer Research.
- Birren, J.E., Lubben, J.E. Rowe, J.C. & Deutchmen, D.E. (Org.) (1991). *Quality of life in the frail elderly*. San Diego, California: Academic Press Inc.
- Blair, S.N. (1993). C.H. McCloy research lecture: physical activity, physical fitness and health. *Research Quarterly for Exercise and Sports*, 64(4), 365-376.
- Minayo, M.C.S, Hartz, Z.M.A & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências da Saúde Coletiva*, 5(1), 7-31.
- Ministério da saúde (2009). *Saúde Brasil 2008 – 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Secretaria de Vigilância em saúde. Disponível em: www.saude.gov.br/svs
- Ministério da Saúde (2017). *VIGITEL – 2016*. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
- Nahas, M.V. (1989). *Fundamentos da aptidão física relacionada à saúde*. Florianópolis, SC: Editora da UFSC.
- Nahas, M.V. (1999). Esporte e qualidade de vida. *Revista da APEF – Londrina*, 12(2): 61-65.

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: tecendo um retrato do Brasil

Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care: weaving a portrait of Brazil

Magda Ribeiro de Castro

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0001-5582-6780>

<http://lattes.cnpq.br/6810603722774269>

Letícia Gabriele Fonseca Villaça de Oliveira

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0002-8322-5840>

Vanessa Mota de Sousa

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0002-2783-1088>

Raphaella Karina Ribeiro de Carvalho

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0001-9204-6353>

Carolina Falcão Ximenes

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0001-6619-2285>

Marina Teixeira Galvão

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0002-2078-7416>

Resumo

Trata de uma revisão com Objetivos: Identificar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção Primária no Brasil a partir de publicações científicas; descrever o perfil dos usuários que as utilizam e seus benefícios na promoção à saúde e prevenção de agravos. Método: Revisão sistemática utilizando artigos publicados em periódicos científicos no período de 2006 a 2019, identificando as Práticas Integrativas e Complementares ofertadas na Atenção Primária à Saúde no território brasileiro. Utilizaram-se as bases MEDLINE, LILACS, SCIELO e PUBMED. Resultados: A busca identificou inicialmente 660 artigos, dos quais 07 se enquadraram nos critérios de inclusão para esta revisão, destacando quatro publicações em 2017, evidenciando que os usuários das PICS na Atenção Primária são predominantemente mulheres acima de 60 anos. Observou-se também que dentre as PICS ofertadas à população, as mais citadas foram a Fitoterapia seguida de Acupuntura e Homeopatia, Lian Gong, Práticas Corporais, Dança Circular e Yoga, reforçando a eficácia do uso dessas práticas para a saúde, corroborada por estudos realizados nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Conclusões: Os objetivos desta revisão foram alcançados, sendo indispensável ampliar o debate acerca da aplicabilidade das PICS na rede de atenção à saúde, a fim de valorizá-las e expandir sua oferta nos cuidados à saúde. Igualmente, faz-se necessário incentivar pesquisas sobre essas práticas visto que estas têm contribuído na promoção da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Palavras-chave: terapias complementares, atenção primária à saúde, promoção da saúde.

Abstract

Comes to a review with Objectives: To identify the offer of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) in Primary Care in Brazil based on scientific publications; describe the profile of users who use them and their benefits in health promotion and disease prevention. Method: Systematic review using articles published in scientific journals from 2006 to 2019, identifying the Integrative and Complementary Practices offered in Primary Health Care in Brazil. The MEDLINE, LILACS, SCIELO and PUBMED databases were used. Results: The search initially identified 660 articles, of which 07 met the inclusion criteria for this review, highlighting four publications in 2017, showing that users of PICS in Primary Care are predominantly women over 60 years old. It was also observed that among the PICS offered to the population, the most cited were Phytotherapy, followed by Acupuncture and Homeopathy, Lian Gong, Body Practices, Circular Dance and Yoga, reinforcing the effectiveness of the use of these practices for health, corroborated by studies carried out in the Southeast and South regions of Brazil. Conclusions: The objectives of this review were achieved, and it is essential to broaden the debate on the applicability of PICS in the health care network, in order to value them and expand their offer in health care. Likewise, it is necessary to encourage research on these practices as they have contributed to promoting the health of individuals and the community.

Keywords: complementary therapies, primary health care, health promotion.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) tem como pilar a abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, visando suscitar métodos naturais para promoção e recuperação do bem-estar físico, mental, espiritual e social, priorizando a harmonização do ser humano e seu ambiente (BRASIL, 2015). Devido a tais fundamentos, as PICS ganharam notoriedade no panorama brasileiro ao final dos anos 70 com a declaração de Alma Ata e posteriormente teve sua validação impulsionada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2015).

A partir dos recorrentes debates bem como do incentivo ao uso racional e integrado da Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o governo brasileiro foi conduzido a elaborar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), sendo consolidada pela Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006 a fim de que sua implementação se tornasse legítima e institucionalizada, assistindo à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A primeira Portaria em 2006 estabeleceu a oferta das práticas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006). Já a portaria de nº 849, de 27 de março de 2017 incluiu a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017). E por fim, na portaria nº 702, de 21 de março de 2018 foram acrescentadas as práticas de Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASIL, 2018a).

Assim, a PNPIC é determinada como uma referência da implantação das PICS no SUS, sendo reconhecida pela OMS em diferentes países. Com a instituição da PNPIC, em 2006, diferentes estados e municípios vêm integrando e formalizando a oferta das PICS na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2018b).

Ainda que as PICS sejam aplicáveis em todos os níveis de complexidade, sua maior disponibilidade, no Brasil, ocorre na APS por ser porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e proporcionar uma continuidade da assistência, além de oportunizar autonomia do sujeito em relação ao recurso terapêutico que mais satisfaça suas necessidades (ALVIM, 2016).

Considerando a importância das PICS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua repercussão na saúde da população brasileira, esta revisão objetiva conhecer a distribuição das PICS no Sistema de Atenção Primária do território brasileiro, a partir de publicações científicas acerca dessa oferta in locus fomentando a reflexão sobre a distribuição das PICS na APS, no SUS; descrever o perfil dos usuários que as utilizam (destacando sexo, idade, PIC utilizada, motivo pelo uso) e seus benefícios na promoção à saúde e prevenção de agravos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática realizada com pesquisas que abordaram as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde utilizadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A elaboração deste artigo foi conduzida conforme a ferramenta PRISMA (MOHER *et al.*, 2015). A pergunta norteadora deste estudo foi: “Quais são as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde utilizadas nas Unidades de Atenção Primária no Brasil? ”.

Para identificar os artigos acerca do assunto, realizou-se busca eletrônica sistematizada de publicações entre 2006 até julho de 2019. A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2019, nas bases de dados: Medline, Lilacs, Scielo e Pubmed, utilizando uma estratégia de combinação de descritores e sinônimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Estratégia de busca da revisão sistemática sobre PICS na Atenção Primária, no Brasil (n=660)

Base eletrônica	Estratégia de Busca	Nº de estudos
MEDLINE	("terapias complementares" OR "medicina alternativa" OR "terapias alternativas" OR "práticas de saúde integrativas e complementares" OR "práticas integrativas e complementares" OR "práticas de saúde complementares e integrativas" OR "práticas complementares e integrativas") AND ("atenção primária à saúde" OR "atenção primária de saúde" OR "atenção básica de saúde" OR "atenção primária")	305
LILACS	("terapias complementares" OR "medicina alternativa" OR "terapias alternativas" OR "práticas de saúde integrativas e complementares" OR "práticas integrativas e complementares" OR "práticas de saúde complementares e integrativas" OR "práticas complementares e integrativas") AND ("atenção primária à saúde" OR "atenção primária de saúde" OR "atenção básica de saúde" OR "atenção primária")	67
SCIELO	("terapias complementares" OR "medicina alternativa" OR "terapias alternativas" OR "práticas de saúde integrativas e complementares" OR "práticas integrativas e complementares" OR "práticas de saúde complementares e integrativas" OR "práticas complementares e integrativas") AND ("atenção primária à saúde" OR "atenção primária de saúde" OR "atenção básica de saúde" OR "atenção primária")	43
PUBMED	("Complementary Therapies/epidemiology" OR "Complementary Therapies/organization and administration" OR "Complementary Therapies/statistics and numerical data" OR "Complementary Therapies/supply and distribution") AND ("Primary Health Care/organization and administration" OR "Primary Health Care/statistics and numerical data" OR "Primary Health Care/supply and distribution")	245

Fonte: Autoria própria (2019)

Os critérios de inclusão para esta revisão foram: artigos que abordassem alguma Prática Integrativa e Complementar em Saúde, desenvolvida no âmbito da Atenção Primária, realizados

no Brasil e publicados em periódicos na língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola. Além disso, a publicação deveria compreender o período de janeiro de 2006 a julho de 2019 e conter textos disponíveis na íntegra. O ano de início do recorte temporal foi escolhido de acordo com o ano de promulgação da PNPIC, sendo o marco temporal para a inserção das PICS como política de saúde pública no Brasil.

O presente estudo foi realizado em 05 etapas de avaliação tendo três revisoras, que selecionaram os estudos de forma independente. Na primeira etapa, após busca nas bases de dados citadas, aplicou-se o filtro das próprias bases conforme os critérios de inclusão, sendo selecionados os artigos a partir do resultado da utilização do filtro.

Na segunda etapa, as revisoras analisaram, independentemente, os títulos dos artigos e aqueles que faziam referência a outras práticas que não se enquadraram nos marcos regulatórios da PNPIC já mencionados anteriormente ou tratavam das PICS em outros níveis de complexidade de atenção, também foram excluídos.

Na terceira etapa, os artigos foram compilados manualmente e as duplicatas foram eliminadas.

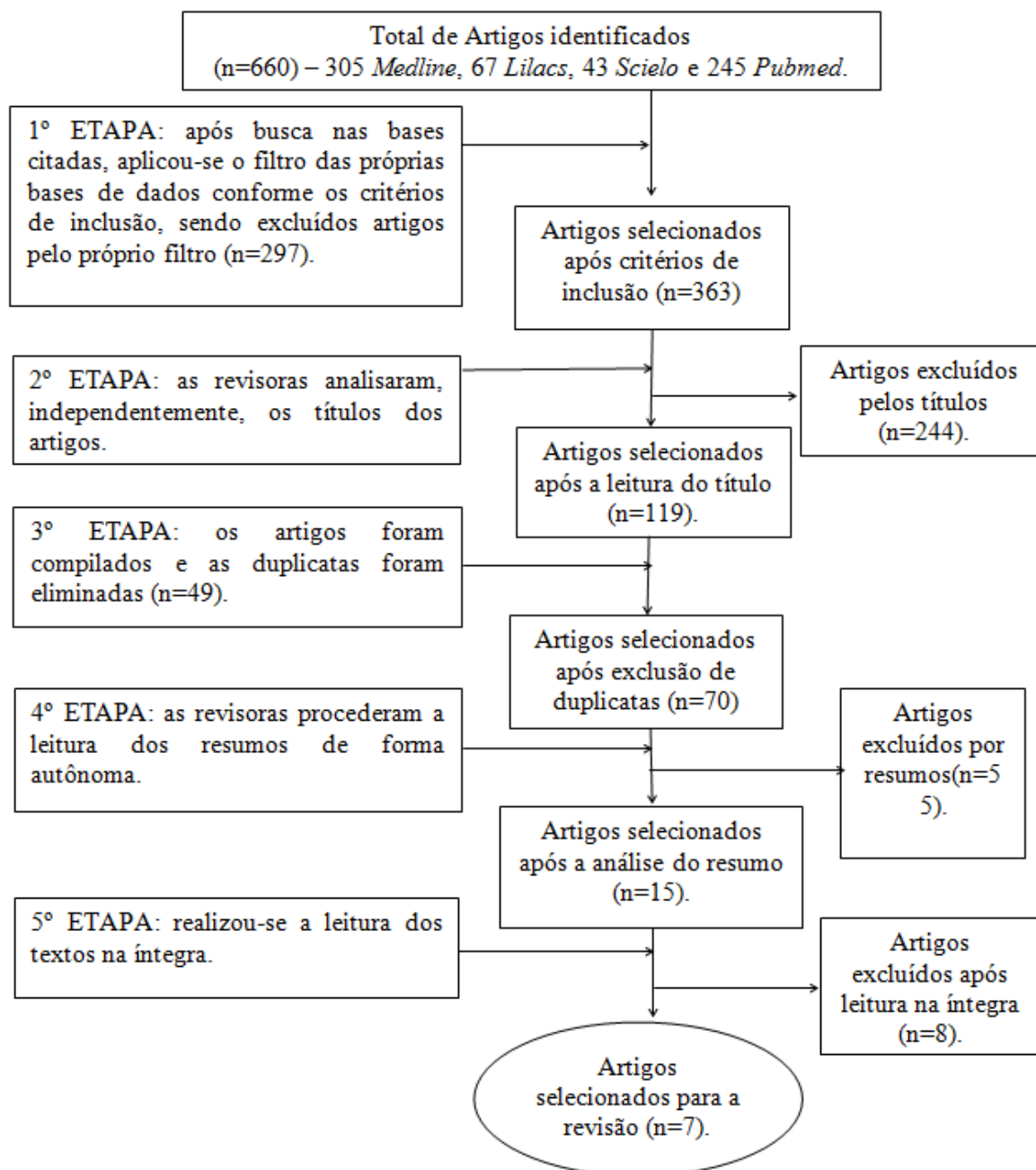
Na quarta e quinta etapa, as revisoras procederam a leitura dos resumos e dos textos na íntegra, respectivamente, de forma autônoma e foram eliminados os artigos que não se adequaram aos objetivos desta revisão. As discordâncias foram resolvidas após uma revisão dos arquivos.

Para extração dos dados, elaborou-se um instrumento que possibilitou destacar informações de cada artigo estudado envolvendo: título, autor (es), ano de publicação, local do estudo, PICS disponibilizadas no serviço de APS brasileiro e desenho do estudo. Os estudos selecionados foram avaliados de acordo com os 22 critérios do STROBE (VON ELM, 2008), calculando a proporção dos critérios atendidos.

RESULTADOS

Inicialmente, identificou-se 660 artigos nas bases de dados e a partir da estratégia de busca com a inserção dos critérios de inclusão e aplicação dos filtros (idioma, período de publicação e textos disponíveis na íntegra) foram selecionados 363 artigos. Destes, 244 foram excluídos após análise dos títulos, restando 119 artigos, dos quais 49 eram repetidos, permanecendo 70 para análise dos resumos. A partir desta análise, foram excluídos 55, resultando em 15 artigos para leitura na íntegra. Ao examinar o texto completo, foram excluídas 08 publicações. Após esta sequência de análises, 07 artigos foram selecionados para compor esta revisão. Este fluxo de análise está demonstrado, detalhadamente, na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos selecionados para a revisão sistemática sobre PICS na Atenção Primária. no Brasil



Fonte: Autoria própria (2019)

Na avaliação segundo o Strobe, todos os artigos atingiram percentuais acima de 60% dos critérios de qualidade, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Pontuação e percentual de qualidade dos artigos a partir dos critérios do STROBE

Estudos	Itens	%
Silva e Tesser	14	63,6
Varela e Azevedo	15	68,1
Caccia-Bava et al.	15	68,1
Randow et al.	18	81,8
Losso e Freitas	15	68,1
Galvanese, Barros e D'Oliveira	14	63,6
Gribner, Rattmann e Gomes	17	77,2

Fonte: Autoria própria (2019)

Quanto às características gerais, o recorte temporal dos artigos selecionados se deu entre 2013 e 2018, com duas publicações em 2013, quatro em 2017 e uma em 2018, conforme exposto na tabela 3.

No que se refere à população estudada, nota-se que três deles abordaram usuários do serviço; um profissionais do serviço; um estudou o Município e dois tiveram como locus de estudo as Unidades Básicas de Saúde por meio da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Os estudos selecionados demonstraram que os usuários das PICS na Atenção Primária no Brasil são predominantemente mulheres com idade acima de 40 anos chegando a 69 nos estudos utilizados nesta revisão.

A variação encontrada nas amostras constatou que dos sete artigos selecionados, dois foram realizados em São Paulo, dois em Santa Catarina, um em Minas Gerais, um no Rio Grande do Norte e um no Paraná.

Observou-se também que dentre as PICS identificadas nesses estudos, as mais citadas foram: Fitoterapia, mencionada em quatro estudos; seguida de Acupuntura, Homeopatia, Lian Gong, Práticas Corporais, Dança Circular e Yoga todas abordadas em dois estudos respectivamente; seguido de Terapia Comunitária com um artigo, conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3 - Apresentação das dimensões analisadas nos artigos selecionados: Título, Autor(es), Ano de publicação, local de realização do estudo, PICS (disponibilizada na APS) e desenho do estudo

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Local do estudo	PICS (disponibilizada na APS)	Desenho do estudo
Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social (9)	Silva EDC, Tesser CD	2013	Florianópolis - Santa Catarina	Acupuntura	Descritivo qualitativo
Dificuldades de profissionais de saúde frente ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos (10)	Varela D, Azevedo D	2013	Caicó - Rio Grande do Norte	Fitoterapia	Descritivo qualitativo
Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (11)	Caccia-Bava MCGG, Bertoni BW, Pereira AMS, Martinez EZ.	2017	São Paulo – São Paulo	Fitoterapia, Plantas medicinais, Homeopatia	Transversal multicêntrico
Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde (12)	Randow R, Mendes NC, Silva LTH, Abreu MNS, Campos KFCC, Guerra VA	2017	Belo Horizonte – Minas Gerais	Lian Gong em 18 terapias	Transversal
Avaliação do grau da implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil (13)	Losso LN, Freitas SFT	2017	Santa Catarina	Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Auriculoterapia, Práticas Corporais, Termalismo Social, Antroposofia, Terapia Comunitária, Musicoterapia, Arteterapia, Yoga, Dança Circular, Biodança, Geoterapia, Ayurveda	Avaliativo
Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil (14)	Galvanese ATC, Barros NF, D'Oliveira AFPL	2017	São Paulo – São Paulo	Tai Chi Chuan, Dança Circular, Lian Gong, Meditação, Práticas Corporais, Yoga, Meditação	Qualitativo
Use of industrialized herbal medicines by patients attended at the basic health units in the County of Pinhais, Paraná, Brazil (15)	GribnerC, Rattmann, YD, Gomes EC	2018	Pinhais – Paraná	Fitoterapia	Quantitativo Observacional e transversal

Autoria própria (2019)

A principal queixa que motivou a busca pela acupuntura e Lian Gong foi a dor, abrangendo cerca de 80% e 85%, respectivamente dos participantes dos estudos (SILVA e TESSER,

2013; RANDOW *et al.*, 2017). Contudo, os motivos que levaram os usuários do SUS a usufruírem das PICS foram variados: dores articulares, com casos de insucesso em tratamentos anteriores; limitações de mobilidade; dificuldades de equilíbrio; problemas de memória; tristeza e solidão; insônia; ansiedade e indicação das práticas por profissionais de saúde para o controle de doenças e agravos não transmissíveis (GALVANESE *et al.*, 2017).

Entretanto, no que tange às doenças autorrelatadas pelos usuários das PICS na APS incluem, principalmente, hipertensão, diabetes e depressão (RANDOW *et al.*, 2017; GALVANESE *et al.*, 2017).

Foram destacados benefícios à saúde com resultados terapêuticos nos usuários de PICS na Atenção Primária, evidenciando que em geral, 89,3% dos usuários da APS no Paraná, relataram uso de medicamentos fitoterápicos com melhora após tratamento relatando maiores benefícios ao comparar o uso destes com outros produtos e drogas sintéticas, caracterizando esta terapia como uma alternativa eficaz (GRIBNER *et al.*, 2018) à saúde da população.

Os usuários de acupuntura, Lian Gong, práticas corporais e meditação relataram melhora nos níveis de dor e na qualidade de sono, disposição e estado emocional com redução da necessidade de uso do fármaco, contribuindo, conseqüentemente, na redução de custos para os serviços de saúde (RANDOW *et al.*, 2017).

Em São Paulo, estudo apontou que as práticas ofertadas no serviço de saúde (Liang Gong, Práticas Corporais, Dança Circular e Yoga) proporcionaram benefícios que motivaram os participantes a persistir fazendo uso destas práticas, pois houve melhora total ou parcial das dores articulares, da mobilidade, do equilíbrio e da memória, referidas principalmente por idosos; bem como de sintomas de depressão e ansiedade com maior facilidade ao lidar com condições crônicas de saúde, e, além disso, as contribuições também foram relacionadas ao favorecimento da autonomia dos praticantes, pela construção de referências de saúde por intermédio do autoconhecimento (GALVANESE *et al.*, 2017).

Foi evidenciado também, que no SUS há um maior uso de fitoterápico industrializado quando comparado à droga vegetal e ao medicamento fitoterápico manipulado (CACCIA-BAVA *et al.*, 2017), sendo sugerido a revisão e expansão da lista de fitoterápicos oferecidos e padronizados nas Unidades de Saúde avaliadas no Paraná (GRIBNER *et al.*, 2018). Observou-se que o aumento da demanda gerou uma necessidade de expansão da indústria farmacêutica brasileira especializada na produção destes produtos, para que a crescente utilização deste recurso não fique comprometida por falta de medicamento no mercado (CACCIA-BAVA *et al.*, 2017).

Estudos em 2017, evidenciaram crescimento do uso de fitoterápicos na rede básica de atenção à saúde no estado de São Paulo bem como expressivo resultado de implementação das PICS em Santa Catarina (LOSSO e FREITAS, 2017) após as publicações da PNPIIC e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (CACCIA-BAVA *et al.*, 2017).

Ainda sobre fitoterápicos, foi observado pouco conhecimento dos usuários sobre fitoterapia e plantas medicinais no Rio Grande do Norte sendo associada à supervalorização de medicamentos alopáticos e novas tecnologias e/ ou pela descrença culturalmente atribuída a estes produtos (VARELA e AZEVEDO, 2013). Já no Paraná, houve uma boa aceitação de fitoterápicos industrializados pelos usuários durante os tratamentos, uma vez que esses tratamentos demonstraram eficácia e segurança (GRIBNER *et al.*, 2018).

Apesar do avanço na oferta das PICS na APS no Brasil, faz-se necessário destacar as dificuldades de acesso dos usuários ao tratamento com essas práticas em função do número limitado de atendimentos e demora nas filas (SILVA e TESSER, 2013). Apesar do interesse dos profissionais em aderir às PICS, os insumos previstos pela política inexistem nas ESF do Rio Grande do Norte, configurando-se num problema de ordem econômica para os usuários obterem acesso a fitoterapia e plantas medicinais (VARELA e AZEVEDO, 2013). Em São Paulo e Santa Catarina, observou-se que a disponibilidade destas práticas à população tende a ser maior em municípios de maior dimensão populacional e com indicadores sociais e econômicos mais favorecidos, demandando ações que favoreçam maior oferta e distribuição da fitoterapia (CACCIA-BAVA *et al.*, 2017; LOSSO e FREITAS, 2017).

DISCUSSÃO

As PICS dedicam-se, sobretudo, no cuidado com o bem-estar e saúde dos indivíduos, sendo habitual que os estabelecimentos de saúde ofereçam estas práticas de forma individual e de forma coletiva em pequenos grupos (TESSER, 2009). Além disso, tais práticas são recursos benéficos na promoção da saúde, principalmente por definirem uma nova percepção do processo saúde-doença de maneira mais empoderada e holística ao usuário, logo, é crucial que o sistema de saúde estenda a oferta dessas práticas para que a população busque atendimento não somente para o tratamento da doença, mas também para a promoção de saúde e prevenção de agravos (LIMA, SILVA e TESSER 2014).

Entre os artigos selecionados, dois abordaram as PICS na perspectiva de promoção da saúde bem como sua importância na qualidade de vida através da redução dos fatores de risco (RANDOW *et al.*, 2017; GALVANESE *et al.*, 2017), corroborando com a ideia de que as PICS “proporcionam técnicas, saberes e ações especificamente promotoras da saúde e, por vezes, integram com elas cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura autóctones e fortalecendo a saúde” (TESSER, 2009, p.1737).

A identificação da maior participação e utilização das PICS foi do sexo feminino corroborando com o estudo sobre o perfil sociodemográfico dos usuários do SUS que constatou que mulheres tendem a procurar mais pelos serviços do SUS (17%) quando comparado ao sexo masculino (12%) (SILVA *et al.*, 2011).

As práticas destacadas por esta revisão foram identificadas nas regiões Sudeste com três artigos, três artigos na região Sul e um estudo no Nordeste do Brasil, demonstrando que a contribuição das pesquisas nas regiões Sudeste e Sul foi maior quando comparada às demais regiões do país, nesta investigação. Contudo, o perfil sócio demográfico estudado por Silva *et al.* (2011) sinalizou que o percentual de procura de atendimento pelo SUS não difere entre as regiões citadas, porém as regiões que mais referiram a utilização do SUS foram São Paulo, Região Norte e Nordeste e este padrão de utilização do SUS por região esteve inversamente correlacionado com a posse de planos de saúde privados. Já em estudo realizado por Tesser e Sousa (2018) demonstrou maior concentração da oferta de PICS na APS nas regiões Sul e Nordeste.

Em pesquisa realizada em 2020 sobre a oferta de PICS na Estratégia de Saúde da Família no Brasil, a região norte apontou os menores números de estabelecimentos que oferecem PICS quando confrontados com as demais regiões. É possível que as práticas integrativas es-

tenham sendo disponibilizadas à margem do serviço público do SUS, realizado por benzedeiros, curandeiros, raizeiros e outros, em virtude do grande valor natural e cultural dessa região (BARBOSA *et al.*, 2020).

Os artigos selecionados nesta revisão identificaram a prevalência das práticas: Fitoterapia, seguida de Acupuntura, Homeopatia, Lian Gong, Práticas Corporais, Dança Circular e Yoga, seguido de Terapia Comunitária. Corroborando com nossos achados, o inquérito nacional identificou a maior oferta de PICS, sendo a fitoterapia ofertada em 30% dos municípios e a acupuntura em 16%, distintamente nas regiões do país (TESSER e SOUSA, 2018). A Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia estão consolidadas desde 2006 pela primeira Portaria da Política Nacional de PICS (BRASIL, 2006) e provavelmente por essa razão estas práticas são mais frequentes nos artigos selecionados, por estarem disponíveis há mais tempo nos serviços de saúde em relação às outras práticas.

Em uma visão geral, no âmbito da procura por atendimento em serviços de saúde, os usuários do SUS referiram procurar as PICs por doenças, acidentes e lesões, correspondendo a praticamente 60% dos motivos referidos (SILVA *et al.*, 2011). Coadunando com este perfil, vários usuários que procuraram as PICS apresentavam problemas crônicos de longo itinerário de tratamento farmacológicos e/ ou cirúrgico sem, muitas vezes, conseguirem melhora na saúde (SILVA e TESSER, 2013), constituindo casos de insucesso em tratamentos anteriores (GALVANESE *et al.*, 2017).

Podemos identificar entre os estudos, os benefícios e resultados terapêuticos alcançados pelos usuários das PICS, considerando a integralidade que contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista do indivíduo, em busca de apreender suas necessidades mais abrangentes (ALVES, 2005). Concretizando a atuação no campo da promoção da saúde baseado no modelo de atenção humanizado e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC (BRASIL, 2006) contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS.

Alguns desafios foram apontados pelos estudos utilizados nesta revisão, tais como pouco conhecimento dos profissionais sobre as PICS (VARELA e AZEVEDO, 2013), pouca capacitação para os profissionais da APS (SILVA e TESSER, 2013), fato que poderia ser atribuído à ausência do conteúdo sobre as PICS durante a graduação (VARELA e AZEVEDO, 2013). Para uma integração mais efetiva dessas práticas no cotidiano da APS, faz-se necessário que o ensino das PICS seja ofertado a um maior número de estudantes dos cursos de saúde, ao longo de sua formação profissional (TESSER e SOUSA, 2018).

Importante destacar nesse cenário da formação acadêmica, o potencial da utilização dos preceitos da Educação Interprofissional, definida pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) como “ocasiões em que dois ou mais estudantes de duas ou mais profissões aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços de saúde” (BARR, LOW, 2013, p.3). Nessa perspectiva, membros de distintas formações acadêmicas aprendem entre si e trocam experiências que possam potencializar o cuidado centrado ao indivíduo, melhorando a colaboração e a qualidade da atenção à saúde, pois essa proposta de educação estimula os profissionais de saúde a conhecerem os papéis e responsabilidade dos demais membros da equipe, conhecendo e, portanto, respeitando os princípios e conceitos centrais de cada disciplina, convergindo desse modo, para um cuidado mais efetivo à população assistida.

Com aprovação da PNPIC houve o desenvolvimento de programas, políticas, projetos e ações nas instâncias governamentais para institucionalização das práticas complementares, mas ainda há desafios para o emprego de estratégias e ponderações dos seus efeitos, qualificação de profissionais para atuarem no SUS e também promover melhorias na organização dos serviços (BRASIL, 2012). Além disso, Tesser *et al.* (2018) descrevem sobre os dados insuficientes para se determinar o perfil dos profissionais que praticam as PICS.

Além da falta de conhecimento dos profissionais e a resistência cultural foram sinalizadas dificuldades para acesso dos usuários às PICS e falta de insumos previstos pela PNPIC (VARELA e AZEVEDO, 2013). Tesser *et al.* (2018) relatam que não houve, com a PNPIC, investimento financeiro adicional para as PICS pela União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo. Sua ampliação ocorreu em um contexto político, sem discussão pública sobre a pertinência e o potencial de efetividade das PICS incorporadas, envolvendo muitas formas de cuidado, algumas pouco conhecidas, gerando assim, necessidade de estudos (TESSER e SOUSA, 2018).

Como evidenciado em pesquisa realizada em Minas Gerais, ainda que haja incentivo da PNPIC para a implantação das práticas na rede de serviços do SUS, especialmente na APS, constatou-se que existe dificuldade de se compreender quais práticas de saúde podem se inserir no escopo das PICS (LIMA, SILVA e TESSER, 2014). Em contrapartida, na pesquisa que avaliou o grau de implantação das PICS na Atenção Básica em Santa Catarina, foram analisadas 1470 equipes de saúde e destas, 428 (29,1%) ofertavam PICS. Dos 293 municípios estudados, 131 (44,7%) ofertavam Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia e Auriculoterapia, apresentando resultado de implantação expressivo, com diferenças entre os municípios e seus portes populacionais, visto que a maioria da população do estado possui acesso às PICS (LOSSO e FREITAS, 2017).

Um fator limitante que pode ser considerado na análise dos estudos utilizados nesta revisão, consiste na disponibilidade dos dados publicados referentes à oferta das PICS na APS uma vez que é possível que tenha discordância entre o número real de PICS ofertado in locus com o quantitativo apresentado nesta revisão.

Dentro dessa perspectiva, destaca-se o estudo por meio de inquérito telefônico nacional dirigido aos gestores municipais de saúde que identificou 432 municípios com oferta de alguma PICS nos serviços públicos entre 2015 e 2016, enquanto dados oficiais do MS apontam para 3.097 municípios, sendo assim, existe uma disparidade entre esses dados, podendo ser devido ao fato de grande parte da oferta de PICS no SUS ser realizada por profissionais de Unidades Básicas individualmente nos seus serviços, sem apoio ou total ciência dos gestores e, conseqüentemente, sem institucionalização significativa da oferta. Tal inconsistência permanece se compararmos os dados do inquérito com os do PMAQ-AB, no qual aparecem apenas 347 municípios com oferta de PICS na APS (TESSER e SOUSA, 2018).

Nessa linha de raciocínio, acredita-se que os gestores municipais de saúde e os governantes devem priorizar a discussão sobre o investimento financeiro adequado para a oferta das PICS, possibilitando a disponibilidade de cursos de capacitações e educação permanente para formação de recursos humanos, com vistas a atuação nos serviços de saúde utilizando as PICS, compondo um quadro de profissionais de diversas formações, viabilizando o suporte físico e estrutural do serviço (VARELA e AZEVEDO, 2013). O serviço de saúde carece de práticas conjuntas entre profissionais e instituições, além de novos estudos sobre a aceitação e conhecimento

das PICS entre população, profissionais e gestores de saúde (CACCIA-BAVA *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta revisão foram alcançados, uma vez que se identificou as PICS ofertadas na APS no Brasil, a partir de estudos científicos que abordaram tal oferta, conhecendo o perfil dos usuários que as utilizam bem como os benefícios em sua saúde. O estudo dos artigos selecionados possibilitou perceber que existe a necessidade de incentivar as produções científicas sobre as PICS no contexto de saúde pública, uma vez que tais práticas revelam distintas abordagens terapêuticas que apresentam resultados efetivos à saúde.

É necessário ainda, realizar debates acerca da inserção das práticas brasileiras na PNPIC a fim de valorizá-las e expandir seus conhecimentos para que com isso, mais Práticas Integrativas estejam disponíveis nos estabelecimentos de saúde. Por fim, como esse artigo foi focado na Atenção Primária, identificou-se a necessidade de estudos futuros no contexto da oferta de PICS na média e alta complexidade, contribuindo para um panorama geral das PICS no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; v.9 n. 16 p.39-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: nov. 2019.

ALVIM N.A.P. Práticas integrativas e complementares de saúde no cuidado. *Rev. Enferm. UFSM.* 2016; v.6 n.1 p.1-2. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21571>. Acesso em: nov 2019.

BARBOSA F.E.S.; GUIMARÃES M.B.L.; DOS SANTOS C.R.; BEZERRA A.F.B.; TESSER C.D.; DE SOUSA I.M.C. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00208818.pdf>. Acesso em: jul. 2020.

BARR H.; LOW H. *Introdução à Educação Interprofissional.* CAIPE. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União, Brasília, 2018a.* Disponível em: https://4a3ffa3a-7f08-4490-bf5a-6c3e11becb68.filesusr.com/ugd/ae348b_b28f139501664236891451d008dc013f.pdf Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União, Brasília, 2017.* Disponível em: https://4a3ffa3a-7f08-4490-bf5a-6c3e11becb68.filesusr.com/ugd/ae348b_063517ba687c4e32af69e4ebd02f8615.pdf. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA Nº 971 DE 03 DE MAIO 2006. Aprova a Política

Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 03 maio 2006. Disponível em: https://4a3ffa3a-7f08-4490-bf5a-6c3e11becb68.filesusr.com/ugd/ae348b_748c8ae9d4c244d2bf5653e1b479286f.pdf. Acesso em set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [Citado em 2019 nov 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares. Caderno de Atenção Básica, nº. 31. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>. Acesso em: nov. 2019.

CACCIA-BAVA M.C.G.G.; BERTONI B.W.; PEREIRA A.M.S.; MARTINEZ E.Z. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ciênc Saúde Colet. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1651.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

GALVANESE A.T.C.; BARROS N.F.; D'OLIVEIRA A.F.P.L. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública (Online). 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00122016.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

GRIBNER C.; RATTMANN Y.D.; GOMES E.C. Use of industrialized herbal medicines by patients attended at the basic health units in the County of Pinhais, Paraná, Brazil. Bol latinoam Caribe plantas med aromát. 2018. Disponível em: https://www.blacpma.usach.cl/sites/blacpma/files/articulo_1_-_1391_-_238_-_248.pdf. Acesso em: jul. 2019.

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]. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130133.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

LOSSO L.N.; FREITAS S.F.T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde Debate. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0171.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. PRISMA Group Syst Rev. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. 2015 [citado em 2019 nov 26]; 24(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>. Acesso em mai. 2019.

RANDOW R.; MENDES N.C.; SILVA L.T.H.; ABREU M.N.S.; CAMPOS K.F.C.C.; GUERRA V.A. Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde. Rev bras promoç saúde (Impr). 2017.

Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6365/pdf>. Acesso em: jul. 2019.

SILVA E.D.C.; TESSER C.D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. *Cad Saúde Pública (Online)*. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/06.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

SILVA Z.P.; RIBEIRO M.C.S.A.; BARATA R.B.; ALMEIDA M.F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000016&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: nov. 2019.

TESSER C.D.; SOUSA I.M.C.; DO NASCIMENTO M.C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate*. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf>. Acesso em: out. 2019.

TESSER C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública (Online)*. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/09.pdf>. Acesso em: out. 2019.

VARELA D.; AZEVEDO D. Difficulties of health professionals facing the use of medicinal plants and fitotherapy. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)*. 2013. v.5 n.2. p.3588-3600. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2033/pdf_727. Acesso em: nov 2019.

VON ELM E, ALTMAN DG, EGGER M, POCOOCK SJ, GOTZSCHE PC, VANDENBROUCKE JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61:344-9. Disponível em: https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_checklist_v4_combined.pdf. Acesso em jun. 2019.

**Tecnologias e inovações
desenvolvidas e aplicadas
com ênfase na proteção dos
profissionais de saúde no combate à
COVID 19: uma revisão sistemática**

**Technologies and innovations
developed and applied to protect
frontline healthcare professionals
in the fight against COVID 19: a
systematic review**

*Karolina Cristina Gonçalves
Camila Lopes Barros
Caroline Machado Martins
Julia Somenzi de Villa
Tatiana Mussatto
Giovana Grando Menegon
Priscila de Carvalho*

*Médicas Graduas pela Universidade de Caxias do sul no ano de 2019.
Rio Grande do Sul, Brasil*

Resumo

O presente trabalho versa sobre a grave pandemia de uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), a chamada COVID-19. Uma doença potencialmente fatal e que representa o mais importante problema mundial de saúde pública dos últimos anos. As altas taxas de transmissibilidade e o íntimo contato dos profissionais da saúde com os doentes, fez necessário o desenvolvimento de tecnologias e inovações que pudessem proteger e salvar os profissionais diretamente ligados ao enfrentamento das vítimas do COVID-19. Serão abordadas desde as tecnologias já existentes, como os canais de atendimento ao paciente, as sugestões mais complexas, como robôs para manterem contato direto com o paciente infectado. Também serão analisados os transtornos relacionados à segurança desses ocupacionais da saúde, o mau uso ou escassez dos EPI's, bem como a imprescindibilidade de desenvolver novas formas de proteção e segurança para esses agentes que atuam heroica e diretamente com os casos de COVID-19.

Palavras-chave: profissionais de saúde. COVID-19. inovações tecnológicas.

Abstract

This paper discusses the serious pandemic of an infectious disease caused by a new coronavirus (SARS-CoV-2). The disease called COVID-19 is potentially fatal and represents the most important public health problem worldwide in recent years. And due to this disease, it is necessary to develop technologies and innovations to protect and safeguard professionals directly linked to coping with victims of COVID-19. Will be addressed from existing technologies, such as patient care channels, to the most complex suggestions, such as robots to maintain direct contact with the infected patient. Disorders related to the safety of these health workers will also be analyzed, as well as the misuse or scarcity of PPE, as well as the indispensability of bringing new forms of protection and safety to these agents who work heroically and directly with cases of COVID-19.

Keywords: health professionals. COVID-19. technological innovations.

INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta desde o ano de 2020 a grave pandemia de uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), a chamada COVID-19. Que representa o mais importante problema mundial de saúde pública dos últimos anos e se mostra potencialmente fatal em muitos casos.

Os profissionais que atuam diretamente à frente da luta contra a COVID-19, são as pessoas que mais estão expostas a esta terrível e devastadora doença.

Portanto, se torna necessário que esses trabalhadores tenham uma proteção maior contra esse vírus.

Além disso, há uma escassez e inadequação relacionada aos EPI's, o que torna mais difícil essa luta.

Desta forma, neste trabalho serão verificadas novas formas mais tecnológicas e inovadoras para otimizar a proteção à esses profissionais de saúde, que são tão importantes no contexto da pandemia.

Serão abordadas as tecnologias, bem como inovações que estão sendo desenvolvidas, adaptadas e construídas para proteger e salvaguardar os profissionais diretamente ligados ao enfrentamento das vítimas do COVID-19. Formas de proteção mais tecnológicas e inovadoras, que trarão mais segurança, bem estar e comodidade para esses trabalhadores que sofrem tanto com e por essa doença e mesmo assim, seguem atuando na linha de frente de seu combate, colocando em risco a sua vida e a vida de sua família.

Este trabalho se justifica pela importância de verificar tais transtornos relacionados a segurança desses ocupacionais da saúde.

Por fim, a hipótese se dá pelo fato de verificar se realmente as inovações tecnológicas apresentadas serão eficazes para a proteção e segurança dessas pessoas, e se elas realmente estarão mais protegidas e terão mais comodidade em seu ambiente de trabalho.

REFERENCIAL TEÓRICO

Sobre a pandemia COVID-19

Atualmente, profissionais de saúde do mundo inteiro tem desenvolvido o chamado “Burnout”, que é uma condição gerada em ambientes de trabalho muito desgastantes e estressantes. Esses profissionais desenvolvem tal patologia devido ao contato contínuo com dor e sofrimento, gerado pela pandemia do COVID-19. Também por cargas excessivas de trabalho, que geram estresse e problemas psicológicos. (LOPEZ, *et al*, 2020).

Para entender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde referente ao COVID 19, faz-se necessário compreender e conhecer de onde surgiu e como foi originada essa pandemia.

O primeiro caso da pandemia pelo novo coronavírus, SARS-CoV2, foi identificado em

Wuhan, na China, no dia 31 de dezembro de 2019. Desde então, os casos começaram a se espalhar rapidamente pelo mundo: primeiro pelo continente asiático, e depois por outros países. (PEBMED, 2021)

Os primeiros casos de COVID-19 foram identificados no final de 2019 e inicialmente foi considerado epidemiologicamente como um surto, já que foi verificado aumento acima do esperado de casos de uma doença em uma área específica num determinado período. (PEBMED, 2021)

No entanto, devido ao surgimento de casos fora da área inicial que concentrava a maioria dos casos, em janeiro de 2020 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e, posteriormente, epidemia, que pode ser caracterizada pelo aumento rápido no número de casos da doença independentemente da época do ano. (PEBMED, 2021)

Em março de 2020 foi declarado pela OMS a situação de pandemia de COVID-19, isso porque além de ter sido verificado aumento exponencial dos casos da doença, foi possível observar a ocorrência de COVID-19 em todos os continentes. Poucos dias depois, foi confirmada a primeira morte no Brasil, em São Paulo (PEBMED, 2021)

Atualmente, vacinas contra a COVID-19 foram desenvolvidas. As vacinas atuam na prevenção das formas graves da doença, induzindo a criação de anticorpos por parte do sistema imunológico.

Entretanto, essas vacinas ainda não foram distribuídas globalmente, de forma que alivie toda a pressão no sistema de saúde.

Apenas cerca de 70 milhões de brasileiros receberam a primeira dose das vacinas, e em torno de 25 milhões receberam a segunda dose. Isso representa somente por volta de 11% da população vacinada. (CONASS, 2021)

Dificuldades no ramo da saúde em tempos de pandemia COVID-19

Diariamente, profissionais de saúde sofrem, tanto com a escassez, quanto com a inadequação do uso de EPI's, colocando assim em risco sua própria vida, e a vida de pacientes, familiares, amigos.

Christiane Wiskow, especialista sênior em Serviços de Saúde da OIT, diz:

A crise da COVID-19 também está chamando a atenção para os já sobrecarregados sistemas de saúde pública em muitos países e para a escassez global de força de trabalho em saúde. A pandemia destaca a necessidade urgente de investimentos em sistemas de saúde sustentáveis e em uma força de trabalho de saúde forte com condições de trabalho decentes para capacitar esses profissionais a fazer seu trabalho. (ANAMT, 2020)

Thaís Faria, Oficial Técnica em Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho para América Latina e Caribe da OIT, diz:

Com a pandemia, os profissionais da área de saúde estão mais expostos direta e constantemente ao risco de contaminação pelo coronavírus. Neste contexto, é ainda mais urgente reforçar as normas de saúde e segurança o trabalho que preserva a saúde e a vida de profissionais e pacientes, e, conseqüentemente, por meio deles, proporcionar um melhor

serviço à população. Desde março deste ano, 226 profissionais de saúde morreram e outros 257 mil foram infectados pelo novo coronavírus, segundo balanço apresentado pelo Ministério da Saúde no dia 24 de agosto. (ANAMT, 2020)

Para esses profissionais, atuar nesses lugares estressantes acaba aumentando os riscos de segurança em seu espaço de trabalho, como o risco de ser infectado pelo vírus, pouco acesso a EPI's, entre outros meios de prevenção. (ANAMT, 2020)

O coordenador da Área de Conhecimento para a Promoção do Trabalho Decente da OIT, José Ribeiro, afirma:

Há necessidade de “todo o respeito pelos direitos laborais e condições de trabalho dignas, que são elementos fundamentais para que esses trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente possam, de fato, dispor de condições dignas para salvar vidas. (ANAMT, 2020)

As procuradoras do MPT Ana Cristina Desirée Tostes Ribeiro e Carolina Mercante, dizem:

Ficou comprovado, nesta pandemia, que os trabalhadores da saúde estão mais expostos a agentes biológicos, químicos e físicos capazes de ocasionar acidentes de trabalho, alcançando índices alarmantes que precisam ser combatidos com medidas preventivas mais eficazes por parte dos gestores. (ANAMT, 2020)

Além da questão da escassez e da inadequação do uso de EPI's, soma-se o fato da doença COVID-19 ser desconhecida. Diariamente, novos sintomas são descobertos. Sempre há uma novidade referente aos casos de contaminação. O que gera grande insegurança tanto para os profissionais, quanto para os pacientes, pois com novos sintomas se torna difícil identificar o contágio pela doença.

Em 2019 foi criado o Dia Mundial da Segurança do Paciente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para ajudar a sociedade a compreender mais sobre a segurança do paciente, melhorar a atuação do público nos cuidados de saúde, além de gerar atos globais para acrescentar segurança ao paciente.

Inovações tecnológicas no ramo da saúde no contexto da pandemia de COVID-19

Novas tecnologias no setor de saúde têm ganhado relevância especial neste momento em que o mundo enfrenta os inúmeros desafios trazidos pelo novo coronavírus.

Essas inovações tornam-se importantes tanto para a segurança dos pacientes quanto para a segurança dos profissionais de saúde.

São tecnologias que ofertam soluções para, por exemplo, restringir o contato entre médicos e pacientes, limitar os exames e consultas de rotina, e também, solucionar a questão caso esteja em tempo de ir ao médico tratar de outro sintoma que não seja referente à COVID-19. (DELOITTE, 2020)

Neste âmbito, entra o conceito da telemedicina, que realiza atendimentos virtuais. Ela já estava presente no setor da medicina, mas com a pandemia ganhou destaque.

Outra questão interessante é a relevância de se ter métodos que auxiliem no melhor uso das imensas bases de dados existentes sobre saúde, bem como treinar profissionais que sejam capazes de absorver essas informações.

Esse treinamento ajuda os ocupacionais de saúde e de governo a verificar, por exemplo, onde estão localizados vetores do vírus, para que sejam tomadas medidas mais certas para prevenir e intervir a disseminação. (DELOITTE, 2020)

Entretanto, para que haja um bom funcionamento dessas ferramentas digitais, é necessário ter boa infraestrutura de comunicação, suportada pelas empresas de telecomunicações. (DELOITTE, 2020)

O uso de ferramentas digitais na saúde, felizmente, está evoluindo, trazendo avanços e novas possibilidades para essa área.

O artigo “How next-generation information Technologies tackled COVID-19 in China” traz informações acerca das ferramentas digitais na saúde:

Tecnologias como robótica, inteligência artificial, big data, computação em nuvem, blockchain, tecnologia de quinta geração (5G) e Internet das Coisas Médicas (IoMT) marcam uma nova era de transformação digital e interoperabilidade, moldando os sistemas de saúde do futuro, conforme apontam dois estudos recentes da Deloitte na indústria de saúde. (XIAOXIA, 2020)

Baseado no artigo supracitado, o jornal Valor Econômico traz dois estudos acerca das ferramentas digitais na saúde. O primeiro se intitula: “Perspectivas globais do setor de saúde 2020”:

Trata de tendências e perspectivas para o setor da saúde, como o investimento em gestão de saúde populacional, inovação na prestação de serviços de saúde e a adoção de cuidados baseados em valor (Value Based Care), além de desafios relacionados à força de trabalho, melhoria de desempenho e sustentabilidade financeira. (DELOITTE, 2020)

A outra pesquisa é intitulada de “Perspectivas globais do setor de Life Sciences 2020”:

Essa pesquisa, por sua vez, aborda os rumos que as organizações do segmento de “Life Sciences” estão tomando para desenvolver novas métricas para entendimento de dados e criar valor em um cenário de constante evolução, considerando a necessidade de atenção às experiências humanas - de pacientes, profissionais do setor de saúde e parceiros do ecossistema e seus efeitos nos resultados dos negócios. O estudo aponta a previsão de aumento nos gastos com pesquisa e desenvolvimento e oportunidades para descoberta de novos medicamentos ou reaproveitamento de medicamentos existentes com o uso de inteligência artificial, machine learning e automação. (DELOITTE, 2020)

E nesses dois estudos, a era digital é um fator muito importante.

Esse movimento permite novas formas de coordenação e direcionamento de cuidados, prestação de cuidados virtuais, como consultas por tele e videoconferência, conversas com chatbots dotados de inteligência artificial e mensuração remota de dados vitais. (DELOITTE, 2020)

As novidades tecnológicas geram a possibilidade de criar uma cadeia de valor que se baseia em evidências da ciência, novos métodos que colocam o enfermo na ênfase do cuidado, e dão maior acessibilidade aos ofícios da saúde. (DELOITTE, 2020)

E com maior amplitude de atuação de empresas jovens de tecnologia, como as de inteligência artificial, haverá maior lugar de atuação para agentes não tradicionais no mercado.

Nesse âmbito, as aquisições entre empresas que competem tendem a ter maior crescimento. (DELOITTE, 2020)

E no que tange a robótica, essa seria uma boa solução tecnológica e inovadora para

ajudar os profissionais de saúde a não ter um contato direto com os pacientes contaminados.

Os robôs poderiam ter contato com o paciente, ajudando-os com determinadas tarefas, medicando-os, entre outras funções, minimizando assim, o contato direto dos profissionais de saúde com esses pacientes.

Sobre os EPI's, a pandemia agravou o que já era um problema grave, quebrando cadeias de suprimentos de equipamentos e estimulando o estoque entre aqueles que podem pagar. Países sem a influência ou a riqueza para garantir pedidos de equipamentos de proteção, diagnóstico e dispositivos médicos têm uma resposta severamente limitada a esta pandemia. (SETIPA, 2020)

No Brasil, vemos o SUS ser rapidamente sobrecarregado. Essa situação terrível traz consigo uma oportunidade de desenvolver a capacidade de fabricação local e em todos os territórios de renda média e baixa, empoderando os países a garantir que suas populações obtenham os equipamentos de que precisam. (SETIPA, 2020).

Além disso, é importante criar EPI's mais eficazes, seguros, e então, dar treinamento, mesmo que virtual, para esses ocupacionais de saúde usarem esses equipamentos de forma correta e segura.

E para solucionar essa questão da escassez de EPI's, laboratórios estão criando equipamentos através de impressoras 3D, uma inovadora tecnologia utilizada para fabricar proteção complexa e bem adequada. (ISHACK *et al*, 2020; LIPNER, 2020)

As impressoras 3D são plataformas robóticas ajustáveis que permitem criar equipamentos sob medida para os profissionais. (ISHACK *et al*, 2020; , 2020)

Laboratórios da Universidade Federal do Paraná (UFPR) estão participando de uma ação integrada para a impressão de equipamentos utilizados como proteção de equipes de saúde à frente da pandemia de Coronavírus. As impressoras 3D da instituição produzem estruturas para as máscaras, recurso indispensável para o atendimento de casos suspeitos e confirmados do vírus. A tecnologia de impressão 3D vem sendo utilizada de diferentes formas na UFPR e, desde o início da pandemia de Coronavírus, é uma alternativa para a fabricação de produtos utilizados no combate ao vírus. Em decreto, a Anvisa liberou que os equipamentos sejam fabricados sem autorização prévia do órgão. (UFPR, 2020)

O professor José Eduardo Padilha de Sousa, vice-diretor do campus da UFPR em Jandaia do Sul, afirmou que um grupo da instituição dividiu a demanda em regiões, nos seus diversos campi, para poder atender as demandas presentes em cada local. Na unidade de Padilha, existem duas impressoras que trabalham 24 horas por dia, e tem capacidade de produção de 20 máscaras.

De acordo com Padilha:

A equipe trabalhou para otimizar o processo, aliando o conforto necessário aos equipamentos à velocidade da impressão. Tanto no Paraná, como no Brasil, laboratórios com impressoras 3D têm reunido esforços para suprir a alta demanda pelos equipamentos de proteção. A gente está trabalhando pesado, temos um grupo grande de pessoas, acredito que todo mundo que tenha uma impressora 3D está trabalhando nisso. Temos que prezar para que os profissionais da saúde estejam bem protegidos, para que não pereçam e continuem seu trabalho no tratamento dos doentes (UFPR, 2020)

Padilha também destacou que o projeto ajuda a produzir respiradores.

Em Curitiba, o professor Márcio Henrique de Sousa Carboni, do Departamento de Expressão Gráfica, coordena a produção de cerca de 20 unidades diárias, trabalho executado por três equipamentos. A linha de produção também conta com um cuidado da higienização do material, ensacado para não permitir contaminação. “Depois, alguém busca e finaliza a estrutura para distribuir”, explica. (UFPR, 2020)

Por fim, torna-se necessário criar novas tecnologias, inovar na questão de segurança dos profissionais de saúde, tornando os hospitais e afins lugares seguros para essas pessoas poderem trabalhar.

Evidências referentes ao esgotamento profissional durante a pandemia

As profissões relacionadas à saúde são grandes produtoras da síndrome de estafa mental ou “Burnout”, devido ao contato contínuo com a dor e o sofrimento. Além disso, as altas cargas de trabalho podem gerar estresse e sofrimento psicológico adicional. (LOPEZ *et al*, 2020).

A pandemia COVID-19 tem o potencial de afetar adversamente a saúde mental dos profissionais de saúde. (PAPPA, 2020)

O sistema público de saúde na Grécia já enfrentava sérios desafios no início do surto, após anos de austeridade e uma escalada da crise de refugiados. Foi então realizado um estudo transversal, multicêntrico, que tinha como objetivo avaliar os níveis e fatores de risco associados de ansiedade, depressão, estresse traumático e esgotamento dos trabalhadores da linha de frente à covid-19 na Grécia. (PAPPA, 2020)

Um total de 464 profissionais de saúde auto selecionados em seis hospitais de referência responderam a um questionário contendo informações sociodemográficas e relacionadas ao trabalho e escalas psicométricas validadas. A proporção de entrevistados com sintomas de depressão moderada / grave, ansiedade e estresse traumático foi de 30%, 25% e 33%, respectivamente. Os níveis de Burnout foram particularmente altos, com 65% dos entrevistados pontuando moderado / grave em exaustão emocional, 92% grave em despersonalização e 51% baixo / moderado em realização pessoal. (PAPPA, 2020)

Fatores preditivos de resultados psicológicos adversos incluíram medo, estresse percebido, risco de infecção, falta de equipamento de proteção e baixo suporte social. O fardo psicológico associado ao COVID-19 em profissionais de saúde na Grécia é considerável, com mais da metade tendo pelo menos dificuldades leves de saúde mental. As descobertas indicam a necessidade de intervenções organizacionais imediatas e individualizadas para aumentar a resiliência e apoiar o bem-estar em condições de pandemia. (PAPPA, 2020)

Também foi desenvolvida uma pesquisa quantitativa na Espanha por meio de uma amostragem aleatória simples em diferentes hospitais espanhóis durante o período de maior impacto da pandemia (N = 157). Os dados foram coletados por meio de um questionário padronizado do inventário de Burnout de Maslach (MBI) contendo 22 itens, que mede três subescalas: desgaste emocional, despersonalização e autorrealização. Resultados: os valores de despersonalização atingiram 38,9%. Um total de 90,4% dos profissionais de saúde considerou que o atendimento psicológico deve ser realizado a partir dos centros de trabalho. Além disso, 43,3% dos profissionais de saúde estimam que futuramente poderão necessitar de tratamento psicológico. Por fim, 85,4% afirmaram que a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) gerou aumento de estresse e ansiedade. (LOPEZ *et al*, 2020).

Esses estudos demonstram a necessidade de se considerar serviços específicos de saúde mental e treinamento em crises para evitar possíveis transtornos psicológicos. As informações obtidas também são valiosas para o desenvolvimento de futuros protocolos de prevenção e treinamento de pessoal de saúde para enfrentar pandemias dessas características ou cenários de emergência. Ter os meios físicos necessários à sua proteção, bem como informações atualizadas, regulares e precisas, é essencial para evitar sentimentos de medo e incerteza. Isso promoveria a saúde desses profissionais. (LOPEZ *et al.*, 2020).

DESENVOLVIMENTO

Materiais e métodos

Os materiais e métodos utilizados para a realização desse artigo foram livros, artigos, revisões bibliográficas e pesquisas sobre o contexto geral e tópicos relacionados.

Metodologia

De acordo com Lakatos (1998), a pesquisa é um procedimento formal que emprega um tratamento científico e constitui uma forma para conhecer a verdade e compreender a realidade. Pesquisar é descobrir novos fatos, dados, relações e leis em qualquer área do conhecimento, através de um método sistemático para revisão bibliográfica.

Em qualquer área do conhecimento, através do método de revisão bibliográfica, segue a linha de raciocínio:

A pesquisa aplicada tem como característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos da pesquisa básica. (GIL, 1999).

Devido aos fins práticos desta pesquisa utilizaremos como natureza a pesquisa aplicada.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. (GIL, 1999)

A pesquisa foi desenvolvida e classificada de forma que fosse possível atingir o objetivo da pesquisa de forma mais eficiente. Para melhor exploração desta pesquisa, observou-se que ela é classificada como pesquisa exploratória devido ao fato do uso de fontes bibliográficas e descritivas para que fosse possível descrever todo o processo.

APLICAÇÕES DE TECNOLOGIAS NO RAMO DA SAÚDE E A SHARECARE

Para ajudar os profissionais de saúde a se prevenirem e a correrem menos riscos de transmissão, têm sido criados canais, para que possa haver uma diminuição no contato entre pacientes e profissionais.

Um desses canais é a Sharecare.

Para a gestão do plano de saúde, a prevenção dos beneficiários é tão importante quanto o próprio tratamento da doença: ela diminui os riscos de transmissão, freia o impacto econômico da pandemia e conscientiza os beneficiários, mesmo que ainda não haja a infecção instalada. Por isso, os recursos tecnológicos são utilizados especialmente na monitoração, no acompanhamento e na conscientização dos beneficiários. A Sharecare conta com uma solução direcionada à Covid-19, que mescla canais como o WhatsApp, websites e aplicativos. (SHARECARE, 2020)

Na Sharecare, os pacientes podem solucionar questões através do WhatsApp ou telefone, profissionais de saúde especializados na COVID-19. Também é feito um check-up diariamente via webchat, que garante um acompanhamento seguro seguindo o cotidiano do paciente.

Também há equipe médica especializado em atendimento via telemedicina e acompanhamento da enfermagem por até 14 dias após a confirmação da doença. (SHARECARE, 2020)

O site da Sharecare ainda traz mais afirmações positivas sobre o serviço:

Cabe também mencionar a redução nas idas desnecessárias ao pronto atendimento: utilizando tecnologias como a telemedicina, conseguimos resolver alguns problemas do paciente sem que ele saia de casa, de maneira rápida e eficaz. Com isso, desafogamos as filas dos setores de emergência e reduzimos os riscos das idas desnecessárias a eles — como, por exemplo, de transmissão de doenças infecciosas. (SHARECARE, 2020)

As inovações tecnológicas na pandemia se tornaram alicerces essenciais no combate ao vírus.

A tecnologia de impressão 3D vem sendo utilizada de diferentes formas na UFPR e, desde o início da pandemia de Coronavírus, é uma alternativa para a fabricação de produtos utilizados no combate ao vírus. Em decreto, a Anvisa liberou que os equipamentos sejam fabricados sem autorização prévia do órgão. (UFPR, 2020)

Os equipamentos 3D podem ser criados na medida certa para cada profissional, se adaptando e se moldando melhor em cada corpo, gerando assim, maior segurança para esses trabalhadores.

Inovações tecnológicas quanto ao combate da pandemia COVID-19

Como supracitado, as tecnologias ofertam soluções para, por exemplo, restringir o contato entre médicos e pacientes, limitar os exames e consultas de rotina, e também, solucionar a questão se já está na hora de ir ao médico tratar de outro sintoma que não seja referente à COVID-19. (DELOITTE, 2020)

Neste âmbito, entra o conceito da telemedicina, que realiza atendimentos virtuais. Ela já estava presente no setor da medicina, mas com a pandemia acabou ganhando destaque.

E por fim, a robótica seria uma boa solução, tecnológica e inovadora para ajudar os profissionais da saúde a não ter um contato direto com os pacientes contaminados.

A tecnologia sempre ajudou e esteve presente na área da saúde. Ela tem renovado as esperanças de grande parte da população, especialmente de quem sofre com algum tipo de doença grave. O avanço em diagnóstico por imagem, por exemplo, permite identificar patologias de maneira ágil e em estágio precoce, auxiliando o tratamento e aumentando as chances de cura.

Além de favorecer os pacientes, a tecnologia proporciona maior agilidade nos atendimentos, retorno financeiro, praticidade, confiabilidade e credibilidade.

Com o auxílio de equipamentos de ponta que oferecem respostas eficazes e possibilitam os melhores tratamentos para a população, os profissionais de saúde podem investir em pesquisas cada vez mais aprofundadas, o que representa um marco da era digital.

Novas tecnologias de aplicação relacionadas ao COVID-19

A pandemia deu ênfase na administração de várias inovações tecnológicas.

O uso de ferramentas digitais na saúde, felizmente, está evoluindo, trazendo avanços e novas possibilidades para essa área.

A Fiocruz Brasília e o Governo do Distrito Federal (GDF) assinaram, na última terça-feira (05/05/21), ordem de serviço que dá início ao convênio de cooperação técnico-científica para o desenvolvimento de projetos de saúde digital no diagnóstico, tratamento e prevenção da covid-19. A cerimônia, realizada no Salão Nobre do Palácio do Buriti, sede do Governo, foi transmitida em tempo real. (GAMEIRO, 2020).

A parceria envolve a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação (SECTI), por meio da Fundação de Apoio à Pesquisa (FAP-DF), e a Fiocruz Brasília. O convênio possibilita acelerar o desenvolvimento de terapias e diagnósticos para combater a atual pandemia, além de incorporar a aplicação de novas tecnologias à estrutura permanente do sistema de saúde e minimizar danos de futuras emergências sanitárias. (GAMEIRO, 2020).

Este convênio ajuda os profissionais de saúde a se capacitarem, e assim, lidar com a tecnologia para reduzir o contato entre os pacientes, minimizando assim, os riscos de transmissão.

Presente na cerimônia, a diretora da Fiocruz Brasília, Fabiana Damásio, ressaltou a parceria com a FAP-DF, Secretaria de Saúde do DF e UnB, e afirmou que esforços estão sendo empreendidos para que a tecnologia possa facilitar e contribuir no enfrentamento ao novo coronavírus, no diagnóstico, tratamento e prevenção à covid-19.

A pandemia de covid-19 tem nos apresentado desafios e necessidades de enfrentamento a diferentes situações com celeridade, para que possamos oferecer uma saúde pública de qualidade para a população e, em especial, aqui do DF. (GAMEIRO, 2020).

Damásio enfatizou, ainda, a importância da realização de capacitação de profissionais para lidar com as soluções digitais para a saúde, e também com o fortalecimento da rede de inovação do DF na linha da construção de novas tecnologias para a saúde, para que possam ser desenvolvidas estratégias que sejam benéficas para a população. “Que a gente siga adiante fortalecendo a saúde pública e a ciência e tecnologia no DF”, finalizou a diretora. (GAMEIRO, 2020)

Estão previstas a avaliação e fomento de soluções em saúde digital, projetos de inovação, serviços e produtos tecnológicos digitais (Artificial, Machine Learning, Realidade Virtual, BIG DATA, Blockchain, Wearables, entre outras) que se enquadrem no enfrentamento da covid-19 e das consequências da pandemia nas diversas áreas de conhecimento. A expectativa é alcançar tecnologias digitais para diagnóstico, tratamento, prevenção (telessaúde, patologia digital); capacitar os profissionais de assistência e gestão da saúde para atuarem no sistema de saúde digitalizado; criar uma rede cooperativa de ciência e tecnologia da cadeia de saúde digital do DF fortalecida para o desenvolvimento de pesquisas tecnológicas de enfrentamento de doenças

infectocontagiosas; ampliar a capacidade geral de diagnóstico ampliado da Secretaria de Saúde. (GAMEIRO, 2020).

Entre as iniciativas, destaca-se a plataforma de telemedicina, em fase de implementação, para criar condições para que pacientes sejam atendidos mais rapidamente pelo SAMU e nos casos de urgência, acelerando a gestão de diagnóstico. Até o momento, são cerca de 250 voluntários cadastrados no projeto, contando com profissionais de Brasília e de outros lugares do Brasil. “A telemedicina fará uma revolução na gestão de dados e na tomada de decisão no sistema de saúde”, afirma Gilvan Máximo, que ressaltou, ainda, a expertise da Fiocruz.

Trata-se de uma instituição respeitada internacionalmente, que foi nomeada como laboratório de referência pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a covid-19 nas Américas (GAMEIRO, 2020).

“É uma parceria importante porque vai incluir e dar dignidade às pessoas, com resultados positivos para a sociedade”, defendeu o secretário de Saúde do DF.

Alessandro Dantas, da FAP/DF, elogiou:

Iniciativas como essa são um testemunho do talento do brasiliense, que em pouco tempo tem pensado e apresentado propostas no sentido de combater a difícil situação atual (GAMEIRO, 2020).

Conclui-se que essas novas tecnologias, desde as mais simples, como canais de atendimento ao paciente, como as mais complexas, como impressoras 3d e robôs que teriam contato direto com o paciente, são muito importantes para garantir a segurança dos profissionais de saúde, o bem-estar dos mesmos, garantindo proteção em seu ambiente de trabalho.

RESULTADOS

Os resultados de implantações de novas tecnologias para assegurar a proteção dos profissionais de saúde ainda sofrem muita lentidão.

Existem vários canais de atendimento ao paciente, que minimizam o contato entre paciente/profissional. Um deles é a Sharecare, que mistura canais como o WhatsApp, websites e aplicativos.

Mas ainda assim, em casos mais graves de COVID-19, ainda é necessário que o profissional se exponha ao paciente.

E como referido, ainda há o problema da escassez e inadequação quanto ao uso dos EPI's.

É importante a adoção de medidas que melhorem a disponibilidade e qualidade dos EPI's, como citado nas impressões 3D. Os equipamentos que utilizam essa tecnologia são mais seguros, pois se adaptam melhor a cada corpo.

DISCUSSÃO

A discussão se resume em que medida tecnológica tomar para melhorar a qualidade de vida dos profissionais de saúde que se encontram na linha de frente contra o combate do COVID 19.

Para esses profissionais, atuar lugares em estressantes acaba aumentando os riscos de segurança em seu espaço de trabalho, como o risco de ser infectado pelo vírus, pouco acesso a EPI's, entre outros meios de prevenção.

Diariamente, esses trabalhadores sofrem, tanto com a escassez, quanto com a inadequação do uso de EPI's, colocando assim em risco sua própria vida, e a vida de pacientes, familiares, amigos.

Sabe-se que esses profissionais colocam sua vida em risco todos os dias, então é necessários usar a tecnologia a favor desses trabalhadores, para gerar um bem estar para os mesmos.

Essas tecnologias ofertam soluções para, por exemplo, restringir o contato entre médicos e pacientes, limitar os exames e consultas de rotina, e também, solucionar a questão se já está na hora de ir ao médico tratar de outro sintoma que não seja referente à COVID-19.

Ao mesmo tempo em que surgem ideias tecnológicas, é gerado o problema da falta de recursos para que essas inovações sejam levadas adiante e agreguem a todos.

É importante verificar se realmente as inovações tecnológicas apresentadas serão eficazes para a proteção e segurança dessas pessoas, e se elas realmente estarão mais protegidas e terão mais comodidade em seu ambiente de trabalho.

No Brasil, essa questão se torna pior ainda, devido aos inúmeros casos de COVID 19, a superlotação nos hospitais, a falta de EPI's, e a falta de vacinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que novas tecnologias no setor de saúde têm ganhado relevância especial neste momento em que o mundo enfrenta os inúmeros desafios trazidos pelo novo coronavírus.

Essas inovações tornam-se importantes tanto para a segurança dos pacientes quanto para a segurança dos profissionais de saúde.

Entretanto, alguns avanços inovadores e tecnológicos ainda estão fora do alcance dos profissionais de saúde.

Os resultados de implantações de novas tecnologias para assegurar a proteção destes trabalhadores da saúde ainda sofrem muita lentidão.

Algumas inovações no ramo da saúde já estão sendo realizadas, como os canais de atendimento ao paciente, que minimizam o contato entre paciente/profissional.

A robótica seria uma boa solução tecnológica e inovadora para ajudar os profissionais de saúde a não ter um contato direto com os pacientes contaminados. Os robôs poderiam ter contato com o paciente, ajudando-os com determinadas tarefas, medicando-os, entre outras funções,

minimizando assim, o contato direto dos profissionais de saúde com esses pacientes. Entretanto, o Brasil ainda não conta com recursos disponíveis para sustentar essas inovações.

As inovações tecnológicas na pandemia se tornaram alicerces essenciais no combate ao vírus. E tudo indica que essas soluções utilizadas nesse tempo irão durar por anos, ajudando neste e em outros combates que virão.

É crucial desenvolver novas formas de cuidar desses profissionais de saúde, que são figuras importantíssimas para o bem estar da sociedade.

É importante criar medidas que melhorem a disponibilidade e qualidade dos EPI's, e uma dessas soluções é a fabricação de equipamentos em 3D. Os equipamentos que utilizam essa tecnologia são mais seguros, pois se adaptam melhor a cada corpo.

Infelizmente, o ramo da saúde ainda tem longas lutas pela frente, tanto quanto a COVID 19 quanto a respeito do local de trabalho e segurança.

REFERÊNCIAS

- ANAMT. Pandemia destaca os desafios enfrentados por profissionais de saúde em todo o mundo. Oficial Website ANAMT – Associação Nacional de Medicina do Trabalho. 2020. Disponível em <https://www.anamt.org.br/portal/2020/09/23/pandemia-destaca-os-desafios-enfrentados-por-profissionais-de-saude-em-todo-o-mundo/>. Acesso em 28 jun. 2021.
- CONASS. Vacinação contra a COVID-19. Oficial Website CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021. Disponível em <https://www.conass.org.br/vacinacovid19/>. Acesso em 28 jun. 2021
- DELOITTE. Pandemia coloca em evidência novas tecnologias na área de saúde. Oficial Website VE. 2020. Disponível em <https://valor.globo.com/patrocinado/deloitte/impacting-the-future/noticia/2020/04/09/pandemia-coloca-em-evidencia-novas-tecnologias-na-area-de-saude.ghtml>. Acesso em 28 jun. 2021.
- GAMEIRO, Natália. Ciência, tecnologia e inovação no enfrentamento à pandemia de covid-19. Oficial Website FIOCRUZ BRASILIA. 2020. Disponível em <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/ciencia-tecnologia-e-inovacao-no-enfrentamento-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em 28 jun. 2021.
- GIL, Pedro. Metodologia Científica em Ciências Sociais. São Paulo: Cortez, 1991.
- LAKATOS, Eva Maria. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 1997.
- LÓPEZ, J. *et al.* Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. Journal of Clinical Medicine. Espanha. 2020.
- PAPPA, S. *et al.* From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. MDPI - International Journal of Environmental Research and Public Health. DOI.org/10.3390/ijerph18052390. 2021
- PEBMED. CORONAVÍRUS: tudo o que você precisa saber sobre a nova pandemia. Oficial Website PEBMED. 2020. Disponível em <https://pebmed.com.br/coronavirus-tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-nova-pandemia/>. Acesso em 28 jun. 2021.

SETIPA. J. Como resolver a escassez de equipamentos no combate à pandemia. Oficial Website VEJA SAUDE. 2020. Disponível em <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/como-resolver-a-escassez-de-equipamentos-no-combate-a-pandemia/> Acesso em 28 jun. 2021

SHARECARE. A importância da tecnologia no combate à pandemia da COVID-19. Oficial Website SHARECARE. 2020. Disponível em <https://sharecare.com.br/tecnologia-na-pandemia/>. Acesso em 28 jun. 2021.

ISHACK, *et al.* Applications of 3D Printing Technology to Address COVID-19–Related Supply Shortages . Nova York. 2020.

UFPR. UFPR participa da produção de máscaras de proteção ao Coronavírus em impressoras 3D. Oficial Website UFPR. 2020. Disponível em <https://www.ufpr.br/portalufpr/noticias/ufpr-participa-da-producao-de-mascaras-de-protecao-ao-coronavirus-em-impressoras-3d/>. Acesso em 30. Jun 2021.

XIAOXIA. Q. How next-generation information Technologies tackled COVID-19 in China. Oficial Website World Economic Forum. 2020. Disponível em <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/how-next-generation-information-technologies-tackled-covid-19-in-china/>. Acesso em 30 jun. 2021

O ensino da bioética na formação médica: prática imprescindível ou irrelevante?

The teaching of bioethics in medical education: essential or irrelevant practice?

Bruno de Queiroz Camargo

Médico do Hospital Regional do Gama - HRG - SES-DF

Juliana Cavalcanti Andrade Falcão Ferraz

Médica da Unidade Básica de Saúde 09 - Ceilândia - SES-DF

Resumo

O ensino da Bioética tem o objetivo de oferecer ao acadêmico um espaço para reflexão sobre os princípios básicos que a fundamentam de acordo com a prática profissional. A discussão desse tema procura refletir sobre os novos desafios postos à prática da medicina, na atualidade, por isso sua importância no ensino na formação médica. Atualmente a Bioética está cada vez mais em evidência, em função das novas tecnologias que podem envolver o ser humano, portanto as discussões dessa disciplina devem ocupar todos os momentos possíveis da formação médica.

Palavras-chave: bioética. formação. medicina.

Abstract

The teaching of Bioethics aims to offer the academic a space for reflection on the basic principles that underlie it in accordance with professional practice. The discussion of this theme seeks to reflect on the new challenges posed to the practice of medicine today, hence its importance in teaching in medical education. Currently, Bioethics is increasingly in evidence, due to new technologies that can involve the human being, so discussions in this discipline must occupy all possible moments of medical education.

Keywords: bioethics. training. medicine.

INTRODUÇÃO

Em virtude das grandes transformações enfrentadas pela medicina nos últimos anos, tornou-se crescente a importância da ética médica e bioética para a compreensão da realidade e antecipação às novas questões impostas na vida daqueles que lidam com a saúde¹.

Segundo Fortes (1994), a bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”². Essa ciência tenta relacionar nossa natureza biológica e o conhecimento realista do mundo biológico à formulação de políticas encaminharas a promover o bem social. A bioética consiste, portanto, no diálogo interdisciplinar entre a vida e a ética.

Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, conforme Beauchamp e Chilfress (1994), a bioética se sustenta em quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade³.

Costa (2004) afirma que a ética da responsabilidade e a bioética conduzem a responsabilidade para com as questões do cotidiano e das relações humanas em todas as dimensões desde que tenhamos uma postura consciente na arte de cuidar do outro como se fosse a si mesmo⁴.

O ensino da Bioética tem o objetivo de oferecer ao acadêmico um espaço para reflexão sobre os princípios básicos que a fundamentam de acordo com a prática profissional e as implicações éticas do avanço tecnológico aplicado às diferentes áreas da medicina, ou seja, criar juízo de valores desses avanços na área médica, conforme relatado por Siqueira (2002)⁵.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, no Brasil, destacaram a necessidade da formação ética e humanista dos graduados em Medicina, que deverão ser capazes de atuar com responsabilidade social e o compromisso de defender a cidadania, a dignidade humana e a saúde integral do ser humano⁶.

JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, o avanço vertiginoso das tecnologias biomédicas fez com que o médico se deparasse com uma avalanche de informações cuja compreensão é virtualmente impossível. Essa evolução da ciência, nem sempre é acompanhada de valores morais e sociais, demandando uma reflexão ética sobre os fatos.

A discussão desse tema procura refletir sobre os novos desafios postos à prática da medicina, na atualidade, bem como a respeito da necessidade de se escolher de uma metodologia de ensino que se ajuste aos novos tempos e demandas sociais. Do mesmo modo que se treinam os estudantes nas discussões dos aspectos técnicos, pode ser necessário uma capacitação para a resolução de conflitos éticos que surgem da prática assistencial, desenvolvendo seus aspectos afetivos e humanos.

OBJETIVOS

Avaliar a importância do ensino da bioética na formação médica. Analisar, ainda, como a bioética proporciona aos estudantes o desenvolvimento da capacidade de lidar com problemas no campo da moral, inerentes à prática profissional.

DISCUSSÃO

A bioética discute do ponto de vista da ética, as relações entre os avanços no campo do conhecimento científico e tecnológico e o cotidiano da vida em sociedade. Surgida nos Estados Unidos da América na década de 70, a perspectiva introduzida pela bioética e hoje disseminada por todos os continentes, se distanciou da conotação da moral religiosa e respeita a pluralidade de tendências⁷.

Para Ramos (2003), como um campo amplo e em rápida expansão, a bioética se coloca como um dos mais representativos exemplos de esforço interdisciplinar de reflexão e crítica, uma vez que se defronta com os desafios de formas de viver desiguais, que exigem a busca permanente e cooperativa de diversos sujeitos e diversos campos de saber e ação social, que articulam seus pontos de visão e escuta deste social⁸.

A importância da bioética no campo da saúde está relacionada, sem dúvida, à incorporação dos produtos e inovações da tecnobiociência, ao que se alia o fato destas incorporações provocarem mudanças relevantes sobre a oferta e a qualidade dos serviços e ações oferecidas, como também sobre o modo como os agentes trabalham, produzem cuidados e operam tecnologias.

A Bioética refere-se a uma ética da vida, abordando os temas de forma interdisciplinar. De acordo com Goldim (1998), na Bioética a ética é aplicada às questões da saúde e da pesquisa com seres humanos, possuindo diversas correntes. Segundo o mesmo autor, atualmente, a corrente mais utilizada é a do Princípioalismo, na qual os princípios servem como um bom instrumento didático para facilitar a abordagem de dilemas éticos apresentados em situações tanto assistenciais como de pesquisa⁹.

Atualmente a Bioética está cada vez mais em evidência, em função das novas tecnologias que podem envolver o ser humano. Clotet (2003) afirma que a Bioética é a resposta da ética aos novos casos e situações originados da ciência no âmbito da saúde¹⁰. Essa área de conhecimento não apresenta novos princípios éticos fundamentais, mas sim, é a ética estudada há muitos anos pela filosofia agora aplicada às novas situações provocadas pelo progresso das ciências biomédicas.

As diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em Medicina recomendam a inclusão de temas relacionados com a bioética e a ética médica ao definirem que os egressos destes cursos tenham uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitados a atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção à saúde, sempre pautados em princípios éticos¹¹.

Na Medicina, novas questões éticas são constantemente incorporadas à reflexão¹², levando a uma contínua necessidade de renovação e atualização de seu ensino¹³.

Gomes (1996) defende que os objetivos imediatos da formação ética devem estar dirigidos para o reconhecimento e fomento de valores na consciência do profissional¹⁴, enquanto Siqueira (2005) alerta para a necessidade de estimular os alunos a refletir sobre diferentes valores morais e a respeitar convicções e/ou crenças pessoais dos pacientes¹⁵.

Para tanto, Cohen (2005) sugere que o ensino da bioética, como produto refinado da cultura, deve ter como foco as funções e relações sociais, a existência do outro, em decorrência de nossa necessidade de um relacionamento social com respeito, confiança e liberdade¹⁶.

As atuais transformações vivenciadas nas sociedades laicas e plurais contemporâneas têm tornado a bioética e a humanização temas centrais na educação médica.

Hoje, na bioética, são discutidas as relações entre os avanços no campo do conhecimento científico e tecnológico e o cotidiano da vida em sociedade¹⁷.

Não apenas na profissão médica, mas também na formação do enfermeiro, segundo Zanatta e Boemer (2007), a ética é uma disciplina fundamental, constituindo-se em atributo da consciência e formador de caráter que possibilita a reflexão no que tange aos valores morais e aos conhecimentos em relação à profissão¹⁸.

A prática mais humanizada pode levar a uma reflexão sobre a ética enquanto campo do cuidado. A partir de experiências de cuidado significativas, ou seja, que façam sentido para o estudante, é que é possível tornar a prática mais humana, solidária, autônoma e crítico-reflexiva¹⁹. Tais competências são essenciais para o profissional que se prepara para atuar na atenção em saúde, em especial no momento de questionamento do modelo biomédico.

Erdmann *et al.* (2006) atentam para o fato de que, no ensino da ética, a mera mudança de recursos didáticos e pedagógicos não é suficiente. Devem ser considerados mais importantes métodos que envolvam a criatividade e a prática do diálogo que possibilitem a reflexão crítica do estudante²⁰.

Há autores que fazem sérias críticas a respeito do ensino atual da bioética nas escolas médicas brasileiras e são incisivos ao dizer que ele se caracteriza ainda, por uma visão marcadamente deontológica, necessária, mas insuficiente para atender às necessidades de formação do profissional, pois não tem a capacidade de responder aos dilemas morais apresentados pelos novos avanços das ciências, em especial pelas novas tecnologias aplicadas à biomedicina²¹.

Segundo Oliveira (2010), a bioética está legitimada nas diretrizes curriculares nacionais. Resta ao aparelho formador garantir que a bioética se consolide na academia, enquanto ciência propositiva imprescindível para se alcançar a necessária prudência ao conhecimento biológico, associando aos valores humanos a ética da vida²².

Freire (2003) afirmava que a formação da consciência ética não pode ser vista como algo que ocorra espontaneamente. Esta capacidade depende dos estímulos promovidos pela família e pelos instrumentos de inserção social, em particular a escola²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da educação em ética médica na formação do profissional de Medicina no Brasil é reconhecida há muito tempo²⁴, além de ter sido demonstrada por diversos estudos^{25,26}. A inclusão da disciplina nos planos pedagógicos dos cursos de medicina é, portanto, essencial para a formação médica⁶.

Como disciplina autônoma, a Bioética vem sendo incluída na estrutura curricular de diversos cursos e inserida como linha de pesquisa em vários programas de pós-graduação lato sensu e stricto sensu²⁷. Dessa maneira, nos últimos anos, inúmeras atividades relacionadas com a Bioética nas áreas de assistência, ensino e pesquisa vêm sendo desenvolvidas.

O ensino da ética e da Bioética deve ser realizada de forma transversal em todos os períodos do curso. O exercício da medicina, por ser uma relação bilateral, envolvendo o médico e o paciente deve ser norteado por postulados que discorram sobre os direitos e deveres de ambos os participantes desta relação. Além disso, o exercício profissional deve ser baseado em preceitos éticos considerando que as noções de não-maleficência e beneficência são essenciais à prática médica e devem permear a postura e as atitudes do médico, fundamentando sua noção de responsabilidade²⁸.

Por fim, as discussões de bioética devem ocupar todos os momentos possíveis da formação médica, porém as questões éticas não podem ficar “amarradas” em grades curriculares fixas, por ser o ensino da bioética dinâmico e tendo que acompanhar os avanços da ciência, da tecnologia juntamente com valores morais e sociais. “Essa condição torna incompatível o ensino de bioética em carga horária tão reduzida e através de metodologia convencional de transmissão passiva de conhecimento”²⁹.

REFERÊNCIAS

1. MENEZES, Márcia Mendes et al. Conflitos Éticos Vivenciados por Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2017, v. 41, n. 1 [Acesso em 17 Jun 2021], pp. 162-169. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160072>>. ISSN 1981-5271.
2. FORTES, PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, 1994; (2): 129-35.
3. BEAUCHAMP, TL, CHILDRESS, IF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford; 1994.
4. COSTA, A.M. A importância da bioética e da ética da responsabilidade nas relações humanas. 2004 [Acesso em 07 jul 2021]. Disponível em: <<http://www.abma.com.br/2004/notes/218.pdf>>
5. SIQUEIRA, JE, SAKAI, MH, EISELE, RL. O ensino da ética no curso de medicina: experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). *Bioética*. 2002;10(1):85-95
6. BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [Internet]. 2014 [Acesso em 7 jul 2021]. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

7. FORTES, PAC, ZOBOLI, ELCP. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e Saúde Pública. São Paulo (SP): Loyola; 2003. p.11-24.
8. RAMOS, FRS. 2003. Bioética como desafio interdisciplinar e cotidiano - um pacto entre ciência, tecnologia, sociedade e Estado. Palestra proferida no 55o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Rio de Janeiro.
9. GOLDIM, J.R. (2000). Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Dacasa
10. CLOTET, J. (2003). Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS.
11. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [2001]. [Acesso em 7 jul 2021] Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>.
12. FERREIRA-SANTOS, R. Médicos e Medicina. Evolução e mudanças em meio século. Medicina (Ribeirão Preto) 1995;28:31-9
13. ROSA, AR. Ética Médica a propósito do diagnóstico por imagem. Rev. Ciências Médicas 1998;7:3-7
14. GOMES, JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. Bioética 1996;4:53-64
15. SIQUEIRA, JE. Educação em bioética no curso de Medicina. O mundo da saúde 2005;29(3):402-10
16. COHEN, C. Como ensinar a bioética. O mundo da saúde 2005;29(3):438-43
17. SANTIAGO, Maria Madalena de Andrade; PALÁCIOS, Marisa. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2006, v. 59, n. 3 [Acessado 7 Julho 2021] , pp. 349-353. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300018>>. Epub 14 Abr 2008. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300018>.
18. ZANATTA, JM; BOEMER, MR.. Bioética: uma análise sobre sua inserção nos cursos de graduação em enfermagem em uma região do Estado de São Paulo. Bioethikos [online]. 2007 [Acessado 7 Julho 2021]. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/57/bioetica_uma_analise_sobre_a_insercao.pdf>
19. SILVA, Raimunda Magalhães da; GURGEL, Almerinda Holanda; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Ética no processo ensino-aprendizagem em enfermagem obstétrica. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2004, v. 38, n. 1 [Acessado 7 Julho 2021], pp. 28-36. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100004>>. Epub 24 Nov 2008. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100004>.
20. ERDMANN, AL. Educação em bioética: desafios para a formação crítico-criativa dos profissionais de enfermagem. In: Pessini L, Barchifontaine CP, org. Bioética e Longevidade Humana. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo, Loyola; 2006. p. 237-50.
21. SIQUEIRA, JE, SAKAI, MH, EISELE, RL. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência de Londrina (UEL). Rev Bioética. 2002; 10: 85-95.
22. OLIVEIRA, Ana Maria de. Bioética e as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2010, v. 10, suppl 2 [Acessado 17 Junho 2021] , pp. s303-s309. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519->

23. FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
24. LOPES, JL. A ética médica na formação do profissional de medicina. *R Bras Educ Méd* 1980;4:45-52
25. GUERRA, M. A disciplina bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 3, n. 2, p. 157-169, 11.
26. COUTO FILHO, JCF et al. Ensino da bioética nos cursos de enfermagem das universidades federais brasileiras. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2013 [Acesso em 07 jul 2021];21(1):179-85. Disponível: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/BQ9x9NJpLC_sY3d74Cdh4h7L/?format=pdf&lang=pt>
27. FIGUEIREDO, AM. *O ensino da Bioética na pós-graduação stricto sensu da área de ciências da saúde no Brasil*. Brasília, DF: 2009. Doutorado [Tese] - Universidade de Brasília
28. MENDONÇA, Ana Cristina; VILLAR, Heloísa Cerqueira C. E.; TSUJI, Selma Rumiko. O Conhecimento dos estudantes da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) sobre responsabilidade profissional e segredo médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33, n. 2, p.221–229. 2009.
29. SIQUEIRA, J. E. Educação em bioética no curso de medicina. *O mundo da saúde*. São Paulo, ano 29, v. 29, n. 3. p 406. jul./set. 2005.

Ensino das práticas integrativas e complementares em saúde nas universidades brasileiras: um olhar para a saúde pública

Teaching integrative and complementary practices in health at brazilian universities: a look at public health

Magda Ribeiro de Castro

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0001-5582-6780>

<http://lattes.cnpq.br/6810603722774269>

Daniela Fernanda Gaudencio Reinoso

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<http://lattes.cnpq.br/7418279265634587>

Tamiris Rose Sousa Viana

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0002-8444-2054>

<http://lattes.cnpq.br/9783555386465596>

Carolina Falcão Ximenes

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0001-6619-2285>

Marina Teixeira Galvão

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0002-2078-7416>

Letícia Gabriele Fonseca Villaça de Oliveira

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

<https://orcid.org/0000-0002-8322-5840>

Resumo

Introdução: As práticas Integrativas e Complementares em Saúde consistem em recursos terapêuticos visando o cuidado de forma holística e integral. Nesse contexto, estudos mostram benefícios em sua utilização, sendo imperioso investir na formação de profissionais com vistas a aplicabilidade destas práticas. **Objetivo:** Investigar as evidências científicas publicadas sobre o ensino das práticas nas universidades brasileiras. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática, utilizando o Protocolo Prisma, realizada nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo e BVS- MTCI, tendo como critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2014 a 2019, disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol, respondendo a questão norteadora: “Quais as evidências científicas sobre o ensino das Práticas Integrativas e Complementares nas universidades brasileiras?”. Encontrou-se inicialmente 281 artigos, sendo que destes, 13 atenderam aos critérios para inclusão nesta revisão. **Resultados e Discussão:** Em geral, os estudos revelam a lacuna na inserção do ensino curricular destas práticas nas universidades brasileiras, sendo este ensino, quando ofertado, bastante reduzido e fragmentado, e, na maioria das vezes, na modalidade optativa. **Considerações finais:** Os achados desta revisão apontam que as PICS, no campo da formação, precisam ser estimuladas e difundidas, uma vez que é notório a necessidade de investimento no ensino e formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: terapias complementares. ensino. saúde pública.

Abstract

Introduction: Integrative and Complementary Practices in Health consist of therapeutic resources aimed at care in a holistic and integral way. In this context, studies show benefits in its use, being imperative to invest in training professionals with a view to the applicability of these practices. **Objective:** To investigate published scientific evidence on the teaching of practices in Brazilian universities. **Methodology:** This is a systematic review, using the Prisma Protocol, performed in the Lilacs, Medline, Scielo and BVS-MTCI databases, with the inclusion criteria: articles published from 2014 to 2019, available in full, in the English, Portuguese and Spanish languages, answering the guiding question: “What is the scientific evidence on the teaching of Integrative and Complementary Practices in Brazilian universities?”. Initially, 281 articles were found, of which 13 met the criteria for inclusion in this review. **Results and Discussion:** In general, studies reveal the gap in the insertion of curricular teaching of these practices in Brazilian universities, with this teaching, when offered, quite reduced and fragmented, and, most of the times, in the optional modality. **Final considerations:** The findings of this review indicate that the PICS, in the field training, need to be encouraged and disseminated, since the need for investment in education and training of human resources for the Unified Health System is clear.

Keywords: complementary therapies. teaching. public health.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são sistemas e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, em que há integração do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade. Desse modo, a medicina alternativa, como também é conhecida, é uma forma de prevenção e tratamento de comorbidades (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos, as PICS ganharam notoriedade no Brasil, principalmente a partir da Portaria nº 971 em 03 de maio de 2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), inserindo as seguintes práticas: fitoterapia, acupuntura, homeopatia, termalismo social e medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

Nos últimos anos, as PICS ganharam notoriedade no Brasil, principalmente a partir da Portaria nº 971 em 03 de maio de 2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), inserindo as seguintes práticas: fitoterapia, acupuntura, homeopatia, termalismo social e medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

Posteriormente, houve o acréscimo de outras práticas no rol da oferta de atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 29, a saber: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica, acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo e yoga (BRASIL, 2006, BRASIL, 2017, BRASIL, 2018).

Diante do notório reconhecimento e importância destas práticas em saúde, investigar o ensino acadêmico das mesmas nos cursos de graduação é imprescindível, pois para que a ação e a mudança de realidade aconteçam é preciso que haja primeiro o aprendizado.

Dessa forma, é imperativo o aprofundamento sobre as PICS, desde o seu princípio legal até como transmitir esse conhecimento, visto que se empoderar da informação vai além da apropriação, devendo-se ter segurança sobretudo, na aplicabilidade de tais práticas à saúde da população.

Assim, este estudo objetiva investigar as evidências científicas publicadas nas bases de dados pesquisadas, sobre o ensino das práticas nas universidades brasileiras.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática a partir da questão norteadora: “Quais as evidências científicas sobre o ensino das Práticas Integrativas e Complementares nas universidades brasileiras?”.

Para a construção desta revisão, utilizou-se o Protocolo Prisma (MOHER *et al*, 2015), selecionando artigos publicados nas bases de dados SCIELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), acessando-se pela BVS as bases MOSAICO – Saúde Integrativa (BVS- MTCI), LILACS

e MEDLINE.

Foram selecionados os seguintes descritores, conforme DeCS e MeSH: Terapias Complementares, Medicina Alternativa, Ensino e Educação, que foram inseridos na

busca da seguinte forma: (“terapias complementares” OR “medicina alternativa”) AND (ensino OR educação).

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2019. Os filtros utilizados foram: publicações com textos completos disponíveis; publicados no período de 2014 a 2019; nos idiomas português, espanhol e inglês que abordassem o ensino das PICS nas Universidades brasileiras.

Encontrou-se inicialmente 281 artigos, sendo 189 publicações da MEDLINE, 48 da LILACS, 35 da MOSAICO (BVS- MTCI) e 9 da SCIELO.

1° Passo: Após as buscas nas bases eletrônicas, foi aplicado filtro como critério de busca e foram excluídos os artigos que não estavam condizentes com os critérios de inclusão, restando o número de 281 artigos;

2° Passo: 3 revisoras analisaram independentemente os títulos dos artigos e aqueles que não eram relacionados ao ensino de PICS nas Universidades foram excluídos, restando 66 artigos;

3° Passo: As avaliadoras fizeram a leitura dos resumos de forma autônoma e foram eliminados os que não foram referenciados às Universidades, PICS, e o cenário brasileiro sendo juntamente excluídas as duplicatas, restando 21 artigos, LILACS 11, MEDLINE 4, MOSAICO (BVS- MTCI) 3, e, SCIELO 3;

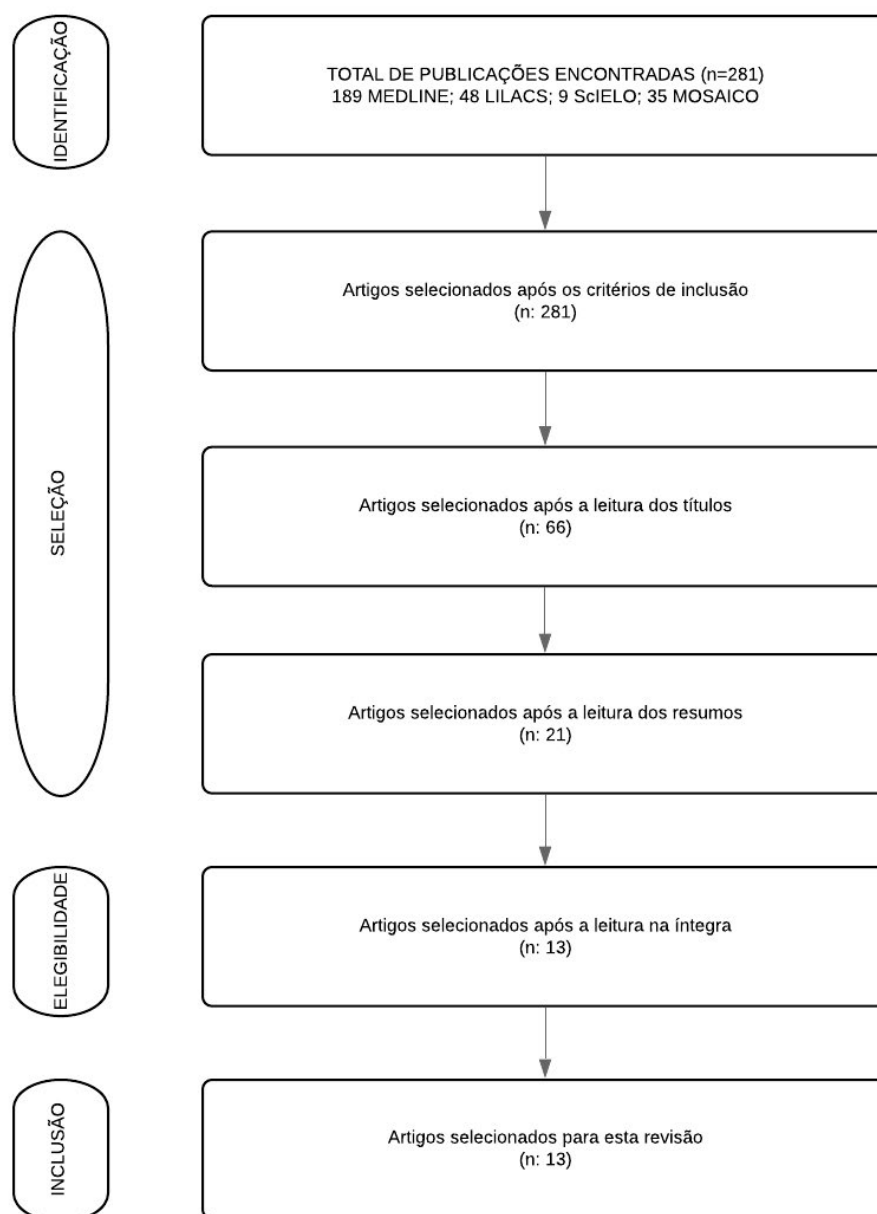
4° Passo: Realizou-se a leitura dos textos na íntegra e foram excluídos os artigos que não se adequaram às variáveis definidas no instrumento de extração de dados do estudo, restando 13 artigos como mostra a tabela 1 e a figura 1.

Tabela 1 - Dados coletados em suas respectivas bases, descrevendo as etapas metodológicas (n=281)

Bases de Dados	Estudos encontrados	Selecionados pelo título	Selecionados pelo resumo	Estudos Incluídos
LILACS - BVS	48	22	11	8
MEDLINE - BVS	189	34	4	0
MOSAICO-BVS- MTCI)	35	7	3	2
SciELO	9	3	3	3
Total	281	66	21	13

Fonte: Autoria própria (2019)

Figura 1 - Fluxograma com as etapas de seleção de artigos para a revisão sobre Ensino das PICS, no Brasil



Fonte: Autoria própria (2019)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao estudar e analisar os dados coletados, procedeu-se um compilado de informações obtidas dos artigos selecionados conforme a tabela a seguir:

Tabela 2 - Dados coletados dos artigos selecionados (n=13)

Título do Artigo	Autor (es)	Curso referenciado	Local/ Universidade	PICS ensinadas	Ano	Métodos
Percepções de acadêmicos de farmácia sobre a homeopatia	Amanda A. de Oliveira e Jeferson de O. Salvi	Farmácia	Paraná/ Centro Universitário Luterano de Ji Paraná	Homeopatia	2014	Descritivo do tipo Transversal
Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina	Léia Fortes Salles, Rafael Fernandes Bel Homo e Maria Júlia Paes da Silva	Enfermagem, Fisioterapia e Medicina	São Paulo/ Universidade de São Paulo	Acupuntura, Homeopatia, Reiki, Fitoterapia, Arteterapia entre outras.	2014	Descritivo exploratório com análise qualitativa
O conhecimento de discentes de enfermagem sobre uso de plantas medicinais como terapia complementar	Marcio Rossato Badke, Elisa Vanessa Heisler, Silvana Ceolin, Andressa de Andrade, Maria de Lourdes, Denardin Budó e Rita Maria Heck	Enfermagem	Rio Grande do Sul/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Plantas Medicinais e Fitoterapia	2017	Exploratório, descritivo de natureza qualitativa
Práticas Integrativas e Complementares: inserção no contexto do ensino Odontológico	Rodrigo Noll Gonçalves; Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves; Marilene da Cruz Magalhães Buffon; Raquel Rejane Bonato Negrelle e Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque	Odontologia	Paraná/ Universidade Federal do Paraná	Fitoterapia, entre outras.	2018	Revisão de literatura
Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas	Marilene Cabral do Nascimento, Valéria Ferreira Romano, Ana Claudia Santos Chazan e Carla Hollandino Quaresma	Medicina, Farmácia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Educação Física, Psicologia, Saúde Coletiva, Medicina Veterinária, Fonoaudiologia Odontologia, Biomedicina e Ciências Biológicas	Rio de Janeiro/ Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Instituto Federal do Rio de Janeiro, Fundação Centro Universitário Estadual da Zona Oeste e Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Meditação, Práticas Corporais, Vitalismo/ Holismo, Plantas Medicinais/ Fitoterapia, Acupuntura/ MTC, Medicina Antroposófica, Terapia Expressiva, Arteterapia e Homeopatia	2018	Quantitativo descritivo
O Ensino da Acupuntura na Escola Médica: Interesse e Desconhecimento	Renata Cavalcanti Carnevale, André Lorenzetti Brandão, Rosemeire de Olanda Ferraz e Nelson Filice de Barros	Medicina	Campinas/ Universidade Estadual de Campinas	Acupuntura	2017	Prospectivo e descritivo
Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e Complementares	Nayara Mendes Moraes, João Eduardo Marten Teixeira e Li Shih Min	Medicina	Florianópolis / Universidade Federal de Santa Catarina	Fitoterapia, MTC/ Acupuntura, Homeopatia e Termalismo	2015	Observacional transversal descritivo

A formação acadêmica em Naturologia no Brasil	Maiara Aparecida Passos, Daniel Maurício de Oliveira Rodrigues e André Luiz Ribeiro	Naturologia	Santa Catarina, São Paulo/ UNISUL e UAM	Naturologia	2017	Descritivo de natureza quantitativa
Ética, bioética e deontologia no ensino da naturologia no Brasil	Fernando Hellmann e Marta Inez Machado Verdi	Naturologia	Santa Catarina e São Paulo/ Universidade do Sul de Santa Catarina e Universidade Anhembi Morumbi	Naturologia	2014	Qualitativo descritivo
O currículo da naturologia à luz dos conceitos da racionalidade médica e prática integrativa	Fernando Hellmann, Lendro Grassi e Marta Inez Machado Verdi	Naturologia	Santa Catarina/ UNISUL	Naturologia	2017	Pesquisa descritiva-documental de caráter qualitativo
As práticas corporais alternativas e a educação física: uma revisão sistemática	Lígia Ribeiro e Silva Gomes, Felipe Quintão de Almeida e Eduardo Lautaro Galak	Educação Física	Brasil	Bioenergética e Biodança	2019	Revisão de literatura
Terapias complementares e integrativas no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial	Cissa Azevedo, Caroline de Castro Moura, Hérica Pinheiro Corrêa, Luciana Regina Ferreira da Mata, Érika de Cássia Lopes Chaves e Tânia Couto Machado Chianca	Enfermagem	Minas Gerais, Goiás e São Paulo/ UFMG, UNIFAL, UFG, USP, UNESP	Acupuntura, entre outras.	2019	Estudo Documental
As Contribuições da Disciplina “Terapias Complementares com Ênfase em Plantas Medicinais” na Prática Profissional dos enfermeiros	Ana Carolina Padua Lopes, Teila Ceolin, Silvana Ceolin e Caroline Vasconcellos Lopes	Enfermagem	Pelotas/ UFPel	Plantas Medicinais e Fitoterapia	2018	Estudo descritivo exploratório

Fonte: Autoria própria (2019)

Ao buscar as evidências científicas acerca do ensino das PICs nas universidades brasileiras, foi possível analisar a partir dos artigos selecionados, que houve uma concentração de publicação em 2017, com 4 artigos; seguidos dos anos de 2018 e 2014 com 3 publicações respectivamente, em 2019 dois artigos selecionados e 2015, um artigo incluído nesta revisão.

Entre as regiões mais expressivas nestas publicações, destacam-se o sul e o sudeste com destaque para a UNISUL, em Santa Catarina. No que tange às práticas ensinadas nas universidades, tiveram destaque a fitoterapia/plantas medicinais, seguida do ensino de acupuntura, homeopatia, arteterapia e medicina tradicional chinesa, assim como outras PICs contidas na PNPIC.

Ao abordar o ensino das PICS, faz-se necessário considerar o impacto da influência do modelo tradicional que pode ser observada no que tange a formação, pois mesmo no curso de Naturologia observa-se que é pautado no conhecimento biomédico (HELLMAN, GRASSI, VERDI, 2017), e esse formato de ensino, não favorece os aspectos coletivos, pois foca em um ensino

clínico e mais individualista (HELLMANN, VERDI, 2014).

Para além disso, há motivos corporativistas, econômicos, religiosos a se considerar quanto a compreensão das PICS e quando se visa a mudança de paradigmas no campo da saúde. Pode-se afirmar que é uma mudança significativa quando se considera igual as dimensões emocionais, psicológicas, energéticas no trato com o indivíduo, sob luz à dimensão física/bioquímica (SALLES, HOMO, SILVA, 2014). Dimensões, portanto, imprescindíveis de serem consideradas ao tratarmos com o paradigma vitalista e integrativo.

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito aos aspectos econômicos que envolvem a inserção das PICs em que a formação dos profissionais da saúde segue um modelo que desqualifica o que sai do paradigma da medicina tecnológica (GONÇALVES *et al*, 2018) e alopática.

É importante que haja uma mudança curricular, permitindo que a população possa se beneficiar destas práticas eficazes e de baixo custo (GONÇALVES, *et al*, 2018). Assim, esses autores reforçam que as PICs tem custo reduzido, podendo ser amplamente difundidas no ensino e no serviço ao considerar a tecnologia leve utilizada e a eficácia das práticas no cuidado ao indivíduo e coletividade.

Um dos grandes problemas encontrados é que estas práticas se contrapõem a lógica capitalista da saúde, que segundo Hellmann e Verdi (2014), a clínica não trabalha com noções de cura pois significa perder seus lucros. Gonçalves e colaboradores (2018) destacam que estas práticas vão de encontro à visão altamente tecnológica de saúde

impregnada na sociedade mercantilista, cuja finalidade principal é gerar lucro e seccionar o tratamento do indivíduo em especialidades que não tratam de forma holística o ser humano.

Assim, ao refletir que as universidades, muitas vezes, formam para o mercado de trabalho, é possível ponderar porque esse ensino encontra-se tão renegado, incipiente, fragilizado em algumas matrizes curriculares de instituições de ensino superior (IES).

Observa-se que essas práticas, quando ensinadas, ocorrem, em geral, por meio de disciplinas optativas na graduação, tal como observado no estudo de Lopes, Ceolin e Lopes (2018), que referem que em um total de 46 disciplinas que contemplam as PICS em IES públicas, 39 estão vinculadas à graduação e 7 a pós-graduação; 3 cursos de especialização, 5 projetos de extensão universitária e 2 ligas acadêmicas. Também citam um estudo que avaliou as terapias complementares nos currículos da graduação de cursos da saúde, encontrando que 36 Universidades Federais oferecem cursos optativos nesta temática (op cit, 2018). Percebeu-se com esta revisão, um número ínfimo de disciplinas obrigatórias que são ofertadas nos currículos das graduações no país.

Tal concepção encontra apoio em Azevedo e colaboradores (2019) ao identificarem que das 87 instituições públicas brasileiras estudadas, apenas 23 oferecem cursos relacionados a PICS e apenas 6 destes, são obrigatórios, tornando nítido a deficiência no ensino das PICS nas universidades.

Entre os cursos referenciados nos artigos que compuseram esta revisão, destacam-se enfermagem em 1º lugar, seguido da medicina (2º), naturologia (3º), farmácia, odontologia e educação física, respectivamente em 4º lugar. Entretanto, no estudo de Nascimento, Romano, Chazan e Quaresma (2018), o curso de medicina liderou no quesito “oferta”, seguido da farmácia, em

segundo lugar e da enfermagem em 3º lugar, educação física, em 5º e em último a odontologia, entre outros cursos estudados.

Ao associar o ensino das PICS com os cursos, evidenciou-se que as práticas de fitoterapia foram ensinadas para os cursos de medicina e farmácia (MORALES, TEIXEIRA, MIN, 2015) e a homeopatia esteve presente em 25 (44,6%) das 56 unidades de ensino-aprendizagem identificadas por Nascimento, Romano, Chazan e Quaresma (2018). No mesmo estudo também foram encontrados Meditação, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Acupuntura/MTC, Medicina Antroposófica e outras terapias (op cit., 2018).

Evidenciou-se igualmente acerca do conhecimento, que os graduandos da escola médica conhecem pouco da acupuntura, assim como os graduandos de farmácia que não possuem conhecimento da política existente para as PICS no SUS (OLIVEIRA, SALVI; 2014, CARNEVALE, BRANDÃO, FERRAZ, BARROS, 2017). Assim, mesmo nos currículos em que o ensino das PICS ocorre, o mesmo parece se dar de forma desarticulada de toda a discussão política, econômica, cultural e social que esta temática envolve.

No curso de Naturologia, Passos, Rodrigues e Ribeiro (2017) destacam que os naturólogos, que tem formação voltada para PICS, não há um comprometimento com questões sociais visto que se volta para o cuidado do indivíduo e se distancia da pesquisa de políticas públicas, refletindo na prática além de que os maiores campos de estágio são em clínicas de naturologia e spas. Estes autores ainda ressaltam que tal profissional não tem uma capacitação política e técnica o que fragiliza o trabalho no SUS e a PNPIC (op cit., 2017).

Entretanto, Azevedo e colaboradores (2019) identificaram em seu estudo a existência de um pequeno contingente de profissionais que atuam na área ou que tem o conhecimento para prescrever e encaminhar para esse serviço. O que seria o ideal ao pensarmos no uso seguro e racional das PICs no cuidado à saúde pública, mas, para tanto faz-se necessário reduzir as lacunas durante a formação acadêmica, uma vez que assuntos relacionados às PICs quase não são abordados durante a graduação (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Morales, Teixeira e Min (2015) destacam que foram identificadas no mundo 231 terapias complementares em uso, e, que várias populações, incluindo grande parte da população africana e outras regiões pobres do mundo não tem acesso as drogas alopáticas e dependem das PICs para satisfazer suas necessidades de saúde. Entendendo esta necessidade a ONU publicou a WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005 que traz preocupações como a de ensinar estas práticas para que sejam amplamente difundidas (MORALES, TEIXEIRA, MIN, 2015).

Segundo Morales, Teixeira e Min (2015) em 2006 o SUS regulamentou algumas PICS por meio da Portaria 971 do Ministério da Saúde, que traz a proposta de ampliação destas práticas e inserção no ensino de graduação e pós graduação, havendo, portanto, um movimento mundial para a inserção destas práticas, mas não vemos os resultados disso no ensino (op cit., 2015).

Os conteúdos encontrados vêm mostrando que o interesse dos acadêmicos e profissionais da área da saúde tem aumentado, todavia este crescimento não é acompanhado nas ofertas de disciplina nos cursos, visto o pequeno número de cursos e disciplinas disponíveis nas grades curriculares das universidades brasileiras, tornando essencial uma mudança na formação atual das universidades. É demonstrado que o interesse dos estudantes é que haja mais

oferta de disciplinas eletivas e/ou optativas sobre as PICS (LOPES, CEOLIN, LOPES, 2018).

Há, sim, uma emergência irrecusável de reaver o complexo ensino de PICS na área da saúde, pois o uso dessas práticas tem mostrado impacto e resultados em todo o mundo, na qual algumas universidades defendem o valor da pluralidade no conhecimento científico, mesmo que essa linha de raciocínio aponta para novas técnicas, saberes, diagnósticos que entram em conflito com o atual paradigma biomédico (SALLES, HOMO, SILVA, 2014).

Contudo, sabe-se que o conhecimento contribui para segurança frente à atuação profissional, reforçando a necessidade de avançar no ensino (BADKE *et al*, 2017) das PICS nas universidades, havendo a “necessidade de revisão nos currículos para que deem suporte sobre o tema, com vistas à promoção da saúde e a integralidade do cuidado” (op cit., 2017, p. 460).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão apontam para a necessidade da difusão do ensino sobre PICS dentro das universidades brasileiras colaborando para a formação de recursos humanos no SUS, contribuindo para o fortalecimento da saúde pública, da PNPIC e todas os marcos políticos e legais que derivam desta política a fim de possibilitar um cuidado integrativo à saúde da população.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO C. *et al*. TERAPIAS COMPLEMENTARES E INTEGRATIVAS NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM: Aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. RIO DE JANEIRO: Esc. Anna Nery vol.23 nº2, 2019. Disponível em < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200226> Acesso em 20 de agosto de 2019.

BADKE M.R. *et al*. O CONHECIMENTO DE DISCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE USO DE PLANTAS MEDICINAIS COMO TERAPIA COMPLEMENTAR. RIO DE JANEIRO: Ver. Onl. de Pesquisa, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5442/pdf>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA Nº 971 DE 03 DE MAIO 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 03 maio 2006. Disponível em: https://4a3ffa3a-7f08-4490-bf5a-6c3e11becb68.filesusr.com/ugd/ae348b_748c8ae9d4c244d2bf5653e1b479286f.pdf Acesso em 20 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Disponível em: https://4a3ffa3a-7f08-4490-bf5a-6c3e11becb68.filesusr.com/ugd/ae348b_063517ba687c4e32af69e4ebd02f8615.pdf Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União, Brasília, 2018a. Disponível em: https://4a3ffa3a-7f08-4490-bf5a-6c3e11becb68.filesusr.com/ugd/ae348b_b28f139501664236891451d008dc013f.pdf Acesso em: nov. 2019.

CARNAVALE R.C. *et al.* O ENSINO DA ACUPUNTURA NA ESCOLA MÉDICA: Interesse e desconhecimento. RIO DE JANEIRO: Rev. Bras. Educ. Med. Vol.41 nº1,2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100134&lang=pt> Acesso em 20 de agosto de 2019.

GOMES L.R.S., ALMEIDA F.Q., GALAK E.L. AS PRÁTICAS CORPORAIS ALTERNATIVAS E A EDUCAÇÃO FÍSICA: Uma revisão sistemática. SANTA CATARINA: Motivivência vol.31 nº57,2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2019e54167/39016>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

GONÇALVES R.N. *et al.* PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: Inserção no contexto do ensino odontológico. PARANÁ: Ver. ABENO, 2018. Disponível em: < <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/495/412>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

HELLMANN F, GRASSI L., VERDI M.I.M. O CURRÍCULO DA NATUROLOGIA À LUZ DOS CONCEITOS DE RACIONALIDADE MÉDICA E PRÁTICA INTEGRATIVA. SANTA CATARINA: Cad. Naturol. Terap. Complement., Vol. 6, Nº 10, 2017. Disponível em:< <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/5026/3271>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

HELLMANN F., VERDI M.I.M. ÉTICA, BIOÉTICA E DEONTOLOGIA NO ENSINO DA NATUROLOGIA NO BRASIL. BRASÍLIA: Rev. Bioét. Vol. 22 Nº3, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300017&lang=pt> Acesso em 20 de agosto de 2019.

LOPES A.C.P., *et al.* AS CONTRIBUIÇÕES DA DISCIPLINA “TERAPIAS COMPLEMENTARES COM ÊNFASE EM PLANTAS MEDICINAIS” NA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. RIO DE JANEIRO: Ver. Onl. de Pesquisa, 2018. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6127/pdf_1> Acesso em 20 de agosto de 2019.

MOHER D. *et al.* PRINCIPAIS ITENS PARA RELATAR REVISÕES SISTEMÁTICAS E META ANÁLISES: A RECOMENDAÇÃO PRISMA. BRASÍLIA: Epidemiol. Serv. Saúde, 2015.

MORALES, N. M., MIN L.S., TEIXEIRA J.E.M. ATITUDE DE ESTUDANTES DE MEDICINA FRENTE A TERAPIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES. RIO DE JANEIRO: Rev. Bras. Educ. Med. Vol.39 Nº 2, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200240&lang=pt> Acesso em 20 de agosto de 2019.

NASCIMENTO, M. C., *et al.* FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: Desafios para as universidades públicas. RIO DE JANEIRO: Trab. Educ. Saúde vol.16 nº2, 2018. Disponível em: < http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200751> Acesso em 20 de agosto de 2019.

OLIVEIRA A.A., SALVI J.O. PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE FARMÁCIA SOBRE A HOMEOPATIA. RONDÔNIA: Rev. De Homeopatia, 2014. Disponível em: < <http://revista.aph.org.br/index.php/aph/article/view/276/339>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

PASSOS M.A., RODRIGUES D.M.O. RIBEIRO A.L. A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM NATUROLOGIA NO BRASIL. SÃO PAULO: Cad. Naturol. Terap. Complement., Vol. 6, Nº 10, 2017. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876163/4990-13455-1-pb-1.pdf> > Acesso em 20 de agosto de 2019.

SALLES L.F., HOMO R.F.B., SILVA M.J.P. A SITUAÇÃO DO ENSINO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA E MEDICINA. CURITIBA: Cogitare enferm. Vol.19 nº 4, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000400013> Acesso em 20 de agosto de 2019.

O papel da auditoria como ferramenta de gestão e seu impacto na qualidade dos serviços de saúde

The role of audit in health services and their importance as a management tool

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo

Pós-graduanda em Auditoria pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci – UNIASSELVI

Resumo

A auditoria nas instituições de saúde é uma importante ferramenta de gestão, monitoramento e avaliação dos serviços prestados. A criação dessa ferramenta traz em seu pleito, uma perspectiva de avaliação técnica, científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS e tem como objetivo fornecer subsídios para melhorar o processo de gestão em saúde e a responsabilização dos gestores nos atos administrativos. A auditoria utilizada como um instrumento facilitador, além de auxiliar no controle de custos, item primordial para qualquer ambiente de trabalho, auxilia na avaliação e comprovação da excelência da qualidade da assistência prestada em todos os âmbitos, chamando a atenção para as deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática ineficiente e ineficaz. Sendo assim, a auditoria surge como uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e custos das instituições de saúde, se tornando uma importante ferramenta para o sistema de saúde. Levando em consideração esta perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise histórica, através de uma revisão de literatura, do fortalecimento da auditoria e seu papel na qualidade nos serviços de saúde.

Palavras-chave: auditor em saúde. auditoria em saúde. gestão pública. sistema único de saúde.

Abstract

Auditing in health institutions is an important tool for managing, monitoring and evaluating the services provided. The creation of this tool brings with it a perspective of technical, scientific, accounting, financial and asset evaluation of SUS and aims to provide subsidies to improve the health management process and the accountability of managers in administrative actions. The audit used as a facilitator instrument, besides helping to control costs, a key item for any work environment, assists in evaluating and proving the excellence of the quality of assistance provided in all areas, drawing attention to the deficiencies in the provision of care, in an attempt to curb inefficient and ineffective practice. Thus, auditing emerges as an important tool for measuring the quality and costs of health institutions, becoming an important tool for the health system. Taking this perspective into account, the present study aims to make a historical analysis, through a literature review, of the strengthening of the audit and its role in quality in health services.

Keywords: health auditor. audit in health. public management. health unic system.

INTRODUÇÃO

No decorrer da história, o conceito de qualidade acompanhou a evolução do homem, buscando um maior progresso no desenvolvimento econômico, político e social. Segundo Queiroz e colaboradores (2017) essa busca pela qualidade, eficiência e eficácia nos serviços de saúde ofertados pelos Sistemas de Saúde tem se tornado um constante desafio para o aperfeiçoamento e melhoria da gestão, tanto para os serviços públicos quanto para o setor privado.

O conceito de Qualidade foi primariamente associado à definição de conformidade pelas suas especificações (PAIM *et al.*, 2007). Para Reis (1990) a qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional, para tornasse um requisito obrigatório de sobrevivência no âmbito dos serviços de saúde. A auditoria pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais habilitados que possam contribuir com a qualidade e eficácia dos serviços ofertados.

O trabalho da auditoria constitui-se numa relevante etapa do sistema de controle interno do SUS que tem o dever de manter a gestão e o controle social informados dos problemas identificados no setor, para o melhoramento e a garantia da eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Não cabe ao papel da auditoria evidenciar, apenas, as falhas do sistema, mas, também, é de fundamental importância que aponte sugestões e soluções assumindo, desta maneira, um caráter educador e colaborador. (RIBEIRO, 2005; CHIAVENATO, 2006).

Para o presente estudo, utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica, que segundo Fachin (2001) é um conjunto de conhecimentos agrupados em uma obra, constituídos pelo ato de ler, selecionar e organizar fatos, ideias e conhecimentos, a partir de uma pesquisa bibliográfica ampla sobre auditoria em saúde pública. Essa metodologia possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado a partir de uma base de dados secundários.

O PAPEL DA AUDITORIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Material e método

Este estudo, de cunho exploratório e descritivo, foi realizado com base numa revisão de literatura utilizando artigos do PUBMED e a biblioteca eletrônica SciELO, a fim de identificar artigos científicos publicados no período de 2009 a 2019. A busca nas fontes supracitadas foi realizada tendo como termo indexador “auditoria” AND “serviços de saúde” AND “qualidade”, e seu correspondente em inglês “audit” AND “health services” AND “quality”. As publicações foram pré-selecionadas pelos títulos, os quais deveriam conter como primeiro critério o termo completo e/ou referências das palavras-chave acompanhada da leitura dos resumos disponíveis. Ao final, foram selecionados 07 artigos resultantes das pesquisas nas bases e da pesquisa complementar para compor esta revisão. A análise do material empírico selecionado tomou como referência a categorização dos estudos de acordo com o tipo do estudo e objetivos, local de realização da pesquisa, ano de publicação, as revistas nas quais foram veiculados, metodologias utilizadas e principais resultados encontrados.

Resultados e discussão

A busca bibliográfica, segundo a estratégia pré-estabelecida, resultou em dois artigos na base de dados PUBMED e cinco na base SciELO, somando um total de 07 artigos. A pesquisa complementar resultou em três artigos que atenderam ao critério de inclusão e foram acrescentados aos demais. Ao final, o material empírico desta revisão foi composto por 10 artigos (Tabela 1).

Tabela 1 - Categorização dos artigos que apresentam estudos com base histórica em auditoria em saúde quanto ao tipo de estudo, local de realização e período publicados no Brasil entre 2009 a 2019.

Estudo	Ano	Tipo de estudo	Local de realização
Bazzanella	2013	Revisão de literatura	Caxias do Sul - RS
Gamarra	2018	Revisão integrativa	Rio de Janeiro - RJ
Ayach et al.,	2013	Análise documental	São Paulo - SP
Ceccon et al.,	2013	Revisão de literatura	Rio Grande do Sul
Rosa	2012	Revisão bibliográfica	Londrina - PR
Azevedo et al.,	2018	Revisão de literatura	Rio Grande do Sul
Elias et al.,	2017	Revisão de literatura	Brasília

Podemos observar, com base na literatura, que o processo de modificação na qualidade dos serviços de saúde, foi marcado por intensas transformações, e os mesmos estão intimamente relacionados com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. No início da década de 80, segundo Moreira e colaboradores (1998), procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial, buscando atender o que se estava em pauta durante a Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde. Nesta mesma época, começava a se consolidar o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituída por alguns segmentos da população e uma parcela dos profissionais de saúde. Mas, foi em 1988, na nova Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), o qual retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

No entanto, um conjunto de fatores, como problemas ligados ao financiamento e aos crescentes custos em manter os serviços de saúde funcionando com a devida qualidade necessária, que começaram a surgir obstáculos que dificultavam avanços maiores, resultando em uma sensação de inviabilidade dos serviços de saúde público. Diante de tais fatos, surgiu a grande necessidade de um sistema de informação que permitisse ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular, para gerar ações com capacidade de discriminação positiva e que pudesse corroborar com a qualidade da prestação dos serviços de forma mais concisa e eficiente.

Diante dessa nova realidade do sistema de saúde, a figura do auditor começou a ganhar visibilidade e um papel relevante, como agente de promoção da qualidade da assistência atuando em programas de educação permanente, bem como em ações de diagnóstico de desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e, principalmente, àquelas de natureza administrativa (ROSA, 2012).

A auditoria em saúde, segundo Paim (2007), é definida como a avaliação sistemática da qualidade da assistência ao cliente. É realizada pela análise dos prontuários e verificação

da compatibilidade entre procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantido um pagamento justo mediante a cobrança adequada (SOUZA; FONSECA, 2005). A auditoria, de acordo com Azevedo (2018), tem um papel primordial no processo de consolidação do SUS, atuando como órgão educativo e fiscalizatório, procurando analisar o funcionamento dos serviços de saúde, a fim de evitar possíveis fraudes ou realizar correções nas distorções existentes, além de verificar a qualidade da assistência e o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde. As ações de auditoria devem acompanhar os sistemas de descentralização da gestão, de forma a garantir o cumprimento dos princípios norteadores do SUS (ALVES, 2016).

O processo da auditoria, apesar de parecer recente, já encontravam-se registros de seus trabalhos em meados do século XIII, quando a auditoria era exercida em trabalhos executados por associações profissionais na Europa, como os Conselhos Londrinos, o Tribunal de Contas em Paris ou, ainda, o Collegio dei Raxonati e a Academia dei Ragioneiri, na Itália (O'REILLY, 1990).

Em trabalhos publicados por Duarte (2010), podemos encontrar outros registros importantes do processo de auditoria no ano de 1314, quando foi criado o cargo de auditor, na Inglaterra, quando a Rainha Elizabeth I designou o Auditor do Tesouro para instalar um sistema de controle e marcas sobre os gastos do governo.

Em outros registros do autor, já de forma mais consolidada da profissão, a auditoria alcançou maior êxito de transição, promulgada durante a Revolução Industrial, mais especificamente, em 1956, ano que foi considerado como a gênese da auditoria nos moldes da atualidade. A partir deste marco, foi difundida para outros países, principalmente, Canadá e Estados Unidos, que, devido ao desenvolvimento econômico, aprimoraram significativamente esta nova técnica (DUARTE, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como podemos observar através da evolução histórica da auditoria em saúde no Brasil, desde a sua gênese e implantação, os avanços nos serviços de saúde foram inegáveis, entretanto, ainda há muito que se fomentar, principalmente, no sentido de oferecer maior controle neste processo, considerando a educação permanente como uma de suas principais funções para a garantia constante e aprimoramento da excelência no atendimento e funcionamento dos serviços de saúde, de forma que, ao final, os usuários que necessitam de atendimento, possam usufruir e se beneficiarem da qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

ALVEZ, S.D. A importância da auditoria como ferramenta de gestão na saúde pública. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, 2016.

CALEMAN, G.; SANCHEZ, M.C.; MOREIRA, M.L. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde, v.5, n.3, p.45-72, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Série Saúde & Cidadania, 1998.

CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 7. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática. 4. ed. São Paulo: Campus, 2006.

_____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, 1988.

DUARTE, L.S. Auditoria financeira. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Mestrado em Gestão, Abril, 2010. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14023/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a1gio%20Lara%20Duarte.pdf>.

FACHIN O. Fundamentos de Metodologia. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2001.

O'REILLY, J. *et al.* Effects of time intervals and tone durations on auditory stream segregation. *Percept. Psychophys.*, v.62, n.2, p.626–636, 1990.

PAIM, P.R.C.; CICONELLI, M.R. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *RAS*, v. 9, n. 36, p.86, jun-set, 2007.

QUEIROZ, J.A.T; LEITE, M.V; SILVA, J.M.F. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria para a qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. *Rev. da CGU - Brasília* 9(14): 559-575, jan/jul. 2017.

REIS, E.J.F.B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, mar. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006>.

RIBEIRO, C.D.E. Saúde como um direito: as interrelações da auditoria em saúde com o Ministério Público na garantia da integralidade da atenção. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

ROSA, V. L. Evolução da auditoria em saúde no Brasil. Dissertação. Londrina, 2012.

SOUZA, D.A.; FONSECA, A.S. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. *Nursing*, São Paulo, v.8, n.84, p. 234-238, mai. 2005.

O projeto "Da Escola ao Tatame": a percepção dos pais de alunos em vulnerabilidade social

The "From School to Tatame" project: the perception of parents of students in social vulnerability

Rejane Bonadimann Minuzzi

FEEVALE

ORCID-0000-0001-7516-2520

Jacinta Sidegum Renner

FEEVALE

ORCID-0000-0002-9904-4710

Marcos Antonio De Oliveira

FEEVALE

ORCID-0000-0003-1883-9640-

Carolina Antunes

FEEVALE

ORCID-0000-0001-7645-

Gabriel Feiten

FEEVALE

ORCID-0000-0002-6537-253X

Gisele Gomes

FEEVALE

ORCID-0000-0002-7019-0108

Emerson Braz Corrales

Ed. Física UNINTER

Professor Responsável

Maristela Finger

Monitora

Eduardo Miranda Braz Corrales

Monitor

Tainara Jaques

Prof. Reforço escolar

Resumo

O Projeto Social “Da Escola ao Tatame” apresenta mais uma vez a oportunidade de entender que as Artes Marciais (Hapkido) ensinam luta, não briga, e os alunos e adeptos desse esporte aprendem por meio da técnica a ouvir, compreender, prestar atenção, seguir ordens e não quebrar regras. Sabendo disso, o presente artigo tem como objetivo analisar o benefício da arte marcial Hapkido para crianças em situação de vulnerabilidade, que frequentam o Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME” e quais as mudanças que seus pais e responsáveis observaram nesse tempo. Este projeto tem um trabalho de multiprofissionalidade onde há Profissionais de Educação Física, Psicólogos, Pedagogos, Socióloga, Fisioterapeuta que ajudam voluntariamente com sessões de terapias, atividades de recreação, atividade física e palestras sobre autoconhecimento. O estudo se caracteriza como observacional, com análise e discussão sob perspectiva qualitativa. Participaram do estudo 27 pais. Como principal instrumento de coleta de dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada via Google Forms. Como resultado, a partir da opinião dos pais, foi possível verificar que o projeto proporcionou benefícios para o corpo e benefícios para a vida, pois, ensinou concentração, capacidade de adaptação e obediência, características que podem ser levadas para o dia-a-dia e melhorar o cotidiano destes.

Palavras-chave: artes marciais. educação. projeto.

Abstract

The Social Project "From School to the Tatame", once again presents the opportunity to understand that Martial Arts (hapkido) teach fighting, not fighting, and students and fans of this sport learn through the technique of listening, understanding, pay attention, follow orders and don't break rules. Knowing this, this article aims to analyze the benefit of the Hapkido martial art for children in vulnerable situations, who attend the social project "From School to Tatami", and what changes their parents and guardians observed in that time. The study is characterized as observational, with analysis and discussion from a qualitative perspective. 27 parents participated in the study. As the main data collection instrument, a semi-structured interview was conducted via Google Forms. As a result, from the parents' opinion, it was possible to verify that the project provided benefits for the body and benefits for life, as it taught concentration, adaptability and obedience, characteristics that can be taken into everyday life and improve their daily lives.

Keywords: martial arts. education. project.

INTRODUÇÃO

A Arte Marcial (AM) significa arte de guerra, utilizada muitas vezes como sinônimo de lutas (DRIGO, 2005), e nos apresenta ainda informações que estas nasceram há muitos séculos, originadas pela necessidade de autodefesa. Na luta entre tribos, as habilidades necessárias eram treinadas nos tempos de paz, e os guerreiros compreenderam a necessidade do treinamento físico e específico em lutas para obterem melhor resultado nos combates. Assim como toda a sociedade que o cerca, as Artes Marciais também sofreram alterações ao longo dos anos, uma delas, é o fato de ser incluída como esporte.

As Artes Marciais, quando analisadas como esporte, trazem inúmeros benefícios para a saúde, tanto física quanto emocional e, independente de qual modalidade optar, seja Muay Thai, Taekwondo, Karatê, Jiu Jitsu ou MMA. Franchini (*et al.*, 2008), no que se refere aos benefícios para a saúde ele aponta que o esporte aumenta a flexibilidade do corpo, melhora a coordenação motora, melhora o stress, e sentimentos de raiva, frustração.

Motta e Ruffoni (2006) escrevem sobre os seguintes benefícios das Artes Marciais: reduz o estresse, amplia a concentração, promove disciplina, ensina autocontrole, melhora a autoestima e o controle sobre as emoções. Ainda, proporciona melhoria quanto aos benefícios físicos trazendo os seguintes dados: condicionamento físico, desenvolvimento muscular, flexibilidade corporal, aumento da coordenação, perda e Controle de peso.

Nessa linha de raciocínio, parece contraditório que um conjunto de habilidades e técnicas destinadas, em última instância, ao combate, ser ao mesmo tempo um caminho para a evolução. Todavia, se observadas a partir do prisma correto, é possível entender os benefícios das artes marciais e o fato de que elas são, principalmente, uma prática para o cérebro. (CORREIA, FRANCHINI, 2010).

Neste interim, sabe-se que as Artes Marciais são técnicas e práticas de luta sofisticadas, criadas com o intuito de defesa e ataque contra situações de perigo. Antigamente, eram usadas por povos para protegerem-se, defender sua família e propriedades, ou pelo exército nos caso de guerras. Na atualidade, as Artes Marciais não focam apenas no bem-estar físico, mas visam o desenvolvimento mental, espiritual e moral do indivíduo, através de uma série de técnicas. (CORREIA, FRANCHINI, 2010).

Pensando em todos os benefícios que as Artes Marciais trazem, o projeto “DA ESCOLA AO TATAME” oferece a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social as aulas supracitadas, eis que, de uma forma geral, compreende-se que o processo de vulnerabilidade social pode se manifestar a partir do acesso restrito aos bens materiais, simbólicos e culturais por parte de uma população marginalizada socialmente, abrangendo um leque de possibilidades e situações (BARROS *et al.*, 2011).

Diante disso, o presente artigo pretende trazer à discussão as atividades do Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME” que está no seu quarto ano de atuação, e é desenvolvido pela Escola de Artes Marciais Motora Team, localizada no Bairro Canudos, município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, juntamente com alguns colaboradores que compõem a Equipe Multiprofissional, como Instrutor de Artes Marciais, Educadora Física, Psicóloga, Professora de Reforço Escolar e Monitores. O Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME” visa ensinar que nas Artes Marciais o

principal combate é travado contra si mesmo e suas limitações. O eixo do treinamento está no autoconhecimento e na superação de tudo aquilo que limita a nossa potencialidade. Cada nova vitória é o resultado de um processo interno que termina dando seus frutos. Diante do exposto propõe-se o seguinte problema de pesquisa: qual a interferência da prática de Artes Marciais em crianças em vulnerabilidade social, sob o ponto de vista dos pais, no comportamento e desenvolvimento dos seus filhos? O objetivo do presente artigo é verificar, sob o ponto de vista dos pais dos alunos que praticam artes marciais, a interferência do projeto “DA ESCOLA AO TATAME” no comportamento e desenvolvimento dos filhos. Analisando os benefícios das Artes Marciais com as crianças e adolescentes em vulnerabilidade social.

EXPLICANDO O PROJETO

O Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME” tem por objetivo ocupar seus selecionados (as) com atividades marciais, esportivas, educativas, culturais, contribuindo para a melhoria das capacidades físicas e motoras, assim como intervir de forma adequada e ética nos campos da prevenção da saúde, contribuindo para a melhoria de qualidade de vida (autoestima, convívio, integração social e saúde), bem como na diminuição da exposição aos riscos sociais (drogas, prostituição, gravidez precoce, criminalidade, trabalho infantil), e ainda transmitindo conhecimentos de direitos, deveres, hierarquia, disciplina, indo ao encontro do aprendizado nas técnicas de Defesa Pessoal – HAPKIDO.

O conteúdo ensinado diz respeito à História das Artes Marciais; História do Hapkido, Análise do caminho marcial para a vida por meio de princípios éticos, sociais e morais; Ensino de fundamentos básicos da Arte Marcial: Apresentação, organização, pontualidade, responsabilidade, compromisso, conduta, postura, saudações e regulamento disciplinar hierárquico; Ensino das virtudes da Arte Marcial: humanidade, justiça, cortesia, sabedoria, confiança, bondade, lealdade e coragem; Ensino de técnicas de Defesa Pessoal: Bases, rolamentos, quedas, respirações, golpes de mão, golpes de cotovelos, golpes de joelhos, chutes, tesouras, hiongs, escapes, tereguis, defesas, torções, imobilizações, quebramento, e uma infinidade de técnicas que englobam o Hapkido; Ensino das Regras e utilização da Arte Marcial.

Além dos professores e instrutores das Artes Marciais, a equipe é composta por uma Profissional de Educação Física, Psicólogos, Socióloga, graduadas, que cursam o Mestrado em Diversidade Cultural e Inclusão Social (FEEVALE); e por uma Professora de reforço escolar da rede regular de ensino e acadêmica em Educação Física. A Equipe Multiprofissional tem por objetivo auxiliar os alunos (as) no desenvolvimento motor e psicológico, através de dinâmicas de grupo e atendimentos individuais. O acompanhamento dos participantes é realizado pela equipe de apoio, que além de colaborar com as práticas no tatame, também é um apoio necessário entre a academia, a escola e a família.

Papel de cada um:

Profissional responsável pelo Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME”: Faixa Preta em Hapkido, Faixa preta em Kickboxing, 7º khuan Muay Thai Boran, Faixa azul em Jiu Jitsu, Acadêmico de Educação Física, criador e fundador do Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME”, participa ativamente nas atividades, planejando, organizando e executando as aulas, levando aos participantes os conhecimentos teóricos e práticos que englobam a Arte Marcial Hapkido,

vindo ao encontro do objetivo principal do Projeto.

Profissional de Educação Física; Responsável pelas dinâmicas de grupo, recreação e atividades físicas; O profissional de educação física promove a saúde das pessoas por meio da prática de atividades físicas, mas suas funções vão além disso. Esse profissional também é responsável por coordenar, planejar e supervisionar programas esportivos e recreativos que visam ao desenvolvimento social dos indivíduos.

Psicólogos: Realização de palestras, roda de conversas sobre temas diversificados, sobre drogas, emoções e relações familiares. Sempre dividido pelas faixas etárias e demanda do grupo. Os psicólogos do projeto também realizam atendimentos individualizados de psicoterapia, conforme o encaminhamento do professor responsável do projeto.

Professora de reforço escolar: Atendimento individualizado referente a aprendizagem. O projeto trabalha com a multidisciplinaridade com os alunos, sabendo que a aprendizagem passa pelo corpo, e assim por diante necessita também de outras intervenções. O reforço escolar atua na parte de auxiliar o aluno que possui dificuldade de aprendizagem escrita, oratória e até mesmo interação. De forma não tradicional, digo somente papel e lápis, mas também com jogos, exercícios para o corpo, faz com que estes alunos se sintam mais a vontade e tragam suas reais dificuldades e assim com o reforço possam ser trabalhadas de maneira mais individualizada, evoluindo em suas aprendizagens dentro do meio que este está inserido

Monitores: Ajudam na execução dos golpes e auxiliam o professor responsável pelo projeto;

Socióloga: Palestras e dinâmicas sociais;

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objetivo desse estudo foi verificar, sob o ponto de vista dos pais dos alunos que praticam Artes Marciais, a interferência do projeto social no comportamento e desenvolvimento dos filhos. Essa pesquisa caracteriza-se como aplicada, descritiva, com análise e discussão dos dados sob perspectiva qualitativa. Para tanto, por meio da pesquisa aplicada, observacional e qualitativa.

Participaram do estudo 27 pais de alunos que praticaram Artes Marciais no Projeto “Da Escola ao Tatame”. Foi encaminhada pela plataforma Google Forms, uma entrevista semiestruturada, com duas questões abertas e uma direcionada relacionadas questionando os pais sobre os benefícios do esporte na vida de seus filhos. As perguntas foram: (1) “Na sua opinião, desde que seu(a) filho(a) iniciou no Projeto Social- DA ESCOLA AO TATAME, você percebe interferência na autoestima dele?” (2) “Escolha 10 mudanças que você percebeu no comportamento de seu (a) filho (a) após ter ingressado no Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME”, (3) “Na sua opinião, qual ou quais mudanças foram mais significativas a partir desta participação do Projeto Social “DA ESCOLA AO TATAME?”. Todos os participantes consentiram voluntariamente participar da pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise e discussão dos dados ocorreram usando como método a triangulação dos dados que, conforme Minayo (*et al.*, 2005, p. 71), não é um método em si, mas, uma estratégia

de pesquisa que combina métodos, teorias, dados e investigadores, “servindo e adequando-os a determinadas realidades, com fundamento interdisciplinar”. Neste sentido, triangular é combinar e cruzar múltiplos pontos de vista, integrando a visão de vários informantes e empregando uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha a pesquisa (MINAYO, 2005).

A autora aponta a triangulação como uma predisposição para o diálogo interdisciplinar, tendo em vista que o seu resultado é oriundo de dados de diferentes técnicas, além desse tipo de estudo ser uma tentativa de superação de dicotomias e disciplinas. Embora a triangulação não seja sinônimo de interdisciplinaridade, pode ser um caminho para uma possível pesquisa interdisciplinar (MINAYO, 2005). É nesse sentido que o esforço do uso da triangulação de métodos em pesquisas interdisciplinares deve ser não apenas de trabalhar e articular diferentes métodos, técnicas, teorias e dados, mas também de ultrapassar as fronteiras disciplinares. Todavia, como destaca Minayo (2005, p. 46), para a ocorrência do encontro entre a triangulação de métodos e a interdisciplinaridade, são necessárias três posturas, que embora possam parecer diferentes, se complementam entre si: “[1º] profundo respeito aos campos disciplinares; [2º] relativização da visão fragmentada de cada um deles; [3º] crença na capacidade dialógica dos pesquisadores frente a propostas teóricas e metodológicas diferentes e com os sujeitos que atuam no mundo da vida”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que tange às respostas da primeira questão sob a percepção da autoestima, sendo uma pergunta que possibilitava como resposta mudou em partes, não mudou, melhorou e piorou, 100% dos pais responderam que a autoestima de seus filhos melhorou muito após participarem do projeto. A segunda questão onde eles apontavam as mudanças observadas, as três principais respostas foram: (1) se tornou mais responsável, (2) a saúde melhorou, (3) ficou mais alegre. Tal afirmativa vem ao encontro daquilo que Gomes (2014) descreve, mencionando que as Artes Marciais além de trazer vários benefícios físicos, motores, sociais e cognitivos estimulam o aluno a enfrentar as dificuldades cotidianas preparando-o para vida, pois, utilizam vários testes de si mesmo, através de um sistema de acertos e erros, e sempre propõe ao praticante alcançar o melhor de si, quando estuda seus princípios fundamentais e procura sempre se tornar melhor do que antes, tanto em sentido de técnica de luta quanto em crescimento pessoal, afetivo e social (MONAHAN, 2007).

No mesmo sentido, Monahan (2007) também elucida que as Artes Marciais, de um modo geral, ajudam a aprimorar o ser humano e o seu desenvolvimento interior, contribuindo no desenvolvimento para o trabalho de base, aprimorando a velocidade e a precisão dos pés e mãos, o equilíbrio, a força e a coordenação. Através de estudos filosóficos das Artes Marciais, dos treinamentos em conjunto tanto com colegas quanto com os professores, as crianças aprendem a se comportar mais controladamente na sociedade, aprendem a ter espírito de equipe, dentre outros aspectos.

Corroborando com tais afirmações, as respostas dos participantes sobre as mudanças observadas no comportamento, os pais apontam que perceberam as seguintes mudanças em relação ao comportamento dos filhos: “As notas melhoraram, se tornou mais responsável, até a saúde melhorou, assim como os hábitos alimentares melhoraram. Ficou mais alegre, começou

a estudar mais, pratica mais atividade física nos momentos de lazer e nas aulas de Ed. Física, melhorou as capacidades motoras, sensitivas e cognitivas e melhorou na organização da casa” (Relato de um dos pais). Além disso, os demais pais trazem respostas muito parecidas com estas, demonstrando os benefícios das aulas na vida de seus filhos.

Biddle e Mutrie (2001) apoiam tal afirmação e discorrem que qualquer atividade física tem benefícios comprovados no controle da ansiedade e manutenção da autoestima e até mesmo evitando a depressão. Assim, a prática do exercício físico vem sendo cada vez mais aceita como uma forma de promover a saúde e o bem-estar. Pagani (*et al.*, 2012) elucida que crianças que praticam Artes Marciais adquirem inúmeros benefícios de imediatos na saúde e aptidão física, melhorando a condição cardiorrespiratória, força muscular, flexibilidade e composição corporal, prevenindo males pertinentes na infância e adolescência. Motta e Ruffoni (2006) contribuem com tal afirmação mencionando que artes marciais não trabalham somente técnicas físicas para o corpo, mas também princípios filosóficos, e, ao se tratar do respeito ao local onde é praticada a luta está sendo trabalhado os componentes éticos do aluno, ao colocar o praticante em uma situação de respeito pelo local de treino, pelos colegas e pelo mestre, isso proporciona o controle dos instintos impulsivos de descontrole e violência, desenvolvendo uma cultura de autocontrole do aluno (HOKINO e CASAL, 2001).

Confirmando tais premissas, podemos visualizar as respostas da terceira questão, onde responderam quais as mudanças mais significativas observadas por eles. Uma das mães respondeu: “Está mais comunicativo, e a melhora significativa nos estudos, a autoestima, a comunicação 100%, eu como mãe, só tenho a agradecer, depois do projeto meu filho continuo estudando mais um ano.”. Outro pai complementa: “Não sente tanto medo, ah, eu gostei que eles conheceram o professor ‘Matora’ são outras crianças mudou bastante e aprendendo bastante coisa boa”. Situação que também é defendida por outro pai: “Após o término do projeto, meu filho(a) teve um rendimento excelente em relação a forma que entrou, meu filho se tornou mais confiante na vida social escolar, obteve melhor rendimento nas tarefas escolares, sente-se feliz ao ir para os treinos encontrar professor e colegas, tem mais entendimento na cooperação mútua, sua gratidão é trabalhada e melhorada em cada treino e sua capacidade de entendimento em relação as drogas e más companhias. A Escola do Tatame foi o diferencial na vida dele, que vem de uma longa jornada com psicopedagogas. A escola dizia que ele tinha déficit de atenção, esse diagnóstico não foi positivado pelo profissional, ela nos orientou que ele apenas tem outra velocidade no aprendizado”.

Outro benefício que as Artes Marciais trazem para a vida do adolescente é a capacidade de concentração, raciocínio lógico e rápido, pois, o educando aprende através de várias técnicas a possibilidade de aprender e, leva tal estímulo para sua vida fora do tatame, desenvolvendo dessa forma, aptidão para o estudo, melhorando suas notas, bem como o relacionamento com os colegas. Lançanova (2006), corrobora com tal afirmação e discorre que as lutas proporcionam aos alunos oportunidades de desenvolvimento auto perceptivo, pois quando utilizado como instrumento de aprendizagem, colocam dificuldades motoras e psicológicas que ajudam a solucionar problemas diários, afinal, não basta pedir para o aluno que reproduza uma série de movimentos, é preciso que a prática da arte marcial tenha significado na aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando, o presente estudo teve como objetivo analisar o benefício do esporte a partir da prática de Artes Marciais (Hapkidô) para crianças e adolescentes do projeto “Da Escola ao Tatame”, seguindo o olhar dos benefícios que tal atividade traz tanto para os alunos em seu cotidiano quanto para seus pais e/ou cuidadores, trazendo à discussão o ponto de vista dos pais sobre os benefícios do Hapkidô, passando para as respostas de três perguntas enviadas aos pais.

Os resultados apontam melhora na autoestima dos filhos, assim como percebem mais responsabilidade, novos hábitos alimentares, melhora na saúde, e no contexto escolar, percebem mais dedicação e notas melhores. Nesta feita, pode-se ver que as artes marciais (hapkidô), além de colaborar com a saúde física e na aprendizagem de habilidades e técnicas de combate, tem seu principal fundamento na aquisição de uma série de virtudes internas. Dentre os aprendizados, percebe-se que as habilidades físicas só são conquistadas depois de termos alcançado um nível de evolução que permite a destreza no corpo. Cada técnica e cada movimento estão associados com o mundo interno da pessoa que as pratica, aprimorando as habilidades nos pés, nas pernas, nas mãos, e braços se associando ao fluxo e o refluxo de energia, com o poder criativo e destrutivo.

REFERÊNCIAS

- BARROS, D. D. *et al.* Brazilian experiences in social occupational therapy. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. (Org.). Occupational therapies without borders: towards an ecology of occupation-based practices. Churchill Livingstone: Elsevier, 2011. p. 209-216.
- BIDDLE, S; MUTRIE, N. Psychology of physical activity: Determinants, Wellbeing and interventions. London: Routledge, 2001.
- CORREIA WR, FRANCHINI E. Produção acadêmica em lutas, artes marciais e esportes de combate. Motriz. 2010.
- CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DRIGO, A. J., OLIVEIRA, P. R., CESANA, J., NOVAES, C. R. B., NETO, S. S. A cultura oriental e o processo de especialização precoce nas artes marciais. <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital, Buenos Aires, Año, 10, n. 86, 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd86/artm.htm>. Acesso 06 jul 2020.
- FRANCHINI, E.; STERKOWICZ, S.; MEIRA, C. M.; GOMES, F. R.; TANI, G. Technical variation in a sample of high level judo players. *Perceptual & Motor Skills*, Missoula, v. 106, n. 3, p. 859-69, 2008.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOMES, N; FREINAS, R. O conteúdo das lutas nas séries iniciais do ensino fundamental: possibilidades para a prática pedagógica da Educação física escolar. *Motrivivência* Ano XXV, n. 41, p. 305-320, 2014.

HOKINO, M. H.; CASAL, H. M. V. A aprendizagem do judô e os níveis de raiva e agressividade. EDF Esporte.com, Revista Digital, Buenos Aires, Ano 6, n. 31, 2001. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd31/raiva.htm>. Acesso 18 jul 2020.

LANÇANOVA, J. E. S. - Lutas na Educação Física Escolar: alternativas pedagógicas. 2006. 70 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade da Região da Campanha, Alegrete, 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. S.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005,

MONAHAN, M. The Practice of Self-Overcoming: Nietzschean Reflections on the Martial Arts. Journal of the Philosophy of Sport, n. 4, p. 39-51, 2007.

MOTTA, A; RUFFONI, R. Lutas na infância: uma reflexão pedagógica. Rio de Janeiro: Labesporte, 2006.

PAGANI, M.; ANDREOLA, R. Lutas na escola: judô como opção de educação física para o ensino fundamental no município de sorriso-MT. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente n.3, v.2, p.40-56, 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. Metodologia do Trabalho Científico. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Ser Em Movimento. Benefícios das artes marciais. Disponível em: <https://seremmovimento.com.br/saude-e-bem-estar/beneficios-das-artes-marciais/>. Acesso 06 jul 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Grão-Mestre Alexandre Baby Gomes e ao Grão-Mestre Alzemiro de Carvalho, que tem a árdua tarefa de educar e ensinar as metodologias de ensino da Arte Marcial Hapkidô, tornando alunos mais felizes, saudáveis e sábios.

Atenção primária em saúde e os desafios da equipe multidisciplinar

Primary health care and the challenges of the multidisciplinary team

Júnia Eustáquio Marins

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/1066196918695360>

Rogério de Moraes Franco Júnior

Hospital Santa Marta- Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/1950904670856567>

Thays Peres Brandão

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/0857704143417847>

Lívia Santana Barbosa

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<https://lattes.cnpq.br/7918252506805132>

Acleverson José dos Santos

Faculdade do Trabalho - Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/6812151246885278>

Emerson Gomes de Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<https://lattes.cnpq.br/7936908631599298>

Mariana dos Santos Machado Pereira

Proadi/ SUS - Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/2555822000588949>

Magda Helena Peixoto

Prefeitura Municipal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<https://Lattes.cnpq.br/3099547852752480>

Carine Ferreira Lopes

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<http://lattes.cnpq.br/7559649922521325>

Renata de Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - MG

<https://lattes.cnpq.br/051177280837084>

Resumo

A Atenção Primária em Saúde consiste na porta ordenadora de acesso ao sistema público de saúde brasileiro, sendo o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção. Para isso conta com uma equipe diversificada de profissionais, o que auxilia nos processos de trabalho, mas apresenta desafios que prejudicam a assistência. Este estudo buscou apresentar os principais desafios encontrados pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Metodologicamente tratou-se de uma revisão bibliográfica narrativa explicativa de literatura. Nos resultados apresentaram-se comumente como desafios para o relacionamento entre a equipe da APS a comunicação falha, a infraestrutura inadequada e a falta de recursos humanos. Portanto Mesmo após quase duas décadas de implantação da Política Nacional de Atenção Básica (2006), os desafios da Atenção Primária ainda se constituem em problemas básicos que dificultam o bom relacionamento da equipe e consequentemente prejudicam a qualidade da assistência ao usuário.

Palavras-chave: trabalho em equipe. atenção primária em saúde. sistema único de saúde.

Abstract

Primary Health Care is the ordering door for access to the Brazilian public health system, being the communication center with the entire Care Network. For this, it counts on a diverse team of professionals, which helps in the work processes, but presents challenges that hinder assistance. This study sought to present the main challenges encountered by professionals in Primary Health Care. Methodologically, it was a literature review explanatory narrative of literature. In the results, poor communication, inadequate infrastructure and lack of human resources were commonly presented as challenges for the relationship between the PHC team. Therefore, even after almost two decades of implementation of the National Policy for Primary Care (2006), the challenges of Primary Care are still basic problems that hinder the good relationship of the team and consequently affect the quality of care provided to users.

Keywords: teamwork. primary health care. unified health system.

Até a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil este país não contava com disposições legais, sólidas e organizadas sobre o direito à saúde. O Ministro Luís Roberto Barroso (2009) indica que, foi com a redemocratização que a universalização dos serviços públicos de saúde, passou a ser amplamente discutida.

Historicamente, a Constituição Federal de 1988 veio em seu artigo 196 resguardar o acesso gratuito, universal e integral aos serviços de saúde, porém em seu artigo 198 é que aparece a figura do Sistema único de Saúde, o SUS, sendo por ela regulamentado. No texto da Carta Magna, o direito à saúde, de forma equitativa e igualitária, ganhou status de garantia fundamental (AMARAL *et al.*, 2021; BRASIL, 1988).

Com isso, através das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, o Sistema Único de Saúde ganhou forma e corpo. Nomeada como “Lei Orgânica da Saúde” aquela regula a criação do SUS e de seus órgãos principais, e esta a participação popular. Desde então, um grande número de normas foi editado, cuidando de matérias complementares (BRASIL, 1990). Sendo que, o sistema de saúde brasileiro pode ser considerado misto, pois sua composição abarca dois subsistemas, o público, representado pelo SUS, e o privado.

Posto isso, adota-se o sistema sugerido por Leavell e Clark (1965) *apud* Pol e Thomas (2000) que abarca a promoção da saúde e os níveis de prevenção e são classificados da seguinte forma:

- Primária corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos, por meio de auxílio com comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos
- Secundária relaciona-se ao diagnóstico e tratamento precoce com limitação da invalidez. Engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados, para que se curem ou mantenham-se funcionalmente sadios, evitando complicações e mortes prematuras.
- Terciária trata da reabilitação e consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional.

Sendo que, cabe dizer que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e, se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020).

Além disso, trata-se da porta ordenadora de acesso ao sistema público de saúde brasileiro, sendo o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS. Deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integri-

dade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro, capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2020).

Em virtude das diversas ações da APS com demanda de baixa densidade tecnológica, mas alta complexidade dos processos de trabalho, percebeu-se a necessidade de elaborar uma política nacional, com vistas a revisar essas ações, definir prioridades e otimizar os gastos. Com isso, em 2003, foi criado um grupo de trabalho no Ministério da Saúde (MS) que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006 (BRASIL, 2006).

Porém muitas mudanças foram necessárias, a PNAB passou por atualizações em 2011 e em 2017, e de forma complementar, em setembro de 2019, no qual o MS publicou a portaria que criou as equipes de Atenção Primária (eAP). Elas deverão ser compostas minimamente por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2019).

Conhecendo a composição mínima de profissionais da APS, sabe-se que o trabalho em equipe multidisciplinar apresenta impasses mediante a necessidade de articulação do trabalho em saúde e nas atividades do cotidiano de cada profissional. Fator que apresenta desafios como o desenvolvimento da colaboração e a consistência entre diversos núcleos de saberes e práticas (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Paradoxalmente, pode-se verificar que o trabalho em equipe amplia a visão do processo saúde-doença. Com a participação de diferentes profissionais munidos de habilidades e atitudes distintas, mas articuladas e intervindo, para atingir além do âmbito individual, abranger a família e as condições socioambientais da comunidade atendida. Esse modelo permite o desenvolvimento de ações que ultrapassem o modelo biomédico, centrado na solução imediata de problemas e de doenças individuais, ressaltando que essas ações não devem ser ignoradas, porém necessitam de um olhar além da assistência curativa na organização dos serviços de saúde (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Sabe-se que o trabalho em equipe é reconhecido universalmente como um instrumento essencial para a edificação de um sistema de atendimento de saúde mais eficaz (BABIKER *et al.*, 2014).

Diante da importância do trabalho em equipe na APS e dos percalços encontrados para o desenvolvimento da articulação das multiprofissionalidades, esse trabalho se justifica, pois permitirá conhecer, as principais dificuldades encontradas nesse processo. E, com isso auxiliar os gestores na promoção e implantações de ações, protocolos e políticas que busquem a melhoria da qualidade prestada na APS (BABIKER *et al.*, 2014).

Para isso, essa pesquisa apresentou como problemática: quais os desafios encontrados pelas equipes das estratégias de saúde da família para a atuação das diferentes categorias profissionais?

Assim, este estudo objetiva apresentar os principais desafios encontrados pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa explicativa de literatura. A revisão bibliográfica narrativa realiza levantamento na literatura e busca atualizações sobre determinada temática, através de métodos mais livres. E, a pesquisa explicativa busca identificar fatores que originam a ocorrência do fenômeno (GIL, 2007; CORDEIRO *et al.*, 2007).

Para a realização deste estudo, foi realizado uma busca nas bases de dados Portal de Periódicos da Capes; Scientific Electronic Library OnLine (SciELO) e Google Acadêmico.

Como critérios de inclusão adotou-se trabalhos publicados nos últimos dez anos que abordaram a dificuldade do trabalho em equipe na Atenção Primária em Saúde.

Para análise, foram selecionadas e descritas as principais abordagens dos desafios do trabalho em equipe, abordando as categorias de Comunicação, Recursos Humanos e Infraestrutura.

RESULTADOS

Os trabalhos analisados perfizeram-se de publicações realizadas nos últimos dez anos, abrangendo o recorte temporal pós implantação da PNAB e suas respectivas alterações. Em todo esse período, os principais desafios do trabalho em equipe na APS constituíram-se principalmente de problemas de comunicação, infraestrutura precária e sobrecarga resultante dos recursos humanos ineficientes. Para melhor compreensão de tais circunstâncias são percorridos a seguir esses desafios.

Comunicação

A Atenção Primária à Saúde pode ser considerada como a porta de acesso ao Sistema Único de Saúde. Com isso, os profissionais que ali atuam são a base para o funcionamento e desenvolvimento dos serviços prestados para a população. Seu trabalho é caracterizado da mesma maneira que em outros setores da saúde, entretanto, opera de forma particular, pois o objeto de trabalho, além do indivíduo e suas famílias, inclui toda a população do território assumido pelas equipes (ABRASCO, 2017).

Neste sentido, o fazer dos trabalhadores é acompanhado de muitas peculiaridades a serem consideradas na própria organização do trabalho, dentre elas o vínculo com os usuários do serviço, o trabalho em equipe interdisciplinar e o modo de produção em saúde que devem priorizar atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças (ABRASCO, 2017).

A satisfação dos usuários, mas também dos profissionais da APS, influenciam diretamente na atuação cotidiana das equipes, assim como nos resultados. Por isso, a identificação dos motivos que causam insatisfação é relevante e necessária (LEVCOVITZ, 2001).

Posto isso, a literatura demonstra que, no relacionamento entre a equipe em relação à satisfação, o fator mais citado foi a comunicação, pois essa está diretamente ligada com a relação interpessoal entre os colegas de trabalho. A comunicação adequada e positiva entre os colegas, inclusive superiores, permite que os profissionais se sintam mais satisfeitos com seus

trabalhos, principalmente devido ao fato de que a comunicação eficaz contribui consideravelmente para a diminuição da tensão, o que torna o ambiente ocupacional agradável (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; PREVIATO; BALDISSERA, 2018; SORATTO *et al.*, 2017).

Assim, a comunicação eficaz além de motivar o profissional, contribui para a manutenção do quadro profissional e do serviço, pois geram a inclusão do profissional, especialmente na tomada de decisões e ainda facilita a cooperação entre membros da equipe (MAISSIAT *et al.*, 2015).

A dificuldade do trabalho em equipe, interligada de maneira indireta à comunicação, transfigura-se pelo pouco comprometimento de alguns colegas. Isso, influencia diretamente na insatisfação dos profissionais da saúde, pois altera a rotina cotidiana de trabalho nas instituições de saúde, influenciando negativamente o trabalho de toda a equipe, dificultando a realização do trabalho de forma integrada (LIMA *et al.*, 2014).

Dessa forma sabe-se que, o estímulo do trabalho em equipe é fundamental em uma cultura positiva, pois relaciona-se com o apoio que os trabalhadores dão uns aos outros, trabalhando em conjunto e de forma respeitosa. Pois apesar de equipes de saúde possuírem processos e rotinas de trabalhos particulares, ainda são interdependentes (LEMOS *et al.*, 2018).

Ademais, ainda com problemas de comunicação, um ponto um desafio peculiar de motivos da insatisfação dos funcionários da APS são os problemas com a liderança e/ou gestão, isso em decorrência, principalmente, da dificuldade de compreensão da forma de atuação e a exclusão dos profissionais na tomada de decisões (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; LIMA *et al.*, 2014; PREVIATO; BALDISSERA, 2018; SORATTO *et al.*, 2017).

De forma complementar, tanto os problemas com gestores, quanto as dificuldades com os colegas de trabalho acabam influenciando na exclusão do profissional, situação que acarreta isolamento. Por isso, mesmo que haja vários outros motivos de insatisfação o clima do lugar ameno, já é satisfatório para os profissionais (JAYASURIYA *et al.*, 2012).

Para melhorar os desafios entre os profissionais da APS, Tambasco (2017) sugere mudanças na organização do trabalho, com intuito de facilitar uma gestão mais participativa, com o objetivo de aumentar a interação entre os profissionais nas atividades de criação e implantação de novos projetos.

Além da comunicação, a literatura revela outros desafios que interferem de maneira negativa na satisfação dos profissionais e conseqüentemente na relação multidisciplinar, dentre os mais comuns entrou-se problemas com as estruturas físicas e de material das unidades de saúde.

A infraestrutura

A questão das condições de trabalho urge ainda mais fortes enquanto fontes de insatisfação profissional. Ela está relacionada tanto quanto à oportunidade de trabalhar com equipamentos de qualidade, como aspectos físicos do ambiente, características das tarefas desempenhadas e características institucionais considerando que o mesmo possibilita maior qualidade nos cuidados prestados (MOREIRA *et al.*, 2017; VIEIRA-MEYER *et al.*, 2020).

Posto isso, a insuficiência da estrutura da unidade, de materiais e inclusive de profis-

sionais são pontos relacionados. A falta de manutenção das unidades, prejudica excesso de atuação e interfere no cotidiano, gerando pontos de insatisfação, como por exemplo, carga de trabalho (MOREIRA *et al.*, 2017; MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2014; VIEIRA-MEYER *et al.*, 2020).

Com isso, a falta de organização do ambiente influencia na insatisfação dos profissionais de saúde, tendo em vista que acarreta excesso de trabalho. Por outro lado, um ambiente de trabalho organizado torna a atuação mais ágil e efetiva, no qual, um trabalho em equipe eficaz, no contexto de um sistema saúde complexo, é essencial para a segurança do paciente assim como para seu cuidado (BABIKER *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2017).

Dessa forma é essencial promover uma conjuntura favorável em termos de estrutura que assegurem condições dignas de trabalho, pontos como acesso ao suporte diagnóstico, educação permanente, bem como, suporte gerencial e matricial para esses profissionais. (MOREIRA *et al.*, 2017; PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Com isso, percebe-se que a infraestrutura é um item que afeta de maneira significativamente negativa o trabalho em equipe dos profissionais da APS, os quais se encontram muitas vezes sem lugar apropriado para atender e isso os deixa frustrados e sobrecarregados.

Recursos humanos

Sabe-se que, a dificuldade em manter completa a equipe de saúde da família é realidade na rotina das equipes, com as insuficientes condições de trabalho dos profissionais do serviço público, além da falta de recursos técnicos, da precariedade dos equipamentos existentes, da inadequação do espaço físico e dos materiais se tornam um grande problema na vida do trabalhador (FAUSTO *et al.*, 2018; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Ainda assim, além desses problemas, o fato de terem que lidar com os baixos salários, falta de apoio dos gestores, insuficiente reconhecimento social, débil desenvolvimento da carreira contando com diversas formas de contratos, sobretudo os informais, são detalhes que contribuem para a fragilidade de vínculos com o serviço e a alta rotatividade de profissionais (POZ, 2013; SIMAS; PINTO, 2017).

Coadunando com o exposto, a falta de uma equipe qualificada é problema recorrente. Isso além de influenciar na insatisfação dos profissionais, está diretamente ligado a qualidade dos atendimentos pois, principalmente em razão à falta de pessoal os treinamentos e capacitações do profissional no serviço de saúde ficam prejudicados (SORATTO *et al.*, 2017; TAMBASCO *et al.*, 2017).

A falta de recursos humanos relaciona-se diretamente com a qualidade da assistência. Tendo em vista que os trabalhadores são pressionados pelo gestor, em relação a quantidade de atendimento, muitas vezes sem se preocupar com os recursos financeiros, e, não importando com a qualidade do cuidado, muitas vezes qualidade da assistência fica comprometida pela sobrecarga de trabalho (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2017; TAMBASCO *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Mesmo após quase duas décadas de implantação da Política Nacional de Atenção Básica (2006), os desafios da Atenção Primária ainda se constituem em problemas básicos que dificultam o bom relacionamento da equipe e conseqüentemente prejudicam a qualidade da assistência ao usuário.

Dentre os principais desafios encontrados pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde encontram-se problemas de comunicação, seguidas de infra estrutura adequada e recursos humanos insuficientes, do ponto de vista dos autores, por mais que sejam desafios trabalhados com grande frequência, são pilares que sempre se mostram presentes como impasses, dentre outras circunstâncias, das relações multidisciplinares.

Portanto, é necessário reconhecer que a produção de saúde se faz entre pessoas, e entre este grupo está a equipe multidisciplinar que atua, recebe, trata e direciona os usuários do SUS por meio da APS. Por isso, devem ter condições básicas para atuarem de maneira conjunta, favorecendo os vínculos interpessoais com melhor satisfação profissional e conseqüente melhoria da qualidade da assistência ao público alvo, que são os usuários do sistema.

REFERENCIAS

ABRASCO. Contra a reformulação da PNAB: nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

AMARAL, P *et al.* Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, Rio de Janeiro, v. 23, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202110>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BABIKER, A *et al.* Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese journal of paediatrics*, Sudan, v. 14, n. 2, p. 9, 2014.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 163-173, 2018.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. O que é atenção primária? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee#>. Acesso em: 05 jun. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CORDEIRO, A. M *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, São Paulo, v.34, n. 6, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLGLPwcmV6Gf/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FAUSTO, M. C. R *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 12-17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>. Acesso em: 15 abr. 2021.

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

JAYASURIYA, R *et al.* Trabalhadores rurais de saúde e seu ambiente de trabalho: o papel dos fatores interpessoais na satisfação profissional de enfermeiros na área rural de Papua Nova Guiné. BMC Health Serv, [S.l.], v. 12, n. 156, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-156>. Acesso em: 16 jun.. 2021.

LEMOS, G. C *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, São João Del Rei, v.8, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600>. Acesso em: 20 jun. 2021.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6; n.2, p.269-291, 2001.

LIMA, L *et al.* Satisfação e Insatisfação no trabalho de profissionais de saúde na atenção básica. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 17-24, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.

MAISSIAT, G.S *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica à saúde. Revista

Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v.36, n.2, p.42-49, 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51128>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MOLINI-AVEJONAS, D. R *et al.* Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Communication Disorders, Audiology and Swallowing*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 148-154, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/2014011IN>. Acesso em: 21 jun. 2021.

MOREIRA, K. S *et al.* Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>. Acesso em: 18 jun. 2021.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>. Acesso em: 21 jun. 2021.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em Saúde a Atenção Primária à Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 22, suppl.2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 16 jun. 2021.

POL, L.; THOMAS, R. *The demography of health and health care*. 2. ed. New York: Plenum, 2000.

POZ, M. R. D. A crise da força de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Revista Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1865– 1876. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>. Acesso em: 24 jun. 2021.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SORATTO, J *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto*, Santa Catarina, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>. Acesso em: 18 jun. 2021.

TAMBASCO, L. P *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária em Saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S212>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6DhrLydZBnPbsy6zwFbJ5Bm/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2021.

VIEIRA-MEYER *et al.* Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n.62, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001878>. Acesso em: 18 jun. 2021.

Grau de afiliação das usuárias em relação ao serviço de APS em uma capital do nordeste

Degree of affiliation of users in relation to the PHC service in a capital in north-eastern

Lívia Maria Mello Viana

Mestre em Enfermagem. Discente de Bacharelado em Estatística da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina. <http://lattes.cnpq.br/2826299197066478>

Inez Sampaio Nery

Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da UFPI. <http://lattes.cnpq.br/5732850194431343>

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha

Doutora em Saúde Pública. Doutoranda do PPGEnf (UFPI). Docente da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). <http://lattes.cnpq.br/5461511268392674> pq.br/5461511268392674

Iel Marciano de Moraes Filho

Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Doutorando em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Docente da Universidade Paulista (UNIP). <http://lattes.cnpq.br/4540309486777873>

Resumo

Atenção Primária a Saúde (APS) representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária. Objetivou-se levantar o grau de afiliação das usuárias em relação ao cuidado prestado na APS e avaliar o grau de extensão para a APS em relação ao atributo derivado Orientação Comunitária. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de corte transversal. A população foi composta por usuárias adultas atendidas pelas equipes de Saúde da Família da zona urbana de Teresina com utilização de amostragem aleatória simples por conglomerado. A moldura da amostragem compôs-se de 146 equipes com um total de 1098 usuárias. As usuárias eram adultos jovens com média de 29,35 anos com baixo nível socioeconômico. Na afiliação destaca-se a não associação desta como referência de assistência à saúde (5,5%); compondo um percentual menor em relação àqueles que referem não possuir e/ou identificar o serviço como referência. Na orientação comunitária observou-se uma significativa dispersão entre os escores alcançados, abaixo do valor central (6,6), determinando um baixo escore médio para APS, apresentando diferença estatística significativa ($p < 0,01$). Faz-se relevante notar que os resultados apontam para a necessidade de melhoria de alguns atributos da prática assistencial. Essa melhoria implica em reformulações de aspectos da estrutura e processo para que futuramente possa ser oferecida uma APS de qualidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde. avaliação de programas e projetos de saúde. satisfação do paciente.

Abstract

Primary Health Care (PHC) represents the first contact in the care network within the health system, characterized mainly by the continuity and comprehensiveness of care, in addition to the coordination of care within the system itself, of family-centered care, of the guidance and community participation. The objective was to survey the degree of affiliation of users in relation to the care provided in the PHC and to assess the degree of extension to the PHC in relation to the attribute derived from Community Guidance. The population consisted of adult users assisted by Family Health teams in the urban area of Teresina, using simple random sampling by conglomerate. The sampling frame consisted of 146 teams with a total of 1098 users. The users were young adults with an average age of 29.35 years with low socioeconomic status. In affiliation, the non-association of this as a reference for health care (5.5%) stands out; composing a lower percentage in relation to those who report not having and/or identifying the service as a reference. In community counseling, a significant dispersion was observed between the scores achieved, below the central value (6.6), determining a low mean score for PHC, with a statistically significant difference ($p < 0.01$). It is important to note that the results point to the need to improve some attributes of care practice. This improvement implies reformulation of aspects of the structure and process so that a quality PHC can be offered in the future.

Keywords: primary health care. program evaluation. patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

Em busca do fortalecimento dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para Atenção Primária à Saúde (APS) (OLIVEIRA, 2007).

A APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Starfield (2004), APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Visando melhorar a qualidade da assistência oferecida, na década de 1990, houve a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (eSF)¹, com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1998), onde a implantação da eSF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias (ALVES, 2005).

A eSF, vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A eSF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país.

Dessa forma, a eSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com as pessoas, as famílias e as comunidades. Assume o compromisso de oferecer uma assistência integral e resolutiva e de humanizar as práticas de saúde, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde como direito de cidadania. Os serviços de Atenção Primária devem responder às necessidades de saúde da população e estar organizados em uma estrutura hierarquizada, de forma que, caso haja necessidade, possa ter garantida a atenção em um nível de maior complexidade (ALVES, 2005).

Portanto, a avaliação da presença dos atributos da atenção primária e do funcionamento da eSF em consonância com os princípios do SUS, deve ser uma atividade a acontecer no âmbito nacional, regional e local, com vistas a fornecer subsídios para as adequações necessárias, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização.

Pensando no contexto local, em que se destaca o fortalecimento da participação comunitária, ressalta-se a relevância de um processo de avaliação voltado para as perspectivas dos próprios usuários, uma vez que estes se caracterizam como importantes parceiros do programa.

1 Atualmente o PSF, ao invés de programa, é definido como estratégia (eSF) visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê tempo para finalizá-la (BRASIL, 2006). Nesse estudo será mantida a nomenclatura original presente em cada referência consultada.

Avaliar os serviços da eSF, tomando por base os usuários, se favorece o conhecimento de aspectos do trabalho que vem sendo desenvolvido e, conseqüentemente, apontam-se possibilidades e caminhos para o seu redirecionamento (MOURA; AGUIAR, 2004).

Para viabilizar o desenvolvimento do estudo, elegeu-se a atenção as usuárias das Unidades Básicas de Saúde de Teresina - PI como condição traçadora da atenção. A opção pela atenção as usuárias baseou-se nos seguintes quesitos: constituem a população adulta que mais procura os serviços de saúde no Brasil; a maioria das políticas públicas implementadas na AB são voltadas ou relacionadas à população feminina; o atendimento adequado a tal grupo requer a existência de um vínculo longitudinal com a equipe de APS.

Assim sendo, o presente estudo tem por objetivos levantar o grau de afiliação das usuárias em relação ao cuidado prestado na atenção primária do município de Teresina - Piauí; e avaliar o grau de extensão para a APS pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina - Piauí em relação ao atributo derivado Orientação Comunitária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2010) a fase exploratória da pesquisa objetiva determinar o campo de investigação, as expectativas dos interessados, bem como o tipo de auxílio que estes poderão oferecer ao longo do processo de pesquisa. Para Chizzotti (2017) a pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

A abordagem quantitativa, para Gil (2010), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, a partir de uma análise de frequência de certas incidências e de correlações estatísticas que demonstrem o processo de casualidade entre as variáveis.

O estudo foi realizado com as usuárias da eSF do município de Teresina, capital do Estado do Piauí. Teresina possui uma densidade demográfica de 584,95 hab/Km², com população estimada em 2011 de 822.364 pessoas (IBGE, 2011). O município apresenta 229 Equipes da eSF, sob coordenação de três regionais de Saúde: Sul, Leste-Sudeste e Centro-Norte.

A Fundação Municipal de Saúde (FMS), órgão de gestão da Atenção Básica do município de Teresina, possui 73 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde, em alguns casos, mais de uma equipe funciona em uma mesma Unidade. Foram selecionadas usuárias de forma proporcional às equipes da eSF distribuídas nas três regionais: 294 (26,8%) da Regional Leste-Sudeste, 354 (32,2%) da Sul e 450 (41%) da Centro-Norte.

Utilizou-se amostragem aleatória simples por conglomerado por não se dispor de um cadastro único da população feminina usuária do serviço de saúde e por motivos de ordem prática e econômica, onde se divide uma população em pequenos grupos e sorteia-se um número suficiente desses pequenos grupos (conglomerados), cujos elementos constituirão a amostra (VIEIRA, 2003). A unidade amostral foi cada equipe da eSF do município de Teresina. A unidade elementar 1 ou de análise 1 foi a eSF, e a unidade 2 foi a usuária.

A moldura da amostragem, trouxe a listagem da unidade amostral enumerada segundo a tabela da FMS sobre o Consolidado da População Coberta pela eSF até dezembro de 2009, a qual traz um total de 229 Equipes de Saúde da Família (ESF) na zona urbana. Essa listagem teve a enumeração de 1 a 229 (N) para efeito de sorteio. Foram sorteadas 146 equipes. Este tamanho de amostra (n) permitiu estimar o parâmetro com margem de erro tolerável de 5% e nível de confiança de 95%.

Assim, para efeito de sorteio da unidade amostral foi utilizada a planilha Microsoft Excel para gerar n números aleatórios entre a 1ª e a 229ª equipe da eSF listada na moldura da amostragem. Em cada uma das 146 equipes sorteadas foi previamente levantado o dia da rotina da Unidade em que se fazem as consultas pré-natais e agendou-se a coleta de dados para o mesmo dia, onde participaram da pesquisa todas as gestantes e/ou usuárias adultas atendidas que se fizeram presentes na Unidade de Saúde no momento de realização da coleta, atenderam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, com uma média de 5 usuárias por equipe, com tamanho fixo de 730 usuárias.

Considerando que as usuárias não estavam distribuídas uniformemente nas UBS (conglomerados), adotou-se o sorteio em 2 estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No 1º estágio, foram sorteadas as UBS, e, no 2º, foram sorteadas as usuárias, de forma sistemática.

A amostra foi considerada equiprobabilística ou autoponderada, pois manteve-se constante a expressão $f=f_1.f_2$, em que f é a fração amostrada, f_1 , o componente do primeiro estágio, e f_2 , do segundo estágio. Utilizou-se o estimador deff (efeito de delineamento) como estratégia de ajuste para o desenho amostral. Após a correção compôs-se um total de 1098 participantes.

Os dados desse estudo foram coletados por meio de entrevista com utilização do instrumento de avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária (PCATool) versão Adulto traduzido e validado pelo MS, acrescido de questões referentes ao perfil social, econômico e obstétrico.

O formulário foi aplicado de forma presencial pela própria pesquisadora juntamente com uma equipe de pesquisadores de campo composta por 12 Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com bolsa de Iniciação Científica, as quais foram previamente submetidas a treinamento com carga horária de 10 horas, com conteúdos relacionados à pesquisa propriamente dita e à técnica de abordagem as entrevistadas.

A versão adulto do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool-Brasil é composta por blocos de perguntas que correspondem aos atributos essenciais, derivados e o grau de afiliação ao serviço de saúde, definido como a força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde (STARFIELD, 2004).

As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). A versão validada do PCATool-Brasil Versão Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (BRASIL, 2010).

São considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior

ou igual a 6,6 (tercil superior do escore). O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens.

O instrumento foi submetido a um pré-teste piloto realizado por meio de entrevistas com 35 usuárias de 5 equipes da eSF que não compuseram a amostra. Os dados desse estudo foram coletados no período de maio a julho de 2011 mediante a aplicação do PCATool-Brasil para coleta de dados nas Unidades de Saúde, nos horários de funcionamento das mesmas, de forma a coincidir o dia da coleta dos dados com a rotina de atendimento da unidade.

O primeiro contato com as usuárias foi realizado na sala de espera dos consultórios das UBS onde, considerando os critérios de inclusão, estas eram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo e convidadas a participar do mesmo; caso concordassem, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96. Todas as entrevistas ocorreram após a realização do atendimento que a usuária procurou na UBS, em uma sala reservada com condições adequadas de conforto e privacidade, de forma espontânea, permitindo-a refletir sobre as questões que eram feitas.

Após a coleta, os dados foram digitados no programa Microsoft Excel e, após as correções, os dados foram exportadas para o Banco de Dados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 for Windows. Todos estes procedimentos foram realizados concomitantemente por digitação dupla.

Os dados foram tabulados e consolidados utilizando as técnicas de estatísticas descritivas, onde foram calculados os desvios-padrão, a distribuição de frequências e as médias de algumas variáveis. Utilizou-se o teste t de Student para comparação das médias e o teste Qui-quadrado de Pearson para as proporções com significância estatística definida com um nível de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$ foi utilizado para verificar as possíveis associações entre as variáveis.

O projeto foi submetido à autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí - UFPI para apreciação e aprovado obtendo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0027.0.045.000-11, e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Teresina, na qual as Unidades de Saúde a serem estudadas encontram-se inseridas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 1098 mulheres do município de Teresina. O grupo participante tinha idade de 16 a 60 anos, com média de 29,35 anos e desvio padrão de 9,64 anos. Conforme a Tabela 1 percebe-se que 45,4% das usuárias atribuiu a unidade de saúde ou serviço de saúde a busca por assistência à saúde. Os achados relacionados ao perfil sociodemográfico assemelham-se aos encontrados no estudo de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) em que os cuidadores das crianças que utilizavam a eSF como fonte regular de atenção sinalizam para uma maior vulnerabilidade social e econômica, onde os estratos mais pobres da população utilizam mais os referidos serviços da ESF como fonte regular de assistência à saúde.

Tabela 1 - Grau de afiliação das usuárias em relação ao serviço de APS. Teresina (PI), maio a julho, 2011 (n=1098).

Grau de Afiliação	f	%
A1 - Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?		
Não	96	8,7
Sim, médico	444	40,4
Sim, enfermeira	60	5,5
Sim, unidade de saúde	498	45,4
A2 - Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?		
Não	810	73,7
Sim, mesmo médico/enfermeira/serviço de saúde	240	21,9
Sim, médico/enfermeira/serviço de saúde diferente	48	4,4
A3 - Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?		
Não	498	45,3
Sim, mesmo que A1 & A2 acima	204	18,6
Sim, mesmo que A1 somente	318	29
Sim, diferente de A1 & A2	78	7,1

* *f* é frequência das variáveis

No entanto, também se observa um alto percentual (40,4%) para a procura pelo profissional médico, o que se justifica pela questão cultural dos usuários vincularem a ideia de assistência médico-curativa à APS, semelhante a Prado (2005).

Destaca-se que, apesar do grande escopo de atividades da profissional enfermeira na APS e grande impacto de sua atuação na melhoria das condições de saúde da população, ocorre a não associação desta como referência de assistência à saúde (5,5%); compondo um percentual menor em relação àqueles que referem não possuir e/ou identificar o serviço como referência. O que pode estar associado ao não reconhecimento pela população da identidade do profissional que veste branco nas Unidades, pela falta do costume de apresentação do profissional durante a consulta e poucas ações que garantam e aumentem a visibilidade da Enfermeira.

O início dessa avaliação é feito com base no reconhecimento, por parte da usuária, do serviço de saúde de referência. No questionário do PCATool-Brasil (BRASIL, 2010) este é avaliado conforme o grau de afiliação do usuário em relação ao serviço, o qual é composto por itens que visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado; e a identificação do serviço de saúde, preferencialmente, ou o profissional de saúde (médico/enfermeiro) sobre o qual versará todo o restante do instrumento.

Ao se aprofundar nesse quesito, percebe-se que as questões tratam do médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado; da descrição do relacionamento pessoal do entrevistado com seu médico/enfermeiro/serviço de saúde, identificando o médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado; e pelo principal médico/serviço responsável pelo atendimento do entrevistado, caracterizado pelo conhecimento de outros aspectos de vida do entrevistado, além das questões de saúde. Chamando-se atenção para o fato de o objetivo principal do PCATool-Brasil ser avaliar o serviço de saúde identificado, não somente o profissional de saúde de referência (BRASIL, 2010).

Constatou-se que 45,4% das usuárias atribuiu a unidade de saúde a busca por assistência; 40,4% para a procura pelo profissional médico e 5,5% procuravam a Enfermeira. Assemelhando-se ao encontrado em Teresina estão os estudos de Leão, Caldeira e Oliveira (2011), de Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010) e a pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por Harzheim (2004), onde os maiores valores encontrados para os serviços de referência foram em relação a unidade de saúde da família.

Considerando o grau de afiliação ao serviço de saúde/profissional de saúde, ou seja, a frequência na qual reconhece o serviço ou o profissional de saúde como referência para a assistência à saúde percebe-se que, apesar de haver uma grande procura aos serviços, 73,8% das usuárias afirmam não existir um médico/enfermeira ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa, denotando que, apesar da identificação como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde, a usuária relata que a procura ao serviço está associada a outras variáveis que não o vínculo com o profissional ou a qualidade da assistência.

Onde pode-se inferir que o hábito de procurar ou não serviços de saúde em casos de necessidades podem estar relacionado tanto aos fatores culturais quanto às dificuldades para o acesso aos serviços (VIEIRA; GAZZINELLI, 2010).

Dessa forma, vários estudos têm avaliado os motivos que levam a população a escolher o local para acompanhamento de saúde, estando entre os mais referidos a proximidade da moradia (LEÃO; CALDEIRA, 2011), por ser um local definido, a procura por este serviço ocorre independentemente de quem vai atender (RIBEIRO; ROCHA, RAMOS-JORGE, 2010), por possuírem cadastros no serviço, além de ser a única opção em serviços de saúde na comunidade (VIEIRA; GAZZINELLI, 2010), sua escolha como o principal serviço utilizado independente da disponibilidade do profissional mais indicado para o atendimento (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O vínculo aos serviços de saúde tanto pode determinar a utilização - se a pessoa já utilizou os serviços de saúde - como também pode estar determinada pela utilização - se é a primeira vez que utiliza - havendo, portanto, uma relação de causalidade reversa entre vínculo e utilização (MENDONZA-SASSI; BÉRIA, 2001). Assim quando 45,4% das usuárias referem não possuir um médico/enfermeira ou serviço de saúde que seja mais responsável por seu atendimento de saúde pode ser em função de ela já ter utilizado o serviço e não gostar do atendimento ou tê-lo utilizado por vezes não suficiente para considerá-lo como referência.

Segundo Ramos e Lima (2003), que estudou usuários de unidade de saúde na região Sul do país, a satisfação com o atendimento e o bom vínculo com o serviço relacionam-se a fatores pertinentes ao acesso e ao acolhimento. Com relação a esses aspectos, a organização do serviço e a competência técnica da maior parte dos profissionais da ESF foram apontadas como fatores preponderantes para a satisfação, enquanto problemas relacionados às condições de espera e fila para atendimento foram apontados como motivo de insatisfação (PRADO, 2005), o que provavelmente esteja presente na realidade de Teresina.

No estudo de Vieira e Gazzinelli (2010) observa-se que analisando os motivos apontados para a não procura, mesmo tendo reportado necessidade de saúde, o maior problema ao acesso dos usuários foi a oferta de serviços ou a falta de profissionais para o atendimento. Também apareceram como impedimentos as dificuldades de acesso geográfico e financeiras, o horário

de funcionamento dos serviços, a disponibilidade do profissional para o atendimento. Dentre os aspectos organizacionais que afetam a disponibilidade de atendimento no serviço local de APS, pode ser citado a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos e o número, muitas vezes insuficiente, de profissionais disponíveis no município.

Um dos atributos derivados da APS avaliado foi a Orientação Comunitária que refere-se ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (STARFIELD, 2004; STARFIELD; SHI, 2009). Assim observa-se que a APS de Teresina em relação a este atributo, conforme a Tabela 2, apresenta uma classificação por parte das usuárias como de baixo escore (<6,6) apresentando diferença estatística significativa ($p < 0,01$).

Tabela 2 - Distribuição do Atributo Derivado “Orientação Comunitária” classificado como Alto e Baixo Escore Geral de APS segundo a situação gestacional. Teresina (PI), maio a julho, 2011.

Características	Alto Escore da APS ($\geq 6,6$)		Baixo Escore da APS ($< 6,6$)		valor-p*
	f	%	f	%	
IG					<0,01
1º trimestre	12	1,2	123	12	
2º trimestre	42	4,1	131	12,8	
3º trimestre	23	2,2	250	24,4	
Não gestante	54	5,3	390	38	

* teste qui quadrado de Pearson para proporção

A diferença, estatisticamente significativa observada neste estudo também foi confirmada por outros autores (VAN STRALEN *et al.*, 2008; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, percebe-se a ausência ou ineficácia de alguns fatores relacionados com a melhor efetividade da orientação comunitária na eSF, como as ações de visita domiciliar realizadas por todos os profissionais, o que facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Quando se analisa os atributos derivados, compostos por orientação familiar e comunitária, observou-se uma significativa dispersão entre os escores alcançados. Todos os escores dos atributos derivados ficaram abaixo do valor central (6,6) determinando um baixo escore médio para APS, onde orientação comunitária apareceu com o segundo menor escore médio e o maior coeficiente de variação.

Em pesquisa realizada por Tavares (2005), a maioria dos familiares relatou ter dificuldades no entendimento das informações prestadas pelo médico da equipe, a vergonha dos pais em perguntar ou dizer que não compreendem o que foi dito pelo profissional de saúde é a principal causa. Esta postura aponta para relações hierarquizadas de forma vertical, o que dificulta o processo de co-construção.

A assistência humanizada deve se dar na combinação dos conhecimentos técnicos de um profissional e de sua capacidade de interação com o outro, que vai desde saber trabalhar em equipe até a forma como interage com quem está sob os seus cuidados. Assim é que a postura profissional torna-se um importante instrumento para a humanização, pois por meio dela pode ocorrer uma maior interação do profissional com o cliente (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE,

2010).

O atributo orientação comunitária que se refere ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços apresentou o segundo menor escore médio e o maior CV=66,04%, demonstrando grande dispersão de respostas, indicando dificuldades de comunicação entre equipe de saúde e usuário.

Nos estudos de Elias *et al.* (2006) e Ibañez *et al.* (2006) a orientação comunitária foi avaliada por 60% dos profissionais como apenas razoável e ruim para os usuários (40%), portanto este atributo também apresentou pontuações baixas, revelando as mesmas dificuldades do enfoque familiar. Resultados semelhantes são encontrados em um estudo realizado em Porto Alegre (RS), onde Oliveira (2007) identificou grande dispersão de resultados encontrados no que se refere à análise de atributos derivados do PCATool.

Orientação para a comunidade implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Corroborando com os dados desta pesquisa, cita-se a comparação entre unidades com e sem Saúde da Família na Região Centro-Oeste do Brasil, na qual o enfoque familiar e à orientação comunitária estão mais presentes nas ESF do que nos centros de saúde e trata-se de uma diferença significativa (VAN STRALEN *et al.*, 2008). Em função dessa realidade, está em curso no Brasil um processo de expansão da Atenção Primária que ampliou o acesso a serviços de APS para mais de metade da população brasileira, despertando interesse internacional. Diante da dimensão deste processo, é essencial compreender suas fragilidades e potencialidades para definir os rumos a serem tomados (FIGUEIREDO, 2011).

Assim, quando se avalia os diferentes aspectos envolvidos na percepção do usuário dos serviços de APS, verifica-se a presença de baixos escores nos componentes do atributo Orientação Comunitária relacionados com a escuta de opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde (5,17; $p < 0,01$), a utilização de pesquisas com os pacientes (3,73; $p < 0,01$) e comunitárias (6,23; $p < 0,01$), participação das organizações comunitárias ou conselhos locais de saúde (1,92; $p < 0,01$) como método para monitorar ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas e estimular maior participação social.

Os achados igualam-se aos de Cunha (2006) e indicam a necessidade de construir, nestas equipes, espaços em que o serviço receba feedback da comunidade como forma de fortalecer a APS desempenhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As usuárias participantes da pesquisa são, em sua maioria, adultos jovens com média de idade de 29,35 anos, casadas, com baixa escolaridade, católicas, se dedicam as atividades domésticas, com uma renda familiar de até dois salários mínimos, e apresentam características sociodemográficas semelhantes à de outros estudos da APS no Brasil.

Um aspecto a se considerar neste estudo se deve ao fato de que os atributos da APS fo-

ram avaliados segundo a percepção das usuárias, e estas tendem a avaliar os serviços de saúde de maneira menos favorável do que quando são avaliados pelos profissionais ou gestores que atuam no serviço; assim sendo é possível que uma abordagem ampliada do processo avaliativo dos atributos da APS registre melhores escores com a inserção de outros atores sociais.

O escore de orientação comunitária ficou bem próximo do esperado para ser considerado como de alto escore pelas usuárias, apresentando uma diferença estatística significativa, refletindo o interesse das equipes em discutir com a população sobre problemas de saúde individuais e da comunidade, no sentido que apontam para uma melhor avaliação dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família.

A maioria das usuárias atribui a unidade de saúde ou serviço de saúde a busca por assistência à saúde, evidenciando o reconhecimento pela população das unidades de saúde como o principal responsável pela prestação de cuidados. Destaca-se também a pouca expressão do profissional enfermeiro e a não associação deste como referência de assistência à saúde; compondo inclusive um percentual menor em relação àqueles que referem não possuir e/ou identificar o serviço como referência.

Faz-se relevante notar que os resultados deste estudo apontam para a necessidade de melhoria de alguns atributos da prática assistencial. Essa melhoria implica em reformulações de aspectos da estrutura e processo para que futuramente possa ser oferecida uma APS de qualidade.

Com a realização deste estudo, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários da APS, pois identificou desvios onde, por meio da avaliação e controle, poder-se-á propor medidas, rever a estrutura e os princípios estabelecidos para qualidade deste modelo de atenção.

Para tal, é preciso assegurar que cada equipe de saúde, independentemente do horário de funcionamento, se responsabilize pelo atendimento de sua população adscrita, mesmo aquelas que funcionam em unidades com mais de uma equipe.

É importante sensibilizar os profissionais de saúde para a garantia da continuidade da assistência oferecida, bem como da importância da presença destes na unidade no dia das consultas.

Estimular ações que aumentem e fortaleçam o vínculo da população adscrita à eSF com a equipe, com o objetivo de as usuárias identificarem o serviço como referência para os cuidados de saúde.

Também sugere-se mudanças na postura da profissional Enfermeira, dentre elas apresentação durante a consulta, para aumentar a associação desta como referência de assistência à saúde, proporcionar o reconhecimento pela população de sua identidade ao vestir branco nas Unidades e a execução de ações que garantam e aumentem sua visibilidade.

Portanto, acredita-se que o PCATool-Brasil constitui-se em uma estratégia válida, pertinente e factível de avaliação e acreditação dos serviços em direção à atenção primária à saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M.; *et al.* Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho de serviços de atenção básica do SUS em nível local. Relatório Final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n.16, p. 39-52, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- CUNHA, C. R. H. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.
- ELIAS, P. E., *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, jul./set. 2006.
- FIGUEIREDO, A. M. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. 2011. 116 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- HARZHEIM, E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [tese]. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004.
- IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. v.11, n.3, p. 683-703, jul./set., 2006.
- LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.16, n.11, p. 4415-23, 2011.
- LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. v.11, n.3, p. 323-334, 2011.
- MENDONZA-SAASI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-32, jul./ago. 2001.
- MOURA, E. R. F.; AGUIAR, A. C. S. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da

família de um distrito de Caucaia - CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

OLIVEIRA, M. M. C. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. 2007. 118 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

PRADO, S. R. L. A. Integralidade: um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos [tese]. São Paulo (SP): EEUSP/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JORGE, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-22, dez., 2010.

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

STARFIELD, B.; SHI, L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore; Johns Hopkins University. 2009.

TAVARES, G. R. Visão sistemática da prematuridade: as interações família e equipe de saúde diante do nascimento de risco [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-502, out., 2007.

VAN STRALEN, C. J.; *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* [online]. v. 24, n. suppl.1, p. s148-s158, 2008.

VIEIRA, S. *Princípios de Estatística*. 1.^a reimpr. da 1.^a ed. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2003.

VIEIRA, E. W. R.; GAZZINELLI, A. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2010.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela confiança e financiamento desta pesquisa.

Vida Ativa em Casa: um trabalho multiprofissional em tempos de pandemia

Active Life at Home: multiprofessional work in times of pandemic

Cristiano Souza da Silva

Bacharelado Educação Física - UNINTER-RS
Professor de Dança Sênior – Ritmos e 60+

Rejane Bonadimann Minuzzi

FEEVALE-ORCID-0000-0001-7516-2520
<http://lattes.cnpq.br/4674158619259559>

André Leonardo da Silva Nessi

<http://lattes.cnpq.br/0128791217639606>

Aide Angélica de Oliveira Nessi

<http://lattes.cnpq.br/8039340494087827>

Marcos Antonio de Oliveira

FEEVALE-ORCID-0000-0003-1883-9640-
<http://lattes.cnpq.br/5088871031412864>

Carolina Antunes

FEEVALE-ORCID-0000-0001-7645-
<http://lattes.cnpq.br/1548879078802029>

Gisele Valério

Assistente Social CRESS nº 8498

Letícia Baggio Conti

Psicóloga CRP nº 0734014

Jaqueline Beatriz Taborda

Coordenadora do CRAS

Maria Alice Corazza

Criadora do método MAC e ginástica na cadeira

DOI: 10.47573/aya.88580.2.29.10

Resumo

O número de idosos tem aumentado gradativamente nas últimas décadas, e com isso, a necessidade quanto às inovações e cuidados com a saúde, conseqüentemente, na busca por atividade física destes, e a possibilidade de uma saudável atrelada a qualidade de vida e bem-estar. Assim, o presente estudo apresenta o projeto Vida Ativa em Casa, desenvolvido em quatro municípios do Noroeste do Rio Grande do Sul, e, que devido a pandemia de Covid19 que ocorre em nível mundial, precisou ser adaptado no que se refere as medidas de segurança. Buscou-se saber se o projeto trouxe benefícios a seus participantes por meio de uma pesquisa qualitativa e de opinião com os participantes do projeto, exclusivamente aos participantes das aulas de dança. Outrossim, discutiu-se brevemente o que é o envelhecimento e uma possibilidade de envelhecimento saudável por meio da realização de atividades físicas, a partir da conceituação da OMS e como estes conceitos aparecem no projeto Vida Ativa em Casa.

Palavras-chave: atividade física. dança. envelhecimento

Abstract

The number of elderly people has gradually increased in recent decades, and with it, the need for innovations and health care, consequently, in the search for physical activity for them, and the possibility of a healthy linked to quality of life and well -be. Thus, this study presents the Active Life at Home project, developed in four municipalities in the Northwest of Rio Grande do Sul, which, due to the Covid19 pandemic that occurs worldwide, needed to be adapted with regard to safety measures . We sought to find out if the project brought benefits to its participants through a qualitative and opinion survey with project participants, exclusively those participating in dance classes. Furthermore, it was briefly discussed what aging is and a possibility of healthy aging through physical activities, based on the WHO conceptualization and how these concepts appear in the Active Life at Home project.

Keywords: physical activity. dance. aging

INTRODUÇÃO

Conforme Miranda, Mendes e Silva (2016), o envelhecimento é um processo que vem aumentando consideravelmente ao longo das décadas, e dessa forma, fazendo com que os idosos sejam olhados de forma distinta há muito tempo. Atualmente, há uma maior preocupação quanto à qualidade de vida deste grupo, principalmente no tocante ao empenho em se manter saudável, ativo, autônomo e independente. A Organização Mundial da Saúde explica o envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, e apresenta o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”, e o envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (OMS, 2005).

O envelhecimento não é um processo fácil de ser explicado, posto que envolve vários fatores – biológicos, físicos, mentais, e ocorre durante a vida toda, e continua acontecendo quando se adentra nele. (MIRANDA, MENDES E SILVA, 2016). Na definição de Nahas (2006), o envelhecimento é considerado um processo gradual, universal e irreversível. O processo de envelhecimento se caracteriza por alterações orgânicas e psicológicas, e nesse momento é importante que haja associação de vários setores e fatores para que seja um período de autonomia e prazeroso.

O processo de envelhecimento resulta, aos poucos, em alterações físicas e psicológicas, às vezes, sociais (STEGLICH, 1992). Quando nos referimos aos aspectos sociais não podemos negligenciar que o aumento do número de idosos no Brasil começa a dar lugar a uma realidade diferente e traz a consciência de que a velhice existe e é uma questão social que pede uma atenção muito grande. O envelhecimento social da população traz uma modificação no status do velho e no relacionamento dele com outras pessoas em função de: crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais (ZIMERMAN, 2000).

Desta forma, a socialização é um aspecto muito relevante na terceira idade, onde é muito comum o idoso sentir-se uma “pessoa marginal” á sociedade, que, em geral, está voltada para interesses diferentes. A dificuldade de inserção grupal leva o idoso a se fechar em seus pares ou isolar-se socialmente, evitando os conflitos que possam surgir desta diversidade de interesses e hábitos entre ele e as gerações mais novas (VIEIRA, 2004).

O isolamento por parte dos idosos é um aspecto social muito comum nessa fase da vida, e foi ainda mais potencializado pela pandemia do COVID-19 iniciada em março de dois mil e vinte, onde esses indivíduos por estar com sua auto-estima comprometida, devido o ambiente em que ele vive e as pessoas com as quais convive desconhecem ou desconsideram o envelhecimento, a partir daí surgem cobranças familiares e sociais, e a pessoa antes ativa, participativa, contribuinte, é isolada (VONO, 2007).

Pont Géis (2003), aponta que nas mudanças físicas no processo de envelhecimento estão na pele, nos músculos, na visão, audição, coração, sistema circulatório e sistema nervoso do sujeito idoso. Dentro das alterações psicológicas, a ansiedade é apontada como o fator mais comum enfrentado nessa fase de envelhecimento (SPIELBERGER, 1981

Mas conforme Harris et. al (2006) nos mostra que a sintomatologia depressiva é um

importante aspecto psicológico advindo do processo de envelhecimento que é considerado um importante preditor de incapacidade, com uma importância primordial no desencadeamento e agravamento do declínio funcional, além de provocar um risco maior de mortalidade e suicídio em casos graves. Há também sintomas relacionados como a perda do sono, perda do prazer nas atividades habituais e sexuais.

Outro aspecto psicológico em que acontece com frequência em idosos são as demências que cursam com sintomas cognitivos e alterações psicológicas e comportamentais que trazem desconfortos e necessidades. Entre as causas gerais que podem promover alterações psicológicas e comportamentais estão: dor, problemas físicos associados a doença, constipação, infecção e prejuízos sensoriais (VIEIRA, 2004).

Para a OMS (2005), idoso é todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento, ou 65 anos em países desenvolvidos. No Brasil, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), idoso é quem tem 60 anos ou acima disso. Segundo o IBGE (2010), em 2030, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo. Contudo, não quer dizer que ao se fazer 60 anos a pessoa está velha, o envelhecimento é um processo complexo e gradual. Tendo um número maior de idosos, as políticas públicas e a preocupação individual deverão propiciar um caminho para que esse processo aconteça da melhor e mais saudável forma possível. (VERAS; CALDAS, 2009).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), dentre vários fatores importantes para um envelhecimento saudável, o estilo de vida adotado pelas pessoas, influencia muito, e dentro desse estilo de vida estão as práticas de atividades físicas. A OMS reconhece a prática de atividades físicas como um dos meios de promoção da saúde e de redução dos fatores de risco para problemas de saúde em idosos, trazendo não só benefícios físicos, mas psicossociais. Todavia, é importante ressaltar que as atividades físicas somente trarão benefícios se realizadas periodicamente.

A atividade física é importante durante todas as fases da vida, mostrando-se ainda mais importante nessa fase de envelhecimento, as quais se não forem realizadas de forma regular, proporcionarão o surgimento tanto nas questões físicas ou fisiológicas, e com isso grande possibilidade do surgimento das doenças degenerativas.

Levando isso em consideração os conceitos trazidos acima e as afirmações evidenciadas, o presente artigo apresenta o projeto “Vida Ativa Em Casa”, desenvolvido no noroeste do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 500 idosos. O projeto foi desenvolvido durante a pandemia do COVID-19 e trabalha com atividades físicas através da dança que envolvem os usuários na sua própria casa, seguindo a recomendação de distanciamento e todos os cuidados necessários.

As aulas são ministradas por um Profissional de Educação Física que busca adaptar os movimentos de dança, com a música que os idosos gostam e de acordo com as possibilidades e especificidades de cada pessoa que faz parte do projeto Vida Ativa em Casa. O intuito é conseguir, nesse momento, desenvolver atividades físicas através de quatro pilares: (1) música que gera a dança, (2) dança que gera o movimento, (3) o movimento que gera o exercício e (4) o exercício promovendo assim a saúde, prevenindo doenças, evitando que os idosos fiquem parados com a questão do isolamento social, sem movimentação, diminuindo o sentimento de

tristeza, refletindo, portanto, em melhor qualidade de vida.

A pandemia do COVID-19, trouxe uma época de incertezas a toda a população, e com isso surgiu a necessidade de abrir novas possibilidades. A paralização de diversas atividades cotidianas, alterou diversos segmentos da nossa sociedade. Essa paralização afetou diretamente as atividades que já eram desenvolvidas com o grupo de idosos. Assim, o projeto “Vida Ativa em Casa” se iniciou, levando a atividade física para a calçada dos idosos. Primeiramente, buscou-se justificar teoricamente os benefícios do projeto, explanando sobre o envelhecimento e as vantagens de realizar atividade físicas através da dança, mostrando o quão importante o projeto se mostra em um momento tão delicado que toda a população está enfrentando. A análise dos resultados foi desenvolvida por meio de uma pesquisa qualitativa e de opinião com os participantes do grupo das aulas de dança, em tempos da Covid-19, utilizando-se todos os protocolos de segurança obrigatórios.

DESENVOLVIMENTO

O objetivo do referido estudo foi analisar como o grupo participante das aulas de dança do projeto Vida Ativa em Casa, estava proporcionando uma melhoria na qualidade de vida dos envolvidos, bem como evitando o sedentarismo e aumento da autonomia, afinal:

“O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano que corresponde ao desgaste fisiológico do corpo, apresentando declínio em vários aspectos. O ponto de corte da faixa etária de idosos pode variar de acordo com o local e a referência adotada” (CAMARGOS; LEHNEN; CORTINAZ, 2019, p. 186).

Conforme Farias e Santos (2012) o envelhecimento populacional acontece em decorrência de mudanças em alguns indicadores de saúde, especialmente da queda da fecundidade, da mortalidade e do aumento da esperança de vida. Entretanto, para que o ser humano alcance o envelhecimento de forma positiva, as oportunidades de saúde, a participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida.

Considerando a realidade de aumento constante da expectativa de vida em todos os países do mundo, encontramos os idosos, os quais vêm buscando, a cada dia, por práticas de hábitos saudáveis e de atividades físicas. Mediante esse contexto, o profissional de educação física precisa estar preparado para atuar com esse público e principalmente saber se reinventar no atual momento.

PROJETO VIDA ATIVA EM CASA

A paralização das atividades em virtude da COVID-19, afetou diretamente as atividades presenciais que eram desenvolvidas por projetos com idosos. Projetos que trabalhavam diretamente com grupo de risco ficaram em isolamento, sem poder participar de qualquer ação que envolvia aglomeração por orientação do Ministério da Saúde. Assim foi reinventada a estrutura de desenvolvimento para conseguirmos continuar nosso trabalho criando o “Vida Ativa em Casa”.

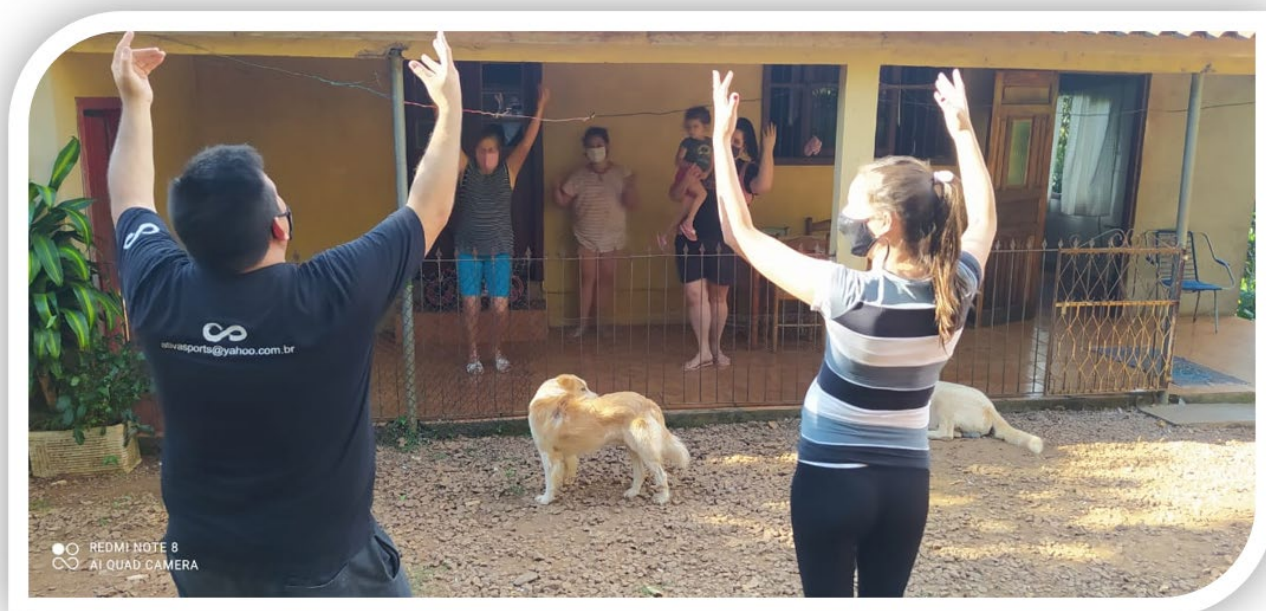
Preocupados com esta situação, o projeto é uma alternativa que visa fortalecer o vínculo, principalmente com o público da Terceira Idade, o qual está em isolamento social. O projeto

atende a algumas prefeituras do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, atuando em especial com idosos atendidos pelo CRAS – Centro de referência da Assistência Social vinculados as Secretarias Municipais de Saúde. Entre eles nos municípios de Relvado, Encantado, Putinga e Pouso Novo, localizados no Vale do Taquari.

São atendidos em torno de 500 idosos, nos quatro municípios. O projeto consiste em:

O professor, juntamente com uma servidora do CRAS que é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, vai até a casa do(a) idoso(a), que já foi contatado e o horário do seu atendimento ficou previamente agendado (que por orientação ficará na sua área ou sacada) e com auxílio de uma caixa de som portátil (da calçada, mantendo uma distância significativamente segura) o professor ministra duas danças que trabalham movimentos de braços e pernas, levando até estas pessoas o benefício que a dança, através do movimento, promove.

REGISTROS



Fonte: Os autores (2020)

As aulas são ministradas pelo Acadêmico Bacharel em Educação Física e Professor de Dança Cristiano Souza da Silva que busca adaptar os movimentos de dança, com a música que os idosos gostam e de acordo com as possibilidades e especificidades de cada pessoa que faz

parte do projeto Vida Ativa em Casa. O intuito é conseguir, nesse momento, desenvolver atividades físicas que são muito importantes para promoção de saúde, prevenindo doenças, evitando que os idosos fiquem parados, sem movimentação, espantando a tristeza, refletindo, portanto, em melhor qualidade de vida.

Trabalho realizado pela equipe:

Assistente social: O trabalho desenvolvido pela Assistente Social, visa acompanhar o Profissional de dança assim como ajudar na análise social, com o olhar sensível e apurado, responsabilidade e profissionalismo. A assistente social trabalha com objetivo de orientar as pessoas em situações de desamparo, promovendo seu bem-estar físico, psicológico e social além de através das visitas também ouvir demandas e organizar encaminhamentos junto a Assistência Social se necessário.

Psicóloga: A atividade da psicóloga no projeto Vida Ativa em Casa está voltado para a atenção e prevenção a situações de risco, objetivando atuar nas situações de vulnerabilidade por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições pessoais e coletivas. A psicóloga também realiza uma escuta empática, assim, podendo oferecer de forma mais breve, uma avaliação em casos onde o idoso comece a apresentar início de problemas na saúde mental, como depressão, ansiedade. Diante de algum caso assim, o psicólogo faz o encaminhamento necessário para o processo terapêutico ser completo.

Profissional de Educação Física /Professor de dança: Desenvolve a parte prática e organizacional do projeto. Trabalha na escolha das músicas que vão ser executadas, cria os movimentos específicos para cada ocasião, busca levar através da dança além da promoção da saúde física também a mental. Procura organizar, criar os seus métodos para incentivo motivacional para influenciar na adoção de um estilo de vida saudável e ativo na velhice.

Coordenadora do CRAS: Participa da confecção do cronograma e marcação das visitas que são pré-agendadas. Também tem um papel técnico de referência para todos os profissionais assim como supervisona e participa das ações práticas.

METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano que corresponde ao desgaste fisiológico do corpo, apresentando declínio em vários aspectos. O ponto de corte da faixa etária de idosos pode variar de acordo com o local e a referência adotada”. (CAMARGOS; LEHNEN; CORTINAZ, 2019, p. 186). Conforme Farias e Santos (2012) o envelhecimento populacional acontece em decorrência de mudanças em alguns indicadores de saúde, especialmente da queda da fecundidade, da mortalidade e do aumento da esperança de vida. Entretanto, para que o ser humano alcance o envelhecimento de forma positiva, as oportunidades de saúde, a participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida.

Considerando a realidade de aumento constante da expectativa de vida em todos os países do mundo. Ainda, que os idosos vêm buscando, a cada dia mais, por práticas de hábitos saudáveis e de atividades físicas, o profissional de educação física precisa estar mais preparado

para lidar com esse público. Assim, este estudo apresentou o projeto Vida Ativa em Casa, buscando entender se os exercícios físicos trazem benefícios para o idoso, principalmente no que se refere a sua autonomia nas tarefas básicas do dia-a-dia.

O conceito de autonomia está relacionado à autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade física e psíquica, assim como suas relações sociais. Pessoas idosas são mais vulneráveis fisicamente e por serem desprovidas de determinados recursos, possuem menos escolhas em suas vidas, o que contribui para não desenvolver amplamente o seu potencial de autonomia (OLIVEIRA; BARBAS, 2013).

O projeto desenvolvido tem levado momentos de descontração, movimentação e alegria aos seus participantes, visto que os mesmos demonstram que sentem melhoras físicas e psicológicas ao serem atendidas, além disso, pretende melhorar a autonomia destes.

A autonomia funcional pode ser compreendida através dos seguintes aspectos: autonomia de ação está relacionada à independência física ou a capacidade de realização de tarefas diárias; autonomia de vontade pertinente a autodeterminação individual; e a autonomia de pensamento, a qual permite a tomada de decisões e os julgamentos. Estudos demonstram que a prática de atividades físicas, orientada para o reforço muscular, melhoria da flexibilidade e do condicionamento aeróbico, tende a oferecer efeitos positivos a autonomia funcional em idosos acima dos 60 anos (RODRIGUES; CADER; TORRES, 2010).

Também tem sido mencionado em outras publicações a redução da ansiedade, depressão e estresse, bem como a melhora do sono, do autoconceito e da auto-imagem (BRAZÃO, 1998; ACSM, 1999; OLIVEIRA FILHO *et al.*, 1999).

Segundo Barsano, Barbosa e Gonçalves (2014, p. 63) “a perda de autonomia para o idoso pelas perdas do papel social pode se dar, porém em um cenário ainda mais doloroso e cruelmente realista, imposto por limitações físicas”. Assim sendo, a preservação da autonomia funcional em pessoas idosas está relacionada ao padrão de atividade física exercida ao longo da vida. Os diversos fatores causados pela perda progressiva da autonomia refletem nos diversos domínios na vida do idoso, gerando consequências como uma motricidade desequilibrada e precária (GUIMARÃES *et al.*, 2008).

Uma das maneiras de contribuir com a autonomia dos idosos são os centros de convivência, que consistem em espaços sócio educacionais que contribuem para a qualidade de vida de seus usuários, principalmente através da realização de atividades preventivas de caráter socioeducativo, promovendo o desenvolvimento e estimulando as potencialidades individuais, além de dar maior autonomia, incluindo socialmente. Os centros de convivência geram inúmeros benefícios ao idoso, tais como: incentivo a integração social, cultura e descoberta de novas atividades; auxílio ao idoso a preencher seu tempo livre praticando relações saudáveis; promover e valorizar o idoso como um cidadão digno (BARSANO; BARBOSA; GONÇALVES, 2014).

Normalmente, os idosos buscam nos centros de convivência a melhoria de aspectos físicos e mentais, por meio da realização de exercícios físicos. Com o passar do tempo, as necessidades aumentam fazendo com que as atividades de lazer, tais como viagens ganhem espaço nesses centros, promovendo sempre a prática de atividades ocupacionais e lúdicas. Logo, as atividades desenvolvidas em centros de convivência geram maior qualidade de vida, autoestima e bem-estar, interferindo diretamente na manutenção da capacidade funcional do indivíduo

idoso. A partir disso, pode-se afirmar que os centros de convivência constituem uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, além de estar saudável (WICHMANN *et al*, 2013).

Considerando que o processo de envelhecimento pode acarretar no declínio da aptidão física e da capacidade funcional, a avaliação da capacidade funcional e da aptidão física em idosos pode orientar intervenções específicas, considerando a importância deste acompanhamento no combate das dependências que podem ser prevenidas e na promoção de uma vida mais ativa. Detectar o grau de dependência do idoso possibilita selecionar intervenções adequadas a serem aplicadas tanto individualmente quanto em grupo, a fim de melhorar a capacidade funcional e, principalmente, o desempenho das atividades da vida diária do idoso (GONÇALVES *et al*, 2010). Ainda, Camara *et al* (2008) diz que a avaliação do nível de capacidade funcional dos idosos pode balizar as intervenções direcionadas a essa população, pois representa o ponto fundamental para a determinação do risco de dependência futura, de complicações ou instauração de doenças crônicas, de probabilidade de quedas, bem como dos índices de morbidade e mortalidade.

Por meio desse projeto está sendo possível constatar os benefícios da atividade física para as pessoas idosas, ficando evidente, especialmente nesse momento de incertezas, da COVID-19, que a prática de atividades físicas pode melhorar a imunidade, reduzindo da ansiedade, depressão e stress assim como auxiliando na autonomia para a realização de atividades diárias, pois faz com que os idosos não parem e consigam realizar os movimentos diários necessários.

Dentre as análises da pesquisa de opinião com o grupo de idosos, os resultados mostraram que 89% participam das aulas de dança, e que a sua participação está ligada ao fato da preocupação em prevenir doenças e melhorar sua imunidade, principalmente como forma de prevenção ao vírus pandêmico. Estes grupos participam das aulas de dança, pela música, sem a preocupação explícita da realização de exercício físico, pois, ao dançarem estarão fazendo uma atividade física de forma prazerosa.

De acordo com o relato da participante de 92 anos:

“Através da dança melhorei muito, me sinto mais leve, alegre, assim como me traz boas lembranças das canções de antigamente que eu dançava nos bailes, matando a saudade, me fazendo esquecer dos problemas os quais estamos vivendo com esse vírus que nos trancou em casa.”

O projeto “Vida Ativa em Casa” trabalha em sua totalidade com música e dança, pois, conforme ensina Leal (2006), a dança vem de modo a contribuir para um melhor envelhecimento e através dos benefícios proporcionados por essa prática é possível envelhecer melhor e com mais disposição, pois é uma das atividades físicas mais completas, e através dela é possível trabalhar o físico, o mental e o social. Situação também defendida por Hashizumi *et al*. (2004), que escreve sobre a importância de o idoso experimentar a existência de suas articulações, o limite de sua força juntamente com o prazer de extravasar suas emoções e seus sentimentos, visto que na terceira idade os indivíduos, às vezes, tornam-se muito reprimidos e limitados.

A dança, ainda, incrementa o conceito de autonomia, conforme Oliveira e Barbas (2013) está relacionado à autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade física e psíquica, assim como suas relações sociais. Pessoas idosas são

mais vulneráveis fisicamente e por serem desprovidas de determinados recursos, possuem menos escolhas em suas vidas, o que contribui para não desenvolver amplamente o seu potencial de autonomia (OLIVEIRA; BARBAS, 2013). Por isso, conforme Hashizumi (2004), os benefícios gerados pela dança são inúmeros, contudo, deve haver um conhecimento específico do professor quanto às limitações de cada integrante, pois os membros dessa faixa etária considerado por muitos como “terceira idade”, são considerados um grupo de risco, onde se deve trabalhar com extrema capacidade e segurança.

Os benefícios trazidos por tais exercícios físicos, conforme Oliveira e Barbas (2013), colaboram com o aumento da autonomia funcional e podem ser compreendidos através dos seguintes aspectos: autonomia de ação está relacionada à independência física ou a capacidade de realização de tarefas diárias; autonomia de vontade pertinente a autodeterminação individual; e a autonomia de pensamento, a qual permite a tomada de decisões e os julgamentos.

A prática de atividades físicas, orientada para o reforço muscular, proporciona melhoria da flexibilidade e do condicionamento aeróbico, e tende a oferecer efeitos positivos na autonomia funcional em idosos acima dos 60 anos (RODRIGUES; CADER; TORRES, 2010).

RELATO DOS PARTICIPANTES E ANÁLISE

“Através da dança notei que melhorei muito para subir e descer as escadas, e também me sinto mais disposta, menos cansada para fazer as tarefas diárias. Notei também que consigo me esticar, levantar da cama com mais facilidade porque com essa pandemia ficamos muito parados.” (Participante do projeto do município de POUSO NOVO-RS com 82 anos).

Considerando que o processo de envelhecimento pode acarretar no declínio da aptidão física e da capacidade funcional, a avaliação da capacidade funcional e da aptidão física em idosos pode orientar intervenções específicas, considerando a importância deste acompanhamento no combate das dependências que podem ser prevenidas e na promoção de uma vida mais ativa. Detectar o grau de dependência do idoso possibilita selecionar intervenções adequadas a serem aplicadas tanto individualmente quanto em grupo, a fim de melhorar a capacidade funcional e, principalmente, o desempenho das atividades da vida diária do idoso (GONÇALVES *et al.*, 2010).

Ainda, Camara *et al.* (2008) diz que a avaliação do nível de capacidade funcional dos idosos pode balizar as intervenções direcionadas a essa população, pois representa o ponto fundamental para a determinação do risco de dependência futura, de complicações ou instauração de doenças crônicas, de probabilidade de quedas.

Aos 84 anos, um idoso do sexo masculino do município de PUTINGA-RS relata sobre alguns benefícios percebidos participando do Projeto:

“Com os movimentos que faço na dança, melhorei meu equilíbrio, pois tem vezes que para fazer os exercícios, precisamos ficar em um pé só, elevar os braços, girar assim como ir para um lado e para o outro, nesse tempo que todo mundo está parado esse trabalho tem me ajudado muito.”

Na cidade de ENCANTADO-RS, a aula de 76 anos relata:

“Essa dança veio na hora certa, pois eu estava me sentindo muito triste, acredito que

ate minha diabetes baixou, estou mais feliz, pois andava triste em não poder sair de casa. Vale muito apena”

Com 85 anos e cadeirante, a aposentada do município de Relvado-RS, destaca:

“Mesmo tendo limitação nas pernas, estou me sentindo muito mais leve, os movimentos que faço de dança com os braços me ajudam muito para que eu possa ficar mais forte para conduzir a cadeira, sem falar na minha felicidade de receber a visita da equipe do CRAS”

Com 51 anos de experiência a autora Maria Alice Corazza no seu livro “Terceira Idade e Atividade Física”(2009) apresenta o quão é importante valorizar a riqueza da vida madura e o privilégio que é trabalhar com o público da terceira idade o qual para quer dizer: LEGITIMIDADE – FELICIDADE – VERDADEIRACIDADE – AUTENTICIDADE – SINCERIDADE – VERACIDADE – ESPECIALIDADE – ALEGRIDADE – E DA AMIGA E COMPANHEIRA IDADE.

Mesmo sabendo dos benefícios que os grupos da terceira idade trazem a população idosa, neste atual momento os encontros não estão acontecendo devido à pandemia do COVID-19. Diante do avanço dos casos detectados em todos os continentes e o risco emergente de agravamento do contágio (BRASIL, 2020), muitos eventos foram cancelados sistematicamente, por causa do risco de transmissão do vírus, evitando assim, grandes aglomerações. Preocupados com esta situação, o projeto é uma alternativa para não perder o vínculo com este público que também está sofrendo muito com o isolamento social.

Por fim, foi possível constatar os benefícios da atividade física para as pessoas idosas, especialmente nesse momento de incertezas da pandemia da COVID-19. A prática de atividades físicas, através da dança pode melhorar a imunidade, bem como incrementar a autonomia para a realização de atividades diárias, pois faz com que os idosos não parem e consigam realizar os movimentos básicos necessários para a vida diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atividade física pode ser considerada qualquer movimento corporal que tenha como resultado um gasto energético maior do que quando o corpo está em repouso. Assim, exercício físico é toda atividade física planejada que visa melhorar a aptidão física. É na velhice que ocorrem alterações físicas e metabólicas e dessas alterações podem surgir complicações de saúde, diminuição da autonomia. Dessa forma, quando os idosos se movimentam, reduzem consideravelmente o risco do surgimento de tais complicações. Logo, a pessoa responsável por poder planejar adequadamente um programa de exercícios é o profissional de educação física, pois é o profissional que conhece os benefícios dos exercícios e a relação de quais exercícios cada idoso pode fazer, conforme suas limitações.

Nesse viés, o projeto Vida Ativa em Casa mostrou-se de extrema relevância para que os idosos possam atravessar o isolamento social em função da COVID-19 de maneira mais ativa e alegre. O projeto busca melhorar o processo biopsicossocial nesse momento, indo até a casa dos idosos, fazendo-os movimentar-se. Para alguns, sendo o único contato com outras pessoas. Sendo assim, a partir dessa revisão bibliográfica e estudo de caso, foi possível analisar a importância da prática regular de atividade física para um envelhecimento saudável, prevenindo não só doenças físicas, mas principalmente a questão psicológica, e ainda facilitando a realização

das tarefas diárias, proporcionando-lhes alguns momentos de descontração e alegria.

Este projeto foi apresentado em um evento da Universidade Feevale- INOVAMUNDI de Novo Hamburgo RS e no 36º Congresso Internacional de Educação Física em Foz do Iguaçu e 'ganhou asas', foi apresentado nesses eventos, outras regiões do país aderiram ao projeto, como por exemplo; Municípios do Brasil - Guanhaes/Minas Gerais, Brochier/RS, Monguagua/SP e Sertãozinho/SP e ainda em João Pessoa/PB. Foi incorporado para pessoas com deficiência, no município de Seberi/RS, onde a 2ª autora deste artigo iniciou um trabalho através de vídeos de dança, chegando com os 4 pilares: (música que gera a dança, dança que gera o movimento, o movimento que gera o exercício e o exercício promovendo assim a saúde) na residência dos alunos da Escola de Educação Especial Cantinho da Esperança, mantida pela APAE.

Espera-se que este projeto continue atingindo essas populações especiais e possibilitem maior qualidade de vida durante o isolamento social, trazendo alento e benefícios para a saúde física e mental dos participantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2004.

BRASIL. Comitê Paraolímpico Brasileiro. Retorno Atividades CPB. Pandemia COVID-19. 2020.

CAMARA, Fabiano Marques. *et al.* Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta fisiátrica*. v. 15, n. 4, 2008.

CAMARGOS, Gustavo Leite; LEHNEN, Alexandre Machado; CORTINAZ, Tiago. Crescimento, desenvolvimento e envelhecimento humano. Porto Alegre: SAGAH, 2019.

CRISTINA, Kelli; BERTOCELLO, Priscila. Dança pra terceira idade, 2004.

FARIAS, Rosimeri Geremias; SANTOS, Silvia Maria Azevedo. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. Santa Catarina, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. *et al.* O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1738-1746, 2010.

HARRIS T., COOK, D. G., VICTOR, C., DEWILDE, S., BEIGHTON, C. Onset and persistence of depression in older people results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*, v. 35, p. 25-32, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). Projeto População no Brasil. 2010.

LEAL, Indara Jubin; HAAS, Aline Nogueira. O Significado da Dança na terceira idade, 2006.

MIRANDA, Gabriela Moraes Duarte. MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.19 no.3 Rio de Janeiro May/June 2016.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina, Editora Mediograf, 4ª edição, 2006.

OLIVEIRA, Maria Zeneida Puga Barbosa; BARBAS, Stela. Autonomia do idoso e distanásia. Revista Bioética. Brasília, v. 21, n. 2, p. 328-337, 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005.

PONT GEIS, Pilar. Atividade Física e Saúde Na Terceira Idade: Teoria e Prática. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

REZENDE, Mônica de; CALDAS, Célia Pereira. A Dança de Salão Promoção da Saúde do Idoso, 2003.

RODRIGUES, Brena Guedes de Siqueira; CADER, Samaria Ali; TORRES, Natáli Valim Oliver Bento. Autonomia funcional de idosas praticantes de pilates. Fisioterapia e pesquisa, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 300-305, 2010.

VERAS RP, CALDAS CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciênc Saúde Coletiva. 2004.

CORAZZA MARIA, SÃO PAULO – SP – Terceira Idade e Atividade Física – 2009

VIEIRA, E. B. Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VONO, Z. E. Enfermagem gerontológica: atenção á pessoa idosa. São Paulo: Senac, 2007.

ZIMERMAN, G. I. Velhice: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Principais causas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão narrativa da literatura

Main causes of admission to a neonatal intensive care unit: a narrative review of the literature

João Paulo Oliveira de Sousa Costa

Bruna Maciel Ribeiro da Silva

Vitor Teles Rodrigues

Nayara Jane Oliveira de Sousa Costa

Priscilla Rodrigues Caminha Carneiro

Vera Gizzelle Menezes Pinheiro

Resumo

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é denominada como o local de tratamento intensivo para neonatos que apresentam condição clínica, pré ou pós-parto, na qual exija cuidado integral do recém-nascido. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar por meio de uma revisão narrativa da literatura as principais causas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Utilizou-se as bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde para a seleção dos artigos, além de bases de dados de revistas eletrônicas. A partir da análise dos artigos encontrados identificou-se que as principais causas de internação de neonatos em UTIN, foram: disfunções respiratórias, prematuridade e baixo peso. Salienta-se que muitos dos neonatos internados apresentaram mais de um diagnóstico no momento da admissão, fato este encontrado em todos os artigos estudados. Ressalta-se ainda, que conforme identificado em alguns estudos, algumas das internações de neonatos em UTIN poderiam ser evitadas caso a assistência da equipe multidisciplinar durante o pré-natal fosse mais eficaz. Portanto, é necessário que haja o incentivo de novos estudos referentes aos principais fatores de internações de neonatos, pois estes se mostram relevantes tanto para a literatura, quanto para o meio acadêmico. Assim, o aprofundamento desse assunto contribuirá para o enriquecimento do conhecimento técnico-científico dos profissionais, assegurando uma assistência de mais qualidade aos recém-nascidos.

Palavras-chave: causas de internação. UTI neonatal.

Abstract

The neonatal intensive care unit is called the place of intensive care for neonates who have clinical condition, pre or postpartum, in which requires comprehensive care of the newborn. The study aims to identify, through a narrative literature review, the main factors that contribute to the admission of newborns to a neonatal intensive care unit. Scielo and Biblioteca Virtual de Saúde were used to select articles, in addition to databases of electronic journals. According to the analysis of the articles found, it was identified that the main causes of hospitalization of neonates in a neonatal ICU were: respiratory disorders; prematurity and low weight. Many of the hospitalized neonates had more than one diagnosis at the time of admission, this information was found in all articles studied. It is emphasized that some of the hospitalizations of neonates in the neonatal ICU could be avoided if the assistance of the multidisciplinary team during prenatal care was more effective. Therefore, it is necessary to encourage new studies regarding the main factors of hospitalization of neonates, as the studies are important both for the literature and for the academic environment. Thus, the deepening of this subject will contribute to the enrichment of the professionals' technical and scientific knowledge, ensuring more quality care for newborns.

Keywords: causes of hospitalization. ICU neonatal.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é denominada como o local de tratamento intensivo para neonatos que apresentam condição clínica, pré ou pós-parto, na qual exija cuidado integral do recém-nascido. A UTIN é destinada a pacientes com idade de 0 a 28 dias e deve possuir condições técnicas adequadas ao fornecimento de assistência especializada, bem como instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012) e (MUCHA *et al.*, 2015).

Conforme Costa *et al.*, (2017) há vários fatores que podem estar relacionados a internação do recém-nascido em uma UTI neonatal, podendo estes serem provenientes da gestação, fatores biológicos, socioeconômicos, entre outros. Por outro lado, Junior *et al.*, (2014) ainda tratam que a internação de um RN pode, inclusive, ser reflexo de imperícias de profissionais, que precisam de uma melhor qualificação. Algumas complicações apresentadas pelos recém-nascidos e que conseqüentemente os levam à uma internação em UTIN, são: prematuridade, baixo peso ao nascer, síndrome do desconforto respiratório, intercorrências causadas na gestação, insuficiência pulmonar crônica e outros fatores.

Nesse contexto, Costa *et al.*, (2014) complementam que mães usuárias de drogas e que não realizaram o pré-natal completo, podem dar à luz a crianças prematuras, com malformações, entre outras patologias que necessitam ser assistidas em uma UTIN. É necessário enfatizar que a prematuridade contribui para complicações mais graves, sendo os problemas respiratórios os mais comuns, pois, de acordo com Coelli *et al.*, (2011) e O'Reilly *et al.*, (2013) esses problemas são advindos da imaturidade de órgãos, como o pulmão, além do baixo peso ao nascer que está relacionado ao baixo tempo gestacional.

Considerando o exposto, Medeiros *et al.*, (2016) referem que os recém-nascidos, principalmente os que apresentam muito baixo peso (RNMBP), em sua maioria são pré-termos, por isso necessitam ser admitidos nas UTI's Neonatais. Dessa forma, os recém-nascidos são expostos diariamente a vários procedimentos invasivos, estando assim em maior suscetibilidade à ocorrência de infecção hospitalar, podendo ser um agravante do seu quadro clínico.

De acordo com o relatório do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2018, na região Norte, o número de nascidos vivos foram de 319.228, sendo que desses nascimentos, 36.630 nasceram com idade gestacional entre 22 a 36 semanas, sendo considerados pré-termos. Nesse sentido, para avaliar as condições de nascimento do recém-nascido, é necessário aplicar um método de avaliação, chamado Escala de Apgar, que de acordo com Oliveira *et al.*, (2012) esta escala é um método utilizado de forma sistemática em hospitais após o nascimento, e identifica os recém-nascidos que precisam de assistência, podendo prevenir possíveis sequelas. Assim, Oliveira *et al.*, (2015) complementam que os valores de Apgar precisam ser avaliados no primeiro e quinto minuto de vida, com uma pontuação geral variando de 0 a 10.

Ainda de acordo com o SINASC, na região Norte, em 2018, das 36.630 crianças que nasceram prematuras, 7.216 obtiveram Apgar de 0 a 7 no primeiro minuto, já no quinto minuto, 2.174 permaneceram com o mesmo índice. Dessarte, Muniz *et al.*, (2016) explicam que quando o índice estiver abaixo de 7, é um sinal de alerta e que requer uma atenção especial ao recém-nascido. Conforme Oliveira *et al.*, (2015) e Damian *et al.*, (2016), em casos de recém-nascidos com baixo peso ao nascer e que apresentam Apgar abaixo de 7 no primeiro e quinto minuto de

vida, indicam um prognóstico ruim para o bebê.

Por conseguinte, Fonseca *et al.*, (2017) relatam que alguns estudos foram realizados para caracterizar os principais fatores de risco de prematuridade baseadas nas características maternas e que conseqüentemente causam complicações ao RN. Dessa forma, os autores identificaram algumas causas, como: parto cesáreo; realização de menos de sete consultas pré-natal; menor idade materna. Oliveira *et al.*, (2015) ainda ressaltam a baixa escolaridade materna, gestação múltipla e pré-natal inadequado.

O presente estudo tem como objetivo identificar por meio de uma revisão narrativa da literatura as principais causas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), a fim de contribuir com o acervo científico e fornecer suporte para o desenvolvimento de futuras pesquisas com essa temática.

MÉTODOS

A questão norteadora proposta para o estudo foi: “Quais as principais causas de internação de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva neonatal?”.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que de acordo com Elias *et al.*, (2012) é uma modalidade de pesquisa que possibilita a construção de artigos onde os autores podem desempenhar análises e interpretações mais críticas e amplas referente a determinado assunto, considerando um ponto de vista teórico ou contextual.

Assim, utilizou-se as bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde para a seleção dos artigos, além de bases de dados de revistas eletrônicas. As publicações foram selecionadas a partir das palavras-chaves: “Causas de internação”, “Uti neonatal”. Os métodos de inclusão contemplaram: publicações originais que fizessem relação com a temática proposta, artigos publicados de 2010 à 2020, além de textos completos disponíveis na íntegra em língua portuguesa. Foram excluídas: publicações incompletas ou que apresentavam apenas resumo, que não estavam disponíveis no idioma proposto, que não se enquadravam com o tema e excluiu-se também artigos publicados anteriormente ao ano de 2010.

No total foram encontrados 6.860 artigos, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, apenas 06 publicações foram consideradas pertinentes a temática proposta neste estudo. Ressalta-se que por ser uma revisão de literatura, não se faz necessário o envio ao comitê de ética e pesquisa (CEP). Os dados analisados foram sintetizados e organizados por meio de gráfico e tabela.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração dos resultados se deu através da análise de seis estudos. Dentre estes, o estudo com maior quantidade amostral é o de Paula *et al.*; (2018), que investigou internações ocorridas por um período de dois anos, já o estudo com menor número de observações e período de tempo é o de Savio *et al.*; (2016), com dezoito amostras em um período de dois meses. Os demais estudos tiveram limitação temporária de um ano.

O estudo de Savio *et al.*, (2016) não apresenta informações a respeito do sexo do público alvo. O total de internações estudadas por artigo e a caracterização do sexo estão dispostos na Tabela 1.

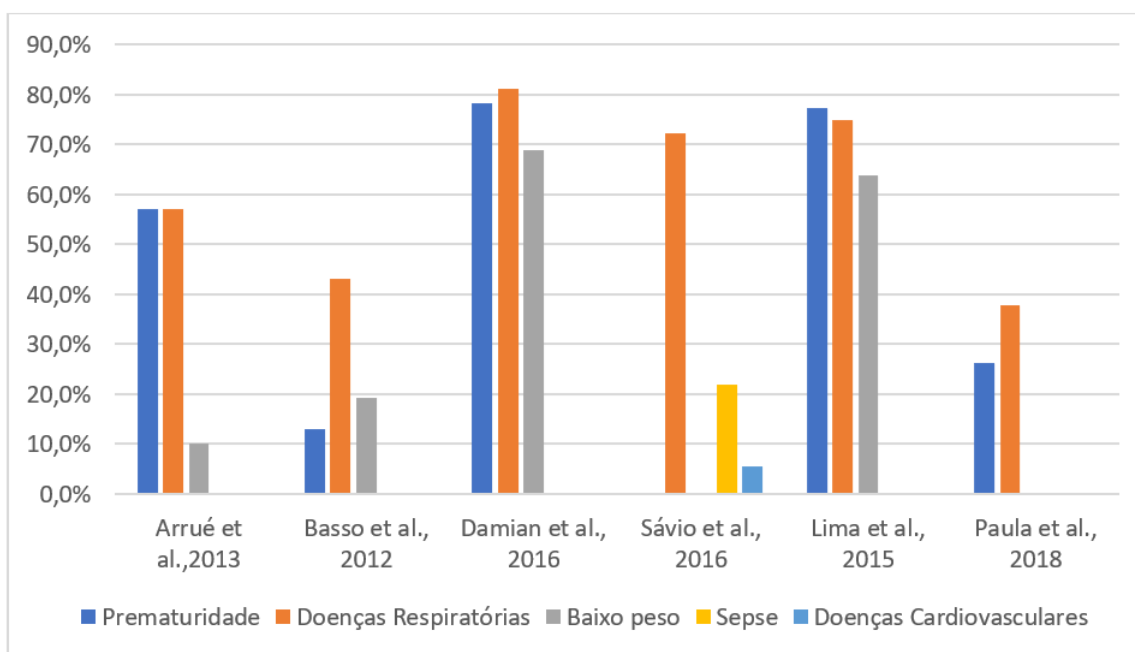
Tabela 1 - Total de amostras por estudo e caracterização por sexo

Autor	Nº de internações	Masculino		Feminino	
		(%)	N	(%)	N
Arrué <i>et al.</i> , 2013	302	58	176	42	126
Basso <i>et al.</i> , 2012	346	52	179	48	167
Damian <i>et al.</i> , 2016	126	58	73	42	53
Sávio <i>et al.</i> , 2016	18	-	-	-	-
Lima <i>et al.</i> , 2015	318	53,1	169	46,86	149
Paula <i>et al.</i> , 2018	948	53,79	510	46,21	438

Fonte: Os autores

Assim, conforme a leitura dos artigos selecionados, identificou-se as principais causas de internação dos recém-nascidos, estes estão descritos no Figura 1.

Figura 1 – Principais causas de internação por estudo (%)



Fonte: Os autores

De acordo com o gráfico, Arrué *et al.*, (2013) realizaram uma pesquisa no prontuário de pacientes internados em uma UTI Neonatal do sul do Brasil com o intuito de fazer a caracterização da morbimortalidade dos recém-nascidos. A amostra constituiu-se de 302 prontuários, sendo que alguns apresentaram mais de uma internação na unidade. Assim, em ordem decrescente, as patologias com maiores incidências foram: prematuridade 57% (172), desconforto respiratório

57% (172) e baixo peso 10% (29).

Outro estudo realizado na mesma região, em um hospital referência no atendimento em saúde para a região centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul, destacou que os distúrbios respiratórios foram a causa primária de internação na UTIN, representando 43,1% (190) das internações. Seguida de baixo peso 19,3% (85), prematuridade 12,9% (57) e outras em menor número. Os autores ainda destacam o desenvolvimento de infecção neonatal durante a estadia na UTIN, o que pode estar relacionado ao pouco desenvolvimento do sistema imunológico do RN associado a realização de técnicas invasivas (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

Ainda no Rio Grande do Sul, Damian, Waterkemper e Paludo, (2016) analisaram 126 prontuários de neonatos internados na UTIN de um hospital da região nordeste do estado. Alguns pacientes apresentaram mais de um diagnóstico no momento da admissão, desta forma, a disfunção respiratória foi a principal causa de internação com 81,1%, seguida da prematuridade com 78,4%, e baixo peso ao nascer com 69%. Os autores ainda relataram sobre a assistência com suporte respiratório, onde o Cateter Extra Nasal teve 76,2% de taxa de utilização, sendo o recurso mais usado.

Com tempo de pesquisa e amostra reduzida, Sávio *et al.*, (2016) realizaram uma pesquisa em 18 prontuários na UTIN de um hospital em Criciúma-SC com o objetivo de definir o perfil clínico dos clientes admitidos. Os motivos de internação dos neonatos na UTI foram em sua maioria relacionados a insuficiência respiratória 72,2% (13), sepse 22% (4) e condições cardiovasculares 5,6% (1). Diferente dos outros estudos analisados, o estudo de Savio e seus colaboradores não apresentaram dados relevantes referentes a Prematuridade e baixo peso. O tempo de permanência na unidade foi em média 7,9 dias, onde 33,3% da amostra fizeram uso de ventilação mecânica por em média 1,9 dias; outros 61,1% utilizaram o capuz de O².

Nesse sentido, na região norte do Brasil, na Santa Casa de Misericórdia do Pará, a análise de 318 prontuários de neonatos permitiu concluir que a principal causa de internação na unidade foi a prematuridade, representando 77,04% (245) das internações. Ressalta-se que na admissão alguns clientes tiveram mais de um diagnóstico. Assim, as afecções respiratórias estavam presentes em 74,84% (238) internações, seguida de baixo peso com 63,83% (203) e outras patologias em menor representatividade (LIMA *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que o estudo de Lima *et al.*, (2015), ainda apontam que 120 pacientes internados na UTIN evoluíram a óbito, sendo que destes, 49 decorreram de choque séptico, ou seja, apesar de a prematuridade ser a causa primária de internação, 40, 83% dos recém-nascidos faleceram devido ao manuseio incorreto na realização dos procedimentos.

Subsidiando este estudo, Medeiros *et al.*, (2016) referem que no que diz respeito à assistência prestada ao RN, é necessário que o profissional tenha rigor nas técnicas de execução dos procedimentos, observando atentamente os padrões de assepsia, bem como a quantidade adequada de profissionais, para que o atendimento seja desenvolvido de forma satisfatória dentro da unidade de terapia intensiva neonatal. Com isso, compreende-se que as condutas devem ser realizadas com responsabilidade e propriedade por profissionais que estejam capacitados e habilitados, para que os números de intercorrências ocasionadas devido ao manuseio incorreto dos procedimentos, sejam menores.

Seguindo a mesma vertente dos demais estudos, Paula *et al.*, (2018) objetivou traçar

um perfil clínico epidemiológico de neonatos internados em uma UTIN, em Anápolis – Goiás no período de 2016 a 2017, analisando cerca de 948 prontuários. Ao longo da pesquisa, os autores revelaram que as principais causas de internações foram: desconforto respiratório com 37,8% (597) e prematuridade com 26,3% (421). Paula e seus colaboradores ainda ressaltam que outras causas com menores frequências foram encontradas, sendo caracterizadas neste estudo como “outros”.

Assim, observou-se que em todos os artigos analisados, outras doenças foram diagnosticadas nos recém-nascidos, como: distúrbios hematológicos, distúrbios gastrointestinais, distúrbios neurológicos, além da doença da membrana hialina (DMH), Síndrome da Aspiração Meconial (SAM), Hidrocefalia, Taquipnéia Transitória do Recém Nascido (TTRN) entre outras patologias. Destarte, compreende-se que um mesmo RN pode apresentar mais de uma disfunção no mesmo período de internação.

Conforme a leitura dos estudos selecionados para a referente pesquisa, percebeu-se que a prematuridade, doenças respiratórias e baixo peso ao nascer foram as causas mais recorrentes de internações de neonatos. Segundo o estudo de Santos (2018) os índices de prematuridade no Brasil entre os anos 2007 a 2016 vem apresentando números crescentes, e mais expressivos na região norte e nordeste do país. Sendo assim, Lansky *et al.*, (2014) reforçam a necessidade de ações que venham a controlar as infecções que possam causar riscos na gestação, conseqüentemente contribuindo para a prevenção da prematuridade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2020), através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no mês de Março de 2020, no Brasil, 7.466 crianças com faixa etária menor que 1 ano foram internadas tendo como causa doenças do aparelho respiratório, sendo que deste número, 771 são provenientes da região Norte. Tais dados corroboram com os resultados dos artigos citados acima, enfatizando o número crescente de casos de internações referentes a doenças respiratórias.

No que diz respeito ao baixo peso, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2018, no Brasil, nasceram 250.418 crianças com peso que varia de 500g a 2499g, sendo que deste número, 24.260 são provenientes da região Norte. Salienta-se que os dados referentes à internação de prematuros não foram encontrados.

Em relação as doenças respiratórias, a que mais acomete os recém-nascidos pré-termo (RNPT), é a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), sendo esta também uma das principais causas de óbito em RN com insuficiência respiratória e em prematuros de muito baixo peso (PRINGEZI *et al.*, 2008, RACHURI *et al.*, 2017, ZHOU *et al.*, 2017). Dessa forma, ressalta-se que é necessário que a equipe multidisciplinar forneça uma melhor assistência, principalmente durante o pré-natal, pois ao longo da gestação tanto o feto quanto a gestante são avaliados, seja por meio de exames ou consultas, o que permite conhecer de forma precoce possíveis agravos à gestação e parto, podendo intervir em tempo hábil para evitar intercorrências prejudiciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços no campo da neonatologia, ainda são altas as taxas de internações em UTI. Como destacado no estudo, as principais causas são prematuridade, distúrbios respi-

ratórios e baixo peso ao nascer. A prematuridade, além de indicação para cuidados intensivos, também é fator desencadeante para outras patologias, visto que o organismo do recém-nascido ainda passa por processo de desenvolvimento e, portanto, não está apto para a vida extra útero. Tal fato explica a ocorrência de mais de uma patologia no momento da admissão na unidade. Outro fator relevante é o tempo de permanência, que deve ser o menor possível a fim de evitar complicações decorrentes de procedimentos invasivos, como a sepse.

Portanto, é necessário que haja o incentivo de novos estudos referentes aos principais fatores de internações de neonatos, pois estes se mostram relevantes tanto para a literatura, quanto para o meio acadêmico. Assim, o aprofundamento desse assunto contribuirá para o enriquecimento do conhecimento técnico-científico dos profissionais, assegurando uma assistência de mais qualidade aos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

ARRUÉ, A. M; NEVES, E.T; SILVEIRA, A; PIESZAK. G.M. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Enfermagem, [s.l], v. 1, n. 1, p. 86-92, jan-abr 2013.

BASSO, C.G; NEVES, E.T; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal.: Revista Texto contexto enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 2, abr-jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [monografia na Internet]. 2.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). 2020.

COELLI, A.; NASCIMENTO, L.; MILL, J.; MOLINA, M. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. Caderno de Saúde Pública, [s.l], v. 27, n. 2, p. 207-18, 2011.

COSTA, A.; JÚNIOR, E.; LIMA, J.; COSTA, F. Fatores de risco materno associados a necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 29-34, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032014000100029&lng=en &nrm=iso. Acesso em: 08 de maio de 2020.

COSTA, L.; ANDERSEN, V.; PERONDI, A.; FRANÇA, V.; CAVALHEIRI, J.; BORTOLOTTI, D. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Baiana de Enfermagem, [s.l], v. 31, n. 4, e20458.

DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal: estudo transversal. Arquivo de Ciências da Saúde, [s.l], v. 2, n. 23, p. 100-105, 2016.

ELIAS, C.; SILVA, L., MARTINS, M., RAMOS, N., SOUZA, M., HIPÓLITO, R. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. Revista eletrônica em saúde mental, álcool e drogas, São Paulo, v.8, n.1, jan-abr, 2012.

FONSECA, S.; FLORES, P.; CAMARGO, P.; PINHEIRO, R.; COELI, C. Escolaridade e idade materna:

desigualdades no óbito neonatal. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], p. 51-94, 2017.

LANSKY, S.; FRICHE, A.; SILVA, A.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.; CARVALHO, M.; FRIAS, P.; CAVALCANTE, R.; CUNHA, A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, 2014.

LIMA, S.; SILVA, S.; AVILA, P.; NICOLAU, M.; NEVES, P. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde Health Sciences*, [s.l.], v. 40, n. 2, p. 62-68, 2015.

MEDEIROS, F.; ALVES, V.; VALETE, C.; PAIVA, E.; RODRIGUES, D. A correlação entre procedimentos assistenciais invasivos e a ocorrência de sepse neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 29, n. 5, p. 573-578, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v29n5/1982-0194-ape-29-05-0573.pdf>.

MUCHA, F.; FRANCO, S.; SILVA, G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina – 2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 201-208, 2015.

OLIVEIRA, C.; CASAGRANDE, G.; GRECO, L.; GOLIN, M. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *Arq. Bras. Ciênc. Saúde*, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 28-32, 2015.

OLIVEIRA, T.; FREIRE, P.; MOREIRA, F.; MORAES, J.; ARRELARO, R.; ROSSI, S.; RICARDI, V.; JULIANO, Y.; NOVO, N.; BERTAGNON, J. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einstein*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 22-28, 2012.

O'REILLY, M.; SOZO, F.; HARDING, R. Impact of preterm birth and bronchopulmonary dysplasia on the developing lung: long-term consequences for respiratory health. *Clin Exp Pharmacol Physiol*, [s.l.], v. 40, n. 11, 2013.

PRIGENZI, M.; TRINDADE, C.; RUGOLO, L.; SILVEIRA, L. Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período 1995-2000. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 93-101, 2008.

RACHURI, H.; OLETI, T.; MURKI, S.; SUBRAMANIAN, S.; NETHAGANI, J. Diagnostic Performance of Point of Care Ultrasonography in Identifying the Etiology of Respiratory Distress in Neonates. *Indian J Pediatr*, [s.l.], v. 84, n. 4, p. 267-70, 2017.

SANTOS, R. Prematuridade no Brasil: Um estudo epidemiológico no período de 2007 a 2016. UFPE. 2018.

Sistema Nacional de Nascidos Vivos [base de dados online]. Brasília: Departamento de Informática do SUS. 2018.

SALGE, A.; VIEIRA, A.; AGUIAR, A.; LOBO, S.; XAVIER, R.; ZATTA, L *et al.* Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 642, 2009.

SÁVIO, J.M.; SANTOS, C.M.S.; SOUZA, R.L.; TOMASI, C. Perfil clínico de neonatos internados em uma uti do sul catarinense. Criciúma: *Revista Inova Saúde*, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 117-128, jul. 2016.

SOUZA, K.; CAMPOS, N.; JÚNIOR, F. Perfil dos recém-nascido submetidos à estimulação precoce de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 523-529, out-dez 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3117/pdf>.

ZHOU, B.; ZHAI, J.; WU, J.; JIN, B.; ZHANG, Y. Different Ventilation Modes Combined with ambroxol in the treatment of respiratory distress syndrome in premature infants. *Exp Ther Med*, [s.l], v. 13, n. 2, p. 629-33, 2017.

Teste de oximetria de pulso para triagem de cardiopatias congênitas e fatores relacionados

Pulse oximetry test for screening for congenital heart disease and related factors

Poliana Marques de Brito

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Luciana Barbosa Pereira

Prof.^a Mestre da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrícia Fernandes do Prado

Prof.^a Mestre da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrícia Lopes Moraes

Pediatra cardiologista infantil e ecocardiografista infantil e fetal - UNIMONTES

Resumo

Introdução: O rastreio de cardiopatias congênitas feito por meio do teste de oximetria de pulso representa um avanço na atenção de saúde neonatal por permitir a tomada de condutas em momento oportuno. **Objetivo:** Conhecer a prevalência e os fatores relacionados às cardiopatias congênitas entre recém-nascidos submetidos ao teste de oximetria de pulso atendidos em uma maternidade do município de Montes Claros, Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal feito a partir de dados secundários submetidos à análise descritiva e bivariada por meio do Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. **Resultados:** Foram avaliados 287 prontuários de recém-nascidos que realizaram o teste de oximetria de pulso, sendo estes, predominantemente, do sexo masculino (54%), de gestação única (91,6%) a termo (71,8%) e adequados para a idade gestacional (77%). A prevalência de cardiopatia congênita na amostra analisada foi de 10,1% (n=32) e o Forame Oval Pérvio representou 43,8% das cardiopatias identificadas pelo teste. **Conclusão:** Este estudo possibilitou mostrar o perfil das cardiopatias congênitas detectadas por oximetria em recém-nascidos da instituição e reforçou a relevância de sua realização no contexto de políticas públicas de saúde. Contudo, novos estudos devem ser realizados no intuito de se investigar fatores associados ao seu aparecimento.

Palavras-chave: recém-nascido. oximetria de pulso. cardiopatia. triagem neonatal.

Abstract

Introduction: Screening for congenital heart disease using the pulse oximetry test represents an advance in neonatal health care, as it allows for the appropriate time to be taken. **Objective:** To know the prevalence and factors related to congenital heart disease among newborns undergoing pulse oximetry testing treated at a maternity hospital in the city of Montes Claros, Minas Gerais. **Methods:** This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study based on secondary data submitted to descriptive and bivariate analysis using the Statistical Package for the Social Sciences version 22.0. **Results:** 287 medical records of newborns who underwent the pulse oximetry test were evaluated, predominantly male (54%), single gestation (91.6%) at term (71.8%) and adequate for gestational age (77%). The prevalence of congenital heart disease in the analyzed sample was 10.1% (n=32) and the Pervious Foramen Oval represented 43.8% of the heart diseases identified by the test. **Conclusion:** This study made it possible to show the profile of congenital heart diseases detected by oximetry in newborns at the institution and reinforced the relevance of its realization in the context of public health policies. However, further studies must be carried out in order to investigate factors associated with its appearance.

Keywords: newborn. pulse oximetry. heart disease. neonatal screening.

INTRODUÇÃO

Cardiopatia congênita é definida como uma anormalidade na estrutura ou função do coração que surge durante o desenvolvimento embrionário, nas primeiras oito semanas de gestação. Essa alteração pode ser detectada ainda na gravidez, a partir do segundo trimestre, ao nascimento ou anos mais tarde^{1,2}. Mostram-se presentes em nove a dez de cada 1.000 nascidos vivos^{1,3}. São reconhecidos alguns fatores de risco para essa condição, como a idade materna, ascendência direta familiar de anomalias congênitas e a exposição a agentes físicos que causam danos ao embrião⁴.

No intuito de favorecer a detecção precoce de algumas doenças congênitas, no Brasil, foi estabelecido o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) pela Portaria Nº 822, de seis de junho de 2001. O PNTN recomenda a realização de testes que são capazes de detectar precocemente um grupo de doenças e alterações que se mostram, em geral, assintomáticas no período neonatal⁵.

A proposta inicial da triagem neonatal foi expandida em 2011 quando foi incluído o “Teste do Coraçãozinho” cuja regulamentação foi estabelecida pela Portaria nº 20, de junho de 2014. A partir de então, a oximetria de pulso, ou “Teste do Coraçãozinho” passou a fazer parte do rol de procedimentos destinados à triagem neonatal no SUS⁶.

Esse exame deve ser realizado no recém-nascido (RN), ainda na maternidade, e consiste na medição da saturação, ou nível de oxigênio, em membro superior e inferior. Havendo saturação abaixo de 95% e diferença maior ou igual a 3% entre os membros deve-se repetir o procedimento de leitura em uma hora e, caso persista pelo menos uma dessas condições, a criança deve permanecer em observação e realizar o ecocardiograma como exame diagnóstico. Se houver saturação maior igual que 95% e diferença menor que 3%, deve-se prosseguir com a rotina neonatal².

Configurando-se como importante causa de morbimortalidade neonatal as cardiopatias congênitas, quando não identificadas e tratadas em tempo oportuno, podem levar o recém-nascido ao óbito em pouco tempo de vida. Portanto, é de fundamental importância que esses recém-nascidos sejam diagnosticados e tratados possibilitando-lhes melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida familiar. Para isso, torna-se necessário aprimorar métodos de investigação e diagnóstico.

Dados de prevalência de cardiopatias em nossa região são escassos, embora o teste de triagem seja realidade no cenário de estudo há pelo menos uma década. Neste sentido, justifica-se à realização do presente estudo que tem como objetivo conhecer a prevalência e os fatores relacionados às cardiopatias congênitas entre recém-nascidos submetidos ao teste de oximetria de pulso atendidos em uma maternidade do município de Montes Claros, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e documental feito por meio de análise de prontuários de recém-nascidos atendidos em uma instituição pública hospitalar do norte de Minas Gerais. Essa instituição atende à população Norte Mineira e do sul da Bahia. Realiza em

média cerca de 170 partos por mês, possui 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e preconiza a realização do teste do coraçãozinho antes da alta hospitalar, feita no mínimo, após 24 horas para mulheres que tiveram parto vaginal e 48 horas para aquelas submetidas à cesariana. A unidade também dispõe de profissionais habilitados e recursos necessários para o seguimento nos casos de testes alterados.

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras analisando-se prontuários disponibilizados pelo Serviço Hospitalar de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) dos recém-nascidos atendidos entre os anos de 2016 a 2018. Para os casos nos quais se detectou alterações procedeu-se à investigação com dados disponibilizados nos registros incluindo a avaliação do laudo de ecocardiograma.

Entre os anos de 2016 e 2017, no município de Montes Claros-MG, ocorreram 12.191 nascimentos⁷. No mesmo período, no serviço, foram realizados 3.606 partos com média de 1.600 partos/ano⁸. Considerando-se a prevalência estimada de cardiopatias congênitas na população de 1%¹. A amostra foi proposta utilizando-se o cálculo amostral para população finita, definido pela fórmula $N = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q$. Considerou-se nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Estabeleceu-se margem de confiança de 10%, considerando o tipo de coleta proposta, de modo que a amostra final foi estimada em de 287 observações.

Para realizar a coleta de dados foi utilizado um roteiro estruturado contendo variáveis clínico-obstétricas como paridade, tipo de parto, tipo de gestação, fatores de risco gestacionais ou clínicos pré-existentes e realização de consultas pré-natais. Quanto ao recém-nascido foram consideradas as variáveis: peso, idade gestacional e a relação peso/idade apresentada por uma das classificações: Adequado para a Idade Gestacional (AIG), Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) ou Grande para a Idade Gestacional (GIG).

Os critérios para inclusão no estudo foram recém-nascidos internados na maternidade e bloco obstétrico da instituição envolvida, que apresentassem prontuários disponíveis no SAME ou por meio eletrônico. Como critérios de exclusão incluíram-se recém-nascidos neomortos (n=13) com até 24 horas de vida e prontuários sem dados de registro do teste de triagem neonatal (n=70).

Após a coleta, os dados foram organizados em um banco de dados e processados pelo Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão Windows 22.0 para Windows. Foi utilizada a análise descritiva simples para todas as variáveis por meio de sua distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) e análise bivariada através do teste qui-quadrado com intuito de verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. Nesta etapa múltipla, as variáveis que apresentaram $p \leq 0, 25$ foram mantidas.

A pesquisa foi autorizada pelos serviços e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, conforme Parecer n° 3.379.294/2019.

RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas, clínico-obstétricas e neonatais estão apresentados na Tab 1. Entre a amostra (n = 287), a idade materna prevalente foi entre 15 a 35 anos representando 85,4% com média de 30 anos. Em relação ao número de partos 44,6% eram primíparas.

O tipo de parto mais frequente foi o vaginal atingindo 53,7% dos nascimentos e a gestação foi única em 91,6% das mulheres. Quanto aos fatores de risco gestacional 74,9% não apresentaram nenhum fator e 25,1% apresentaram fatores de risco como: diabetes mellitus, diabetes gestacional, sífilis, hipertensão arterial, distúrbios hipertensivos da gravidez (DHG), arritmia cardíaca, prolapso valvar, escape mitral, tabagismo, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e Hepatite B. Nove mães apresentaram associação entre dois desses fatores.

Em relação às variáveis ligadas ao RN 54% eram do sexo masculino. A idade gestacional com maior prevalência foi entre a 37^a a 42^a semanas, portanto, classificada como a termo, com 71,8% e com adequada correlação peso/idade (AIG) em 77% dos casos.

O teste de oximetria de pulso não mostrou alterações na maioria dos casos analisados, 89,9%; enquanto 10,1% dos casos apresentaram uma ou mais alterações. Esses resultados estão especificados nas tabelas a seguir.

Tabela1 - Variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais de recém-nascidos submetidos à oximetria de pulso. Montes Claros, MG, 2019. (n= 287)

Variável	Nº	%
Idade		
< 15 anos	2	0,7
15 a 35 anos	245	85,4
36 a 45 anos	37	12,9
Sem registro	3	1,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental	8	2,8
Ensino Médio	35	12,2
Ensino Superior	11	3,8
Sem registro	233	81,2
Cor ou raça		
Parda	215	74,9
Branca	13	4,5
Negra	11	3,8
Amarela	1	0,3
Sem registro	47	16,4
Estado Civil		
Solteira	127	44,3
Casada	146	50,8
Sem registro	14	4,9
Naturalidade		
Montes Claros	212	73,8
Outras cidades	75	26,1
Variáveis obstétricas		
Tipo de Parto		
Vaginal	154	53,7
Cesárea	127	44,3
Sem registro	06	2
Nº de Paridade		
Primípara	128	44,6
Múltipara*	117	40,7

Grande Multípara**	31	10,8
Sem registro	11	3,8
Tipo de Gestação		
Única	263	91,6
Múltipla	24	8,4
Fator de Risco Gestacional		
Sim	72	25,1
Não	215	74,9
Realização de Consultas Pré-Natal		
Sim	156	54,4
Não realizado	10	3,4
Sem registro	121	42,2
Variáveis neonatais		
Sexo		
Masculino	155	54
Feminino	132	46
Relação peso/idade		
AIG (Adequado para a Idade Gestacional)	221	77
PIG (Pequeno para a Idade Gestacional)	32	11,1
GIG (Grande para a Idade Gestacional)	26	9,1
Sem registro	8	2,8
Idade Gestacional		
20 a 30 semanas	05	1,7
31 a 36 semanas	69	24,1
37 a 41,6 semanas	206	71,8
Sem registro	7	2,4
Variáveis do teste de oximetria de pulso		
Realizou o Teste		
Sim	287	100
Resultado Normal		
Sim	258	89,9
Não	29	10,1

Fonte: Dados da Pesquisa.

Multípara* 2 a 3 paridades
Grande Multípara** > que 4 paridades

A tab 2 mostra o perfil das cardiopatias encontradas na amostra, onde a alteração mais frequente foi o Forame Oval Pérvio, com 43,8% dos casos (n=14), diagnóstico evidenciado por laudo do ecocardiograma. Observou-se ainda que alguns dos recém-nascidos apresentaram mais de uma cardiopatia sendo as mais frequentes a associação entre a Insuficiência Tricúspide Discreta e o Forame Oval Pérvio (n=7) e a Comunicação Interventricular e o Forame Oval Pérvio (n= 3).

Tabela 2 - Perfil das cardiopatias congênitas detectadas pelo teste de oximetria de pulso. Montes Claros, MG, 2019. (n=32)

Alteração Encontrada	Nº	%
Forame Oval Pérvio	14	43,8
Persistência do Canal Arterial	2	6,3
Comunicação Interventricular	2	6,3
Comunicação Interatrial	6	18,8
Insuficiência Tricúspide Discreta	6	18,8
Estenose Pulmonar Discreta	1	3
Canal Arterial Pérvio	1	3

Fonte: Dados da Pesquisa

Na Tab. 3 apresenta-se a análise bivariada entre a presença de cardiopatia com variáveis do estudo cujo p valor mostrou-se igual ou inferior a 0,25, posto que não houve associação estatisticamente significativa (p valor < 0,05), segundo o teste de qui-quadrado e razão de verossimilhança. Contudo, optou-se por apresentar esses valores partindo-se do pressuposto de que este também é um resultado a ser considerado ainda que para proposição de novos estudos.

Tabela 3 - Associação entre cardiopatias congênitas com variáveis neonatais e clínico obstétricas entre recém-nascidos de uma maternidade do norte de Minas. Montes Claros, MG, 2019. (n=32)

Variáveis/ Cardiopatias	FOP N %	CIV N %	PCA N %	ITD N %	CIA N %	EPD N %	CAP N %	P
Tipo de Gestação								
Única	1 1	2	2	4	6	0	1	0,104
Múltipla	3	0	0	2	0	1	0	0,104
Idade Gestacional								
Sem registro	0	0	0	0	1	0	0	0,228
22 a 30 semanas	0	0	0	1	0	0	1	0,228
31 a 36 semanas	1	1	0	2	2	1	0	0,228
37 a 41,6 semanas	1 3	1	2	3	3	0	0	0,228

Fonte: Dados da Pesquisa.

Legenda: FOP: Forame Oval Pérvio - CIV: Comunicação Interventricular - PCA: Persistência do Canal Arterial - ITD: Insuficiência Tricúspide Discreta - CIA: Comunicação Interatrial - EPD: Estenose Pulmonar Discreta - CAP: Canal Arterial Pérvio

DISCUSSÃO

As cardiopatias congênitas são consideradas anomalias decorrentes de defeitos anatômicos do coração e/ou dos grandes vasos, causada pelo desenvolvimento embriológico alterado, levando ao comprometimento da estrutura e/ou da função cardíaca. São responsáveis por cerca de 10% dos óbitos infantis e há um aumento de 30% da mortalidade nos casos quando a doença não tem diagnóstico ao nascimento¹.

Neste estudo o Forame Oval Pérvio apresentou a maior frequência entre as cardiopatias neonatais (n=14). Essa alteração é devido a um shunt que ocorre da esquerda para a direita, ou da direita para a esquerda. Em RN normais, pequenos shunts da esquerda para a direita podem prevalecer nos primeiros dias de vida, sendo um achado praticamente normal. Após o nascimento, há o aumento do retorno venoso pulmonar que eleva a pressão do átrio esquerdo e empurra a valva da fossa oval contra a região do limbo. Este fato explica a presença de shunt da esquerda para a direita nos primeiros dias de vida. Gradualmente este orifício vai se fechando, sendo que em alguns ele permanece aberto até a vida adulta⁹.

Entre os recém-nascidos pré-termo a magnitude deste shunt pode ter repercussão hemodinâmica, principalmente se houver presença de canal arterial pérvio⁹. Neste estudo um dos casos de forame oval foi detectado em um RN prematuro, conforme demonstrado na Tab. 3.

A importância de se fazer o rastreio ainda no hospital explica-se pela possibilidade de aumentar as chances de um tratamento eficaz e em tempo oportuno para uma intervenção adequada. Para isso foi proposto o PNTN que recomenda a realização de testes que são capazes de detectar, precocemente, um grupo de doenças e alterações, em geral assintomáticas no período neonatal, porém, potencialmente causadoras de irregularidades durante o crescimento e desenvolvimento das crianças acometidas, intervindo na redução da morbimortalidade infantil e/ou na melhoria da qualidade de vida dessa população⁵.

Contudo, na busca por casos elegíveis ao estudo notou-se a falta de informação sobre a realização ou não do teste de triagem em cerca de 10% dos prontuários investigados, o que evidencia a necessidade de ações de conscientização da equipe sobre a importância desse aspecto. Fica a dúvida quanto à realização ou não do teste de triagem para aqueles neonatos.

Vale destacar que, no Brasil, nascem aproximadamente 28 mil crianças com problemas cardíacos e pelo menos 23 mil irão necessitar de alguma intervenção cirúrgica, mas, infelizmente, cerca de 18 mil (78%), não recebem o tratamento adequado, principalmente pela falta do diagnóstico oportuno ou de vagas na rede pública^{10,11}.

Nesta pesquisa houve maior índice de alterações em recém-nascidos entre 37 e 41,6 semanas (n=18). Esse achado diverge de estudo que aponta recém-nascidos prematuros como os mais vulneráveis à cardiopatia congênita. Essa correlação é associada ao fato de a prematuridade estar habitualmente associada à outras patologias ou condições inerentes à sua condição, o que pode agravar ainda mais a evolução desses pacientes¹².

As cardiopatias congênitas apresentam alguns fatores de risco, como idade materna em extremos da vida reprodutiva e fatores clínicos ou obstétricos maternos como diabetes, tabagismo, familiares de ascendência direta portadores de anomalias congênitas e exposição à agentes físicos que causam danos ao embrião¹³. Na presente investigação não houve associação estatisticamente significativa entre fatores de risco gestacionais e a presença de cardiopatia e esse achado pode ser consequente ao fato de que mais de 90% das malformações cardíacas ocorrem em fetos sem qualquer fator de risco¹⁴.

A assistência pré-natal permite a detecção precoce e a tomada adequada de condutas referentes aos casos de cardiopatia, bem como orientar as melhores práticas/hábitos de vida às gestantes em um contexto de promoção da saúde. Por isso, assume relevante papel na prevenção de alterações cardíacas. O diagnóstico no pré-natal também estimula melhor seguimento

dos casos possibilitando melhor acompanhamento. No presente estudo em pouco mais da metade os casos (54,4%) observou-se que as mães realizaram pelo menos as seis consultas de pré-natal, número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde^{11,21}.

Cerca de 15% das cardiopatias congênitas são diagnosticadas ainda no pré-natal¹⁵. E essa possibilidade reforça a importância de se realizar a ecocardiografia fetal em gestantes. Quando houver suspeita de cardiopatia fetal pelo ultrassom, a mãe deve ser encaminhada ao cardiologista pediátrico, para realizar a confirmação do diagnóstico e se decidir a melhor conduta, como o planejamento do parto em condições seguras e em um hospital de referência, com os recursos necessários disponíveis¹⁶.

Os defeitos cardíacos congênitos podem provocar ou não cianose, e dessa forma as cardiopatias congênitas neonatais são classificadas em cianóticas e acianóticas¹⁷⁻¹⁹. Neste estudo, as cardiopatias acianóticas encontradas foram a Comunicação Interatrial (18,8%) e a Comunicação Interventricular (6,3%) e Persistência do Canal Arterial (6,3%). Entre as cardiopatias cianóticas foi encontrada a Insuficiência Tricúspide Discreta (18,8%). Outra forma de classificação das cardiopatias propõe dividi-las em três categorias: leve, grave e muito grave²⁰. Neste estudo a maioria foi classificada como leve.

O tratamento das cardiopatias congênitas irá depender de seu tipo e gravidade. Alguns recém-nascidos com cardiopatias leves não requerem intervenções específicas, pois o quadro tende à involução espontânea. Em outros casos, pode ser necessário o tratamento medicamentoso e/ou cirurgia cardíaca¹⁵. Destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais atuantes no cuidado neonatal, de modo que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível. Essas medidas são fundamentais para a programação e planejamento da atenção à saúde, na perspectiva da melhoria do cuidado, redução de morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida desses recém-nascidos e suas famílias.

Não foi possível correlacionar a presença de cardiopatias à fatores de risco e esse aspecto pode ser percebido como um limitante, posto que não se considerou a totalidade de nascimentos do município. Por isso, novos estudos devem ser feitos com esse intuito.

Estudos longitudinais podem avaliar melhor a sensibilidade do teste de oximetria de pulso na detecção de cardiopatias congênitas, às vezes não perceptíveis no período pós-natal precoce e devem ser estimulados para melhor compreensão dos aspectos clínicos e epidemiológicos característicos do grupo de recém-nascidos com malformações cardíacas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou mostrar o perfil das cardiopatias congênitas em recém-nascidos na instituição estudada sendo possível conhecer que o Forame Oval Pérvio, classificada como leve, foi a cardiopatia mais frequente. A prevalência de cardiopatias na amostra analisada esteve de acordo com o que é apontado pela literatura, mas não houve associação estatisticamente significativa quanto aos fatores envolvidos, o que sugere novos estudos sobre o tema.

Discutiu-se a relevância do teste de oximetria na detecção precoce de cardiopatias congênitas que, quando não identificadas e tratadas em tempo oportuno, podem levar o recém-nascido ao óbito em pouco tempo de vida. Neste estudo a cobertura mostrou-se satisfatória, porém

a qualidade dos registros deve ser aprimorada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 7/2018 - CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Orientações para profissionais de saúde quanto à sistematização e padronização do teste de triagem neonatal para Cardiopatia Congênita Crítica (Teste do coraçãozinho). Acesso em: 25 jul 2021.
2. Felizardo, Thiago. Cardiopatias Congênitas – Shunts da Esquerda para a Direita. PET docs. 2013. Disponível em: <http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_328_desc_CI%C3%ADnica_pagina__subtopico_3_busca>. Acesso em: 19 jul 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: diagnóstico precoce de cardiopatas congênitas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822 de 06 de junho de 2001 – Cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN. Brasília, 2001.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 20 de 10/06/2014. Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2019. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 20 jul 2021.
8. Hospital Universitário Clemente de Faria. Indicadores de Produção. Montes Claros. 2019.
9. Afiune , Jorge Yusef, Leal Morhy Borges Samira Morhy Borges, Andrade. José Lázaro de. Avaliação Ecocardiográfica das Alterações Cardiovasculares Funcionais do Recém-nascido. Revista Brasileira de Ecocardiografia. nº 2 . Abril/Maio/Junho. 2002
10. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Pequenos corações. São Paulo. 2015. Disponível em: <<http://www.pequenoscoracoes.com/cardiopatia-congenita/o-que-e/>>. Acesso em: 7 jun 2021
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: diagnóstico precoce de cardiopatas congênitas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

12. Cheng HH, Almodovar MC, Laussen PC, Wypij D, Polito A, Brown DW, et al. Outcomes and risk factors for mortality in premature neonates with critical congenital heart disease. *Pediatr-cardiol.* 2011;32(8):1139-46.
13. Pinto, Camila Pereira; Westphal, Flávia; Abrahão, Anelise Riedel. Fatores de riscos materno associados à cardiopatia congênita. *J Health Sci Inst.* v. 36, n. 1, p. 34-08. 2018. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2018/01_jan-mar/V36_n1_2018_p34a38.pdf> Acesso em 06 jul. 2021.
14. Peralta CFA, Barini R. Ultrassonografia obstétrica entre a 11 a e a 14ª semanas: além do rastreamento de anomalias cromossômicas. *RevBrasGinecol Obstet.* 2011;33(1).
15. Webb GD, Smallhorn JF, Therrien J, Redington AN. Cardiopatías congénitas. En: Bonow R0, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald E, editores. *Tratado de Cardiología. Texto de medicina cardiovascular. Cardiopatías congénitas.* 9na edición. España: ElsevierEspaña, S.L.; 2013. p. 1430-44.
16. Socesp Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* v 25, n. 3, p. 22-5. 2015
17. Carvalho, R. C. V. Encerramento do Forame Oval Patente: risco ou mais-valia? Dissertação (Mestrado em Medicina). Covilhã – Portugal: Universidade da Beira Interior, 2012. 46 p.
18. Miller RD, et al – *Miller’sAnesthesia* 7 Ed, Philadelphia, 2010.
19. Born, Daniel. Cardiopatia congênita. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 93, n. 6, supl. 1, p. 130-132, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300008 >. Acesso em: 25 jul 2021.
20. Dolk H, Loane M, Garne E, for the European of Congenital Anomalies (EUROCAT). Working Group. Congenital heart defects in Europe: prevalence and perinatal mortality. 2005 to 2005. *Circulation* 2011; 123-841-9.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Perfil das mulheres que sofreram violência em uma cidade do norte de Minas Gerais

Profile of women who suffered violence in a city in the north of Minas Gerais

Pâmera Janaína Ataíde Durães

Enfermeira Graduada pela UNIMONTES

Luciana Barbosa Pereira

Enfermeira Obstetra. Mestre em enfermagem pela UNIFESP-Docente de enfermagem - UNIMONTES

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Enfermeiro Obstetra. Doutor em Enfermagem Pela UNIFESP - Docente Enfermagem UNIMONTES

Theresa Raquel Bethônico Corrêa Martinez

Socióloga e Advogada. Mestre em Desenvolvimento Social pela UNIMONTES

Resumo

Objetivou-se identificar o perfil das mulheres que sofreram violência em uma cidade no norte de Minas Gerais e mapear os tipos de violência ocorridos. Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal, com dados do Registro de Eventos de Defesa Social sobre casos de violência à mulher e dados de internações por violência no Hospital Universitário Clemente de Faria, no período de Janeiro a Dezembro de 2016. Para análise estatística, utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. Foram notificadas 2871 ocorrências de violência, predominante entre mulheres com mais de 25 anos (67,6%), com até 8 anos de estudos (43,6%) e casadas (46,3%). A maioria foi vítima de agressão física (45,5%). 150 mulheres recorreram a serviço de referência hospitalar, por denúncia ou suspeita de violência sexual. Percebe-se a necessidade de sensibilização de profissionais da saúde e gestores de segurança pública e mobilização da sociedade civil para o desenvolvimento de ações conjuntas de prevenção e proteção à saúde da mulher.

Palavras-chave: violência. violência contra a mulher. saúde da mulher. violência doméstica.

Abstract

The objective was to identify the profile of women who were victims of violence in a city in the north of Minas Gerais and map out the types of violence that occurred. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, with data from the Register of Social Defense Events on cases of violence against women and data on hospitalizations resulted by violence at the University Hospital Clemente de Faria, from January to December 2016. For analysis Statistical Package for the Social Sciences version 20.0 was used. A total of 2871 instances of violence were reported, predominantly among women over 25 years of age (67.6%), with up to 8 years of schooling (43.6%) and married women (46.3%). Most were victims of physical aggression (45.5%). 150 women resorted to a hospital referral service, for denunciation or suspicion of sexual violence. There is a need to raise awareness among health professionals and public security managers and mobilize civil society to develop joint actions to prevent and protect women's health.

Keywords: violence; violence against women; women's health; domestic violence.

INTRODUÇÃO

A violência é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação¹.

A violência contra a mulher configura-se como ato ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada e entre as suas especificidades, apresenta o fato de ocorrer, frequentemente, em relações afetivas e envolver dimensões de poder e de gênero².

A violência pode configurar-se como: física, se ofende a integridade ou saúde corporal; moral, representada por atos de calúnia, injúria ou difamação; psicológica se remete aos impactos à saúde emocional, à autoestima ou ao pleno desenvolvimento humano, a partir de condutas como controle, ameaça, constrangimento, perseguição contumaz e humilhação. Além desses tipos temos a violência sexual que, mediante força e/ou ameaça, leva a mulher a participar de relação sexual não consentida ou os casos em que ocorre limitação ou anulação do exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, como forçá-la ao aborto ou ao uso de método contraceptivo. Por fim, a violência patrimonial caracterizada por condutas de retenção, subtração ou destruição de objetos, documentos, bens e valores³.

As questões relacionadas ao gênero permeiam a violência contra a mulher, uma vez que a sua ocorrência se encontra intimamente relacionada aos aspectos culturais envolvidos no modo de ver e valorizar os papéis sociais de mulheres e homens. Em nossa sociedade patriarcal o “direito” masculino ao controle sobre os bens e comportamentos femininos ainda é o modelo predominante, de modo que, quando a mulher desafia esse controle ou o homem se sente ameaçado em mantê-lo, se estabelece um meio favorável ao desencadeamento da violência⁴. Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, a posição desigual das mulheres em relação aos homens é um dos aspectos fortemente associados ao desencadeamento da violência¹.

Nesse cenário, a violência contra a mulher, infelizmente, tem se perpetuado em posição de destaque no Brasil e países latinos e suas consequências podem ser profundas para a saúde das sobreviventes envolvendo consequências imediatas como lesão física, gravidez indesejada, aborto, infecções sexualmente transmissíveis, e duradouras com impactos em sua saúde mental e familiar⁵. Essa realidade é compartilhada com vários países do mundo posto que uma em cada três mulheres sofrem violência física e /ou sexual pelos seus parceiros ou estranhos ao longo de sua vida^{1,5}.

Esses resultados descortinam a gravidade da situação da violência contra a mulher no país e, além de representarem uma violação aos direitos humanos, demarcam um importante problema de saúde pública, uma vez que, aproximadamente, 35% das queixas das mulheres que buscam os serviços de saúde estão associadas a algum tipo de violência, em especial a física^{5,6}.

Ao afetar a saúde individual e coletiva, o fenômeno da violência exige, para sua prevenção e tratamento, a formulação de políticas públicas específicas e a organização de práticas e de serviços peculiares na atenção à saúde, que considerem, entre outros aspectos seu caráter multissetorial e coordenado^{5,7}. Ademais, é preciso considerar que o ao gerar consequências para saúde mental e reprodutiva da mulher pode afetar o bem-estar das crianças e todo o arran-

jo familiar. Assim, os múltiplos fatores envolvidos nesse fenômeno também trazem implicações econômicas e sociais⁸.

Historicamente, entidades sociais e governamentais têm demonstrado preocupação com a questão da violência associada à gênero, e, ainda em 1979, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que visou à promoção na busca da igualdade de gênero e a repressão de quaisquer discriminações⁴.

No Brasil, a década de 70 foi marcada pelo surgimento dos primeiros movimentos feministas organizados e, politicamente engajados, na defesa dos direitos da mulher. A busca dos movimentos de mulheres e de feministas por parcerias com o Estado para a implementação de políticas públicas resultou na criação do Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, na ratificação pelo Brasil da CEDAW em 1984 e na implantação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), em 1985. Vale ressaltar que a criação das Delegacias de Defesa da Mulher foi uma iniciativa pioneira do Brasil, sendo, mais tarde, adotada por outros países da América Latina⁹.

Outra importante medida adotada, no intuito de tentar romper o ciclo de violência no país, foi a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, assim nomeada pelas vivências de uma mulher que sofreu inúmeros episódios de violência doméstica cometidos por seu esposo, tendo como desfecho uma lesão medular⁵. Essa lei trouxe às mulheres mais confiança para denunciar seu agressor e mais transparência para os recursos legais usados para coibi-la, incluindo as medidas protetivas. Como consequência, muitos homens passaram a responder judicialmente por seus atos¹⁰.

A Lei 12.845/2013 que dispôs sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situações de violência sexual definindo que todos os hospitais integrantes da rede do SUS devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social¹¹ também representou um passo importante ao acesso dos serviços às mulheres.

Na região de Montes Claros, foco do presente trabalho, em estudo realizado no período de agosto de 2007 a agosto de 2009 com mulheres que solicitaram intervenção da Polícia na resolução de conflitos domésticos, foram identificados, diariamente, cerca de 8 a 12 casos de violência contra a mulher. Esses dados foram extraídos de Boletins de Ocorrência (BO) arquivados no 10º Batalhão da Polícia Militar de Montes Claros, Minas Gerais¹².

Outro aspecto que merece atenção é que, apesar dos avanços alcançados na abordagem da violência contra a mulher, permanece o desafio do silêncio, uma vez que muitas mulheres continuam a omitir o ato de violência sofrido por medo ou vergonha⁸. Além disso, a ideia da mulher dever obediência ao homem, sobretudo ao esposo, favorece a sua permanência na relação conflituosa⁶.

Um passo importante nesse processo é mapear o problema local, o que permite a investigação de suas similaridades e diferenças em relação às demais regiões. Assim, justifica-se a realização da presente investigação para acrescentar informações pertinentes aos diferentes setores sociais envolvidos nessa temática, o que poderá subsidiar o planejamento real de ações

voltadas à prevenção da violência contra a mulher e ao estabelecimento de políticas de saúde locais mais adequadas, que contribuam para melhor qualidade de vida de nossas mulheres e famílias. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil das mulheres que sofreram violência em uma cidade no norte de Minas Gerais e mapear os tipos de violência ocorridos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos, de modo secundário, de planilhas de dados consolidados pela Polícia Militar de Minas Gerais, gerados dos Boletins de Ocorrência disponibilizados pelo setor de Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) e dados sobre a violência sexual advindos de internações no Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF).

Os cenários desta investigação foram a 11ª Região Integrada de Segurança Pública - RISP e o Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF).

A RISP é situada na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, órgão que abarca a Polícia Militar de Minas Gerais entre outras instâncias. A 11ª RISP foi criada com o fim de proporcionar maior efetividade das ações operacionais da polícia numa mesma área de responsabilidade territorial, garantindo-se unidade de propósitos e apoio mútuo entre as instituições policiais com vistas à convergência de esforços. Diante disso, foi assinada, em 2008, uma resolução conjunta que institui a integração geográfica entre as Polícias Civil e Militar. A 11ª Região de Polícia Militar (RPM) é responsável pelo 10º e 50º Batalhão da Polícia Militar (BPM) situados na cidade de Montes Claros/MG. Esses Batalhões são compostos por quatro companhias, a 145ª e 66ª, do 10º BPM, e a 209ª e 67ª do 50º BPM¹³.

O HUCF, por meio da Maternidade Maria Barbosa, é referência na região para o atendimento dos casos de violência sexual. Esse atendimento ocorre no ambulatório da Maternidade, onde as vítimas são acolhidas, recebem atendimento clínico especializado, atenção psicológica, além de serem encaminhadas para outros serviços referenciados no município. A assistência é prestada por equipe multidisciplinar, formada por médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem e socióloga¹⁴.

A planilha utilizada pela Polícia Militar para notificação dos casos de violência possui variáveis sociais e demográficas como idade, escolaridade, cor ou raça, estado civil, naturalidade, se exerce atividade remunerada e local de residência. Sobre o agressor utilizou-se variáveis disponíveis na ficha como sexo, idade, cor, o tipo de envolvimento com a vítima e o desfecho do caso. Dentre as variáveis da ocorrência estão os tipos e os motivos que desencadearam os atos da violência contra a mulher. Nas fichas disponibilizadas pelo HUCF analisou-se variáveis como idade e o tipo de agressão sofrida.

Para o presente estudo foram considerados todos os eventos registrados entre os meses de Janeiro a Dezembro de 2016 pela Polícia Militar e HUCF. Os dados de interesse para este estudo foram catalogados e lançados por uma das pesquisadoras no Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 20.0 para análise estatística. Os resultados foram constituídos de tabelas de distribuição absoluta e relativa.

Respeitando os aspectos éticos em pesquisa da Resolução 466 de 12 de dezembro de

2012, o projeto de pesquisa foi autorizado pela Polícia Militar e pelo HUCF por meio de assinatura do termo de concordância da realização da pesquisa da instituição e submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob Parecer 2.428.205.

RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 2.871 Boletins de Ocorrência – BO e 150 fichas de atendimento hospitalar às mulheres vítimas de violência sexual (FAHMVS). Os dados dos BO, representaram 100% dos casos de violência notificados por via policial na cidade de Montes Claros/MG, contudo, para a análise do agressor foram considerados 2.361 casos, em função de perda de dados em 510 casos. No mesmo período foram registrados 168 atendimentos hospitalares dos quais 150 foram por violência em mulheres, estes, portanto, incluídos neste estudo.

Conforme demonstrado na Tab.1, que aborda dados sociais, a maioria das mulheres que sofreram violência tinha mais de 25 anos (67,6%), possuía até 8 anos de estudos (43,6%), era parda (63,9%), casada (46,3%), natural de Montes Claros/MG (59%) e exerce atividade remunerada (22,4%). O principal local da agressão foi a sua própria moradia (68,1%) localizada, em sua maioria, em região periférica do município (87% dos casos).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das mulheres que sofreram violência numa cidade da região do Norte de Minas Gerais em 2016, Montes Claros, MG. (N=2871)

Variável	N	%
Idade		
0 a 25 anos	929	32,4
> 25 anos	1942	67,6
Escolaridade		
Analfabeta	36	1,3
Até 8 anos de estudos	1253	43,6
De 8 a 11 anos de estudos	911	31,7
>11 anos	270	9,4
Não informado	401	14,0
Cor ou raça		
Parda	1835	63,9
Branca	503	17,5
Negra	218	7,6
Amarela	5	0,2
Não declarado	310	10,8
Estado Civil		
União Estável	1328	46,3
Solteira	969	33,8
Divorciada	177	6,2
Viúva	87	3,0
Não declarado	310	10,8
Naturalidade		
Montes Claros	1695	59,0
Outras cidades	985	34,3
Não declarado	191	6,7

Ocupação

Estudante	127	4,4
Do lar	283	9,9
Exerce atividade remunerada	644	22,4
Não declarado	1815	63,2

Local da agressão

Moradia	1957	68,1
Via pública	378	13,2
Sem informação	536	18,7

Região da ocorrência

Região Central	198	6,9
Região Periférica	2497	87,0
Sem informação	176	6,1

Fonte: dados de pesquisa

Quanto à natureza da violência, destacaram-se a agressão física (45,5%) e a psicológica (43,7%).

Tabela 2 – Natureza principal dos tipos de violência sofridos por mulheres numa cidade da região do Norte de Minas, Montes Claros, MG (N = 2871)

Variável	N	%
Física	1309	45,5
Psicológica	1257	43,7
Patrimonial	68	2,3
Sexual	42	1,5
Moral	41	1,4
Outros	154	5,6

Fonte: dados de pesquisa

Contudo, observou-se que o número de casos de violência sexual documentados no HUCF foi três vezes maior do que os registrados pela RISP e que para a violência sexual a idade predominante foi menor de 25 anos, conforme Tab. 3.

Tabela 3 – Dados de mulheres assistidas por violência em um Hospital referência de violência no Norte de Minas Gerais em 2016, Montes Claros/MG. (n=150)

Variável	N	%
Idade		
0 a 25 anos	125	83,3
> 25 anos	25	16,7
Tipo de violência		
Sexual	136	90,7
Física	11	7,3
Outras	3	2,0

Fonte: dados de pesquisa

Sobre os motivos que desencadearam os atos de violência, os atritos familiares foram os mais frequentes representando 44,93% dos casos, conforme Tab. 3

Tabela 4 – Motivação da violência sofrida por mulheres numa cidade da região do Norte de Minas Gerais em 2016, Montes Claros/MG (N=2871)

Variável	N	%
Atrito familiar	1290	44,93
Passional	766	26,68
Embriaguez	140	4,88
Briga / atrito	94	3,27
Envolvimento com drogas	72	2,51
Vantagem econômica	25	0,87
Vingança	10	0,35
Inexistente	4	0,14
Preconceito em razão de algum tipo de déficit	1	0,03
Outras causas	186	6,47
Não declarado	283	9,86

Fonte: dados de pesquisa

Quanto aos dados dos agressores, a tabela abaixo mostra que a maioria era do sexo masculino (96,8%), com idade superior a 25 anos (79,7%) e de cor parda (55,9%). Observou-se que em 30,6 % dos casos houve prisão ou apreensão do agressor.

Tabela 5 – Dados sociais dos agressores a mulheres numa cidade da região do Norte de Minas Gerais em 2016, Montes Claros/MG. (N=2361)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	76	3,2
Masculino	2285	96,8
Idade		
0 a 25 anos	480	20,3
> 25 anos	1881	79,7
Cor ou raça		
Parda	1319	55,9
Ignorada	705	29,8
Branca	186	7,9
Negra	148	6,3
Amarela	3	0,1
Tipo de envolvimento		
Autor	2345	99,3
Suspeito	16	0,7
Desfecho		
Sem prisão/apreensão	1631	69,1
Prisão/apreensão	723	30,6
Sem informação	7	0,3

Fonte: dados de pesquisa

A análise possibilitou conhecer o perfil das mulheres que sofrem violência na cidade de Montes claros, na tentativa de melhor estudar as características que envolvem o complexo fenômeno das violências.

Mulheres adultas jovens, com idade superior a 19 anos e em idade reprodutiva são as mais acometidas pela violência¹⁵⁻¹⁸, o que foi confirmado neste estudo em que a maioria das mulheres vítimas de violência possuía 25 anos ou mais. Entretanto, deve-se destacar que a violência, em especial a física e sexual, também acomete crianças e adolescentes. Segundo dados da pesquisa do escolar, de 2015, a violência sexual representou 4% dos casos de violência nesse público.

Entre as mulheres deste estudo a maioria possuía até oito anos de estudos, consoante a outras pesquisas¹⁷⁻¹⁹. Estudo aponta que as mulheres agredidas, mesmo tendo um nível de escolaridade inferior, declaram conhecer a Lei Maria da Penha (Lei n 11.340/06) ainda que só de ouvir falar, e têm opiniões formadas sobre o conteúdo e o impacto dessa Lei²⁰. Por outro lado, a melhor escolaridade pode estar associada a um empoderamento pessoal da mulher, promovendo redução da tolerância à violência àquelas com mais anos de estudos¹⁸.

Em relação à cor, a maioria pertence à etnia parda, corroborando com estudos que mostram que as principais vítimas de violência são pardas ou negras^{17, 20-21}. Todavia, outros estudos apontam que a maioria são brancas^{5-16, 20}. Há uma suposição de que as mulheres negras tendem a denunciar menos os seus agressores²⁰. Evidencia-se a necessidade de investigar as relações entre questões raciais na gênese da violência que ocorre nas relações de intimidade, uma vez que as vulnerabilidades das vítimas se apresentam de formas distintas de acordo com seu gênero, raça e o contexto social no qual estão inseridas¹⁷.

No presente estudo, apesar de abordar a violência contra a mulher e não somente a violência doméstica evidenciou-se que, entre as vítimas houve predomínio de mulheres casadas, achado concordante com outras investigações¹⁸⁻¹⁹. Destaca-se que a visão tradicional de gênero, introjetada como natural em muitas culturas, acaba por apoiar e legitimar este tipo de prática nas relações conjugais, especialmente em relacionamentos com vínculos tradicionais, o que imputa à mulher o risco de assumir uma posição submissa durante as relações, inclusive sexual⁽¹⁹⁾. Outros estudos, porém, demonstraram predominância da violência em mulheres solteiras^{15-16, 20-21}.

Quanto à naturalidade a maioria das mulheres são de Montes Claros, o que pode justificar-se pela localidade do setor de denúncia ser a mesma cidade de residência. Por outro lado, foi representativa a quantidade de mulheres de outras naturalidades, o que pode ser explicado pela cidade ser considerada um polo regional.

Ressalta-se que na variável ocupação, mais da metade das fichas de notificação (63,2%) não disponibilizaram a informação. Entre os registros houve predomínio de mulheres que exercem atividade remunerada, informação concordante com a literatura^{16-17, 20-21}. Contudo, isso não significa que mulheres com atividades remuneradas sejam realmente as mais afetadas, uma vez que esse resultado pode estar associado ao fato de que estas geralmente denunciam seus agressores mais frequentemente, uma vez que gozam de certa autonomia financeira. Mulheres financeiramente dependentes tendem a silenciar-se diante da agressão, por medo do agressor

e das implicações em se fazer a denúncia, ou por falta de condições financeiras para manter-se sozinha²⁰.

A moradia foi o local com maior número de ocorrências descritas pelas mulheres. Esse achado está de acordo com estudo que mostra que o domicílio é o local o mais escolhido por ser resguardado da interferência de outras pessoas, além do agressor contar com o medo e a vergonha de a mulher denunciá-lo²⁰. Em contraste outra pesquisa destaca que a maioria das agressões ocorreu na rua porque predominou violência por agressor desconhecido¹⁶.

Em termos geográficos, as regiões mais periféricas mostraram-se mais favoráveis à violência, confirmando o achado em estudo anterior feito no município que justifica que no centro da cidade há predomínio de estabelecimentos comerciais, por isso o baixo índice de ocorrências².

Quanto à natureza principal dos tipos de violência houve predomínio da violência física, à semelhança do encontrado em outras pesquisas¹⁷⁻¹⁸, embora a violência psicológica também seja citada como a mais comum em outros estudos¹⁹⁻²⁰. Vale salientar que pode ocorrer associação das formas física e psicológica²² o que justifica a diferença mínima entre as variáveis destacadas nesta pesquisa.

A violência física é mais facilmente reconhecida e socialmente considerada a mais perigosa, ao passo que a agressão psicológica é sentida por muitas mulheres como a mais dolorosa, danosa e demolidora. Sendo que, as relações violentas tendem a obedecer a uma escala progressiva durante os anos de relacionamento violento, iniciando com agressões verbais que passam para físicas e/ou sexuais, podendo chegar às ameaças de morte e feminicídio²⁰. A violência sexual, devido à prevalência e às consequências individuais e coletivas, tem sido considerada um problema de saúde pública, porém ainda negligenciado o subnotificado como pode ser observado pela discrepância de dados obtidos entre os diferentes serviços¹⁶.

A análise da motivação da violência mostrou que o atrito familiar é a causa mais frequente para agressão e pode estar relacionada ao uso de álcool e drogas, ciúmes por parte dos parceiros, questões do âmbito doméstico e intenção de separação por parte da mulher²¹.

Esse achado ecoa no fato de que a maioria dos agressores é do sexo masculino. A situação é preocupante e é vista, tanto pela mulher agredida quanto pelo homem autor da violência, como uma questão de gênero em que o masculino prevalece sobre o feminino. As agressões, salvo exceções, sempre vêm de quem detém o poder na relação²⁰. A violência de gênero expressa um ato masculino para aculturação da mulher. Essa cultura que condiciona o sexo masculino à posição de dominador é reflexo de um modelo de patriarcado que tem na violência um atributo próprio da natureza masculina, o que leva os homens a serem os principais autores¹⁷.

O agressor, neste estudo, encontrava-se predominantemente com mais de 25 anos. Existem indícios de relação entre a idade do companheiro e o tipo de violência, demonstrando que agressores com idade superior a 25 anos são quatro vezes mais abusivos verbalmente e duas vezes mais propensos a abusar fisicamente; enquanto os agressores com idade inferior a 25 anos estão mais propensos à violência psicológica. Porém, é provável que a idade, isoladamente, não seja um fator desencadeador de violência contra a mulher²³.

Neste estudo, em alguns casos não foi possível classificar/identificar o causador do dano, permanecendo como suspeito. Além disso, no desfecho do caso não houve em sua maio-

ria a prisão/apreensão do agressor. O que nos leva a refletir sobre a eficácia do sistema em assegurar atendimento oportuno e resolutivo à mulher, o que demanda, entre outros aspectos, a inserção de Políticas Públicas de saúde²⁴.

Novos estudos devem ser feitos no intuito de esclarecer alguns aspectos associados como a atitude de submissão feminina, o papel de cada um dos envolvidos no cenário de agressão e o dos serviços de proteção e apoio às vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher permanece como um problema de grande magnitude o que é reforçado pela proliferação de estudos sobre essa temática. Neste estudo a maioria das mulheres vítimas de violência era de cor parda, apresentava-se em fase reprodutiva, possuía baixo nível de escolaridade, encontrava-se união estável e possuía alguma ocupação remunerada. Foi, majoritariamente, vítima de violência física e/ou psicológica impetrada por parceiro íntimo, na própria residência, o que evidenciou o atributo de gênero como indissociável à violência contra a mulher.

Além disso, este estudo trouxe à tona a falha nos processos de comunicação entre serviços de apoio, uma vez que evidenciou discrepância de dados, e a necessidade de políticas mais coesas no sentido de apoiar a denúncia dos vários tipos de violência, em especial a sexual. Para isso é essencial estabelecer uma relação de confiança e respeito para que a mulher sinta-se acolhida e não julgada. A qualidade do atendimento está relacionada a uma relação solidária, respeitosa e acolhedora, que os profissionais devem estabelecer com as mulheres num momento crítico de suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Violência Contra Mulheres. [Internet] Disponível em <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women> , acesso em 23/07/2021.
2. Romagnoli Roberta Carvalho, Abreu Leila Lúcia Gusmão de, Silveira Marise Fagundes. A violência contra a mulher em Montes Claros: análise estatística. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [Internet]. 2013 Jul [citado 2021 Jul 23] ; 6(2): 282-297. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200010&lng=pt.
3. Guimarães, Maisa Campos e Pedroza, Regina Lucia Sucupira. Violência Contra a Mulher: Problematizando Definições Teóricas, Filosóficas e Jurídicas. Psicologia & Sociedade [online]. 2015, v. 27, n. 2 [Acessado 23 Julho 2021] , pp. 256-266. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>>. Epub May-Aug 2015. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>
4. Leite, Franciele Marabotti Costa et al. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. Revista de Saúde Pública [online]. 2017, v. 51 [Accessed 23 July 2021] , 33. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>>. Epub 10 Apr 2017. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>.

5. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde. Violência Contra a Mulher. Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência Contra a Mulher. 54.º Conselho Diretor 67.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C., EUA 28 de setembro a 2 de outubro de 2015. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y Acesso em 26 de julho de 2021.
6. Paixão Gilvânia Patrícia do Nascimento et al. Women experiencing the intergenerationality of conjugal violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Oct [citado em 2018 mar. 17]; 23(5): 874-879. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500874&lng=en.
7. Siqueira VB. Violência Baseada em Gênero: um Fenômeno Social de Abordagem Interdisciplinar. *Rev enferm UFPE online*. [Internet]. 2016 jan. [citado em 2018 mar. 17]; 10(1):179-84. , jan., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10936/12234>
8. Gomes VLO, Silva CD, Oliveira DC, Acosta DF, Amarijo CL. Domestic violence against women: representations of health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Aug [citado em 2018 mar. 17]; 23(4): 718-724. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400718&lng=en.
9. Rangel CEA, Wenczenovicz TJ. Gênero e Violência: Interfaces com as Políticas Públicas no Estado do Rio Grande Do Sul e Rio de Janeiro. *Barbarói*[Internet], 2016 [citado em 2018 mar. 17]; Edição Especial (47): 144-161. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/9581/6008>
10. Schuh JJ. A lei e as leis: cenários e cenas na aplicação da lei Maria da Penha. *revpsico* [Internet]. 29º de março de 2016 [citado 24º de julho de 2021];6(2):112-7. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/2618>
11. Pinto LSS, Oliveira IMP, Pinto Eduardo SS, Leite Camila BC, Melo AN, Deus MCBR. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 May [citado em 2018 mar. 27]; 22(5): 1501-1508. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501501&lng=en.
12. Romagnoli RC. A Violência contra a Mulher em Montes Claros. *Barbarói*, [Internet]. 2015 [citado em 2018 mar. 27]; 43: 27-47 Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/4815/4407%3E>
13. Secretaria de Estado de Segurança Pública – SESP. Região Integrada de Segurança Pública. [citado em 2018 mar. 27]. Disponível em: <http://www.seguranca.mg.gov.br/ajuda/page/334-Integra>.
14. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. “Afeto”: vítimas de violência sexual atendidas pelo Hospital Universitário criam grupo de apoio [citado em 2018 dez. 01]. Disponível em: <http://unimontes.br/index.php/institucional/2017-03-24-14-41-40/195-2018-07-09-15-20-12/20009-2018-08-31-13-58-42>
15. ROSA JPF, Oliveira MM, Oliveira Filho MM , Fernandes CE, Oliveira E. Violência sexual na

- região do ABC Paulista: retrato de 142 casos. ABCS Health Sci., [Internet]. 2018 [citado em 2018 out. 17]. 43(1): 41-46, 2018. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/994/798>>.
16. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 May [citado em 2018 out. 17]; 29(5): 889-898. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500008&lng=en.
 17. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado em 2018 out. 17]; 32(4): e00062317. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n4/e00062317/pt>
 18. Holanda ER, Holanda VR, Vasconcelos MS, Souza VP, Galvão MTG. Fatores Associados à Violência Contra as Mulheres na Atenção Primária de Saúde. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2108 [citado em 2018 out. 17]; 31(1): 1-9, Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6580/pdf>
 19. Rafael RMR, Moura ATMS, Tavares JMC, Ferreira REM, Camilo GGS, Neto M. Profile of intimate partner violence in Family Health Units. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 Dez [citado 2018 out. 25]; 70(6): 1259-1267. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601259&lng=pt.
 20. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. Rev Enfermagem Escola Anna Nery [Internet]. 2012 [citado 2018 out. 25]; 16(3):435-442. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127723305002.pdf>.
 21. Leite FMC, Bravim LR, Lima EFA, Primo CC. Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor. J. res.: fundam. care. online [Internet]. 2015 [citado 2018 out. 25]; 7(1):2181-2191 Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945029>.
 22. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 out. 25]; 20(11): 3523-3532. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lng=en.
 23. Silva ACLG, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 2018 nov. 15]; 35(4), 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/278-283/pt>
 24. Porto MA. Permanência de Mulheres em Situações de Violência: Considerações de Psicólogas. Psicologia: Teoria e Pesquisa Publica [Internet]. 2014 [citado 2018 nov. 15]; 30(3): 267-276. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n3/04.pdf>

Intervenção multidisciplinar na saúde mental em uma unidade de atenção primária à saúde

Multidisciplinary intervention in mental health in a primary health care unit

Fernanda Castro Silvestre

Psicóloga, Coordenadora do Programa de Saúde Mental, integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Unidade de Atenção Primária à Saúde Regina Maria da Silva Severino.

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1376316435822429>

Tiago Araújo Monteiro

Médico, Integrante da Equipe de Saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde Regina Maria da Silva Severino.

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8680704454514934>

Eveliny Carneiro de Albuquerque

Fisioterapeuta, Interna da Faculdade Estácio Fic.

Fortaleza- Ceará

Resumo

Este trabalho objetiva mostrar os benefícios que o acompanhamento multiprofissional pode proporcionar ao usuário acompanhado por saúde mental em uma unidade básica de saúde. Tendo em vista que a atenção básica é porta de entrada para todos os pacientes, incluindo os que necessitam de cuidados por saúde mental. Deve-se propor uma prática de cuidados integrativos, passando idealmente por uma avaliação multidisciplinar. Com a ação integrada da equipe da estratégia de saúde da família juntamente com o NASF (Núcleo Ampliado à Saúde da Família) foi possível propor uma nova estratégia de organização do atendimento de saúde mental. Por meio da quebra do paradigma de consulta de saúde mental apenas para renovação de medicação controlada foi possível agir de maneira completa no indivíduo, aumentando seu tempo de consulta e trazendo a abordagem multidisciplinar. Isso se deu através de acompanhamento psicológico associado com práticas corporais implementadas pela fisioterapia. Como resultados encontramos melhora significativa da adesão medicamentosa, sendo possível realizar desmame de benzodiazepínicos, os quais constituem medicações com diversas repercussões negativas a longo prazo para o paciente, além de desfazer mitos e tabus envolvendo a compreensão dos pacientes de saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental na atenção básica. interdisciplinaridade. educação em saúde. práticas integrativas em saúde mental.

INTRODUÇÃO

A atenção primária vem desempenhando um papel de suma importância, pois permite o desenvolvimento de práticas de promoção à saúde, ações multidisciplinares, maior integração entre as disciplinas, como também participação da população adscrita em território, não só pelo acompanhamento de doenças, como também a participação em atividades propostas pela unidade de saúde.

Com o envelhecimento da população existe uma tendência natural para aumento de doenças, as de origem mental representam quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo. Isso representa prejuízo no contexto de sofrimento humano e prejuízo econômico (OMS, 2012).

A atenção básica possui como um dos seus princípios o primeiro acesso, incluindo dessa forma aquelas que necessitam de cuidados em saúde mental. Dessa forma, para construção da atenção integral se faz necessário ser resolutivo, identificar risco produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas na perspectiva de plano terapêutico personalizado para cada necessidade (BRASIL, 2013).

As práticas de saúde mental ganham cada vez mais importância no contexto de atenção primária à saúde uma vez que possibilita uma nova forma de cuidado com a vida. Trazendo mudanças positivas na relação de usuários consigo mesmo e com seu tratamento (FABIANE, 2012).

Na perspectiva de cuidados mentais na atenção primária à saúde, objetiva-se a emancipação das pessoas com perturbação mental, com desenvolvimento de ampla gama de serviços com contexto local como terapia comunitárias, desenvolvimento de grupos educacionais (OMS, 2012).

Dentro de um ambiente de acompanhamento multidisciplinar, na unidade básica de saúde é possível colocar o paciente como protagonista sendo capaz de se responsabilizar pelos seus sintomas e controle do seu tratamento. A equipe realiza a construção de plano terapêutico singular com troca de informações entre os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento clínico desse paciente (FABIANE, 2012).

A clínica ampliada ressalta ações multiprofissionais sobre o projeto terapêutico caracterizado como plano de ação composto de intervenções com intenção de cuidado integral à pessoa (BRASIL, 2013).

O NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) potencializa ações práticas de humanização em saúde mental dentro da atenção primária, com produção de novos saberes e ampliação da clínica com atendimento conjunto, discussão de casos clínicos e compartilhamento de informações (BRASIL, 2009).

Ademais, a equipe contribui para ampliar a abrangência e o escopo da atenção básica, bem como sua resolutividade, proporcionando por profissionais de diferentes áreas da saúde, executar de maneira integrada com apoio dos profissionais da equipe da estratégia saúde da família (ESF) (BRASIL, 2013).

Destarte, foi percebido que ao longo dos anos, várias práticas foram implementadas na atenção básica, assim sendo, este trabalho objetiva apresentar uma nova estratégia de aten-

dimento em saúde mental, que por meio de maior integração entre especialidades medicina, psicologia e fisioterapia, foi possibilitado um atendimento mais humanizado, onde o protagonista era sempre o usuário em sua individualidade.

Como objetivos específicos, identificar motivos de inadimplência no dia das consultas reservadas à saúde mental, pois ao faltar o usuário volta em um outro momento e acaba prejudicando o fluxo de atendimento das consultas de urgência para solicitar renovação de receitas, como também observar sua relação com o psicofármaco.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, aplicada somente na microárea 3 do território adscrito da UBS, onde foram levados em consideração, aspectos socioeconômicos, vulnerabilidade social, contexto familiar e principalmente o padrão de consumo de psicofármacos. Para Marconi e Lakatos (2003) “a pesquisa, portanto, é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”.

Fernandes (1991) *apud* Alves e Silva (1992) “A análise qualitativa se caracteriza por buscar uma apreensão de significados na fala dos sujeitos, interligada ao contexto em que eles se inserem e delimitada pela abordagem conceitual do pesquisador [...]”.

As consultas médicas em saúde mental eram realizadas dentro da agenda construída da UBS, duas vezes por semana durante o período de julho de 2018, finalizando em dezembro de 2019.

Cada consulta durava cerca de 25 minutos e eram executadas ao mesmo tempo nas duas salas. Na interconsulta foram abordados temas sobre como estavam os sintomas emocionais do paciente, a aderência do uso da terapia medicamentosa, além de solicitações de exames laboratoriais e encaminhamentos para outras especialidades médicas. A fisioterapia, por sua vez, atuava com liberação miofascial, acupuntura, alongamento corporal, técnicas de respiração, dentre outras práticas integrativas.

As salas utilizadas para realização do processo eram interligadas entre portas laterais, permitindo comunicação dos profissionais entre si. Na primeira sala se dispunham o médico e a psicóloga, na segunda sala a fisioterapeuta.

Os retornos médicos eram marcados ao término da consulta, a princípio de forma bimestral, porém poderiam ser antecipados dependendo da necessidade do paciente ou de outra demanda existente pela análise multiprofissional.

Foram realizadas reuniões quinzenais regulares para elaboração de projetos terapêuticos e discussão de casos clínicos em apoio à saúde mental. Além da consulta médica, alguns pacientes possuíam uma rotina de atendimento particularizado com outros profissionais da equipe multidisciplinar como a fisioterapeuta e psicóloga, integrantes do NASF.

Para a pesquisa bibliográfica, foram utilizados periódicos e revistas dos anos 2003-2016, pertinentes aos temas: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, atuação multidisciplinar, bem como recomendações do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas consultas iniciais em anamneses foi explorado através do histórico do paciente, o que o motivou a iniciar o uso do psicofármaco, seus sentimentos e anseios, sua condição social, se havia apoio familiar para tratamento. Conhecer o que as pessoas pensavam e acreditavam ajudaram a entender suas condutas e sentimentos. A entrevista inicial apresentou grande importância para traçar um novo tratamento medicamentoso, foi possível inferir se o usuário teria adesão à terapêutica e as práticas integrativas ofertadas durante a consulta.

A psicologia comportamental tem como ferramenta fundamental a avaliação funcional, que por defender a unicidade do indivíduo permite o tratamento personalizado e individual, constituindo-se uma estratégia coerente com o Behaviorismo Radical. A partir de uma avaliação inicial, o terapeuta planeja a intervenção, aplica, avalia os resultados e considera o follow-up. Considera, também, a história do paciente, o que permite uma avaliação molar, observando as formas que seu cliente utilizou ao longo da vida para lidar com seus problemas (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Dentre os diagnósticos mais comuns dos pacientes participantes no programa envolviam transtorno de ansiedade associado a episódios depressivos, além de esquizofrenia e retardo mental. Eram pacientes que já possuíam o acompanhamento da unidade básica de saúde por um longo período, porém que tinham a rotina de agendar consulta médica para renovar a medicação controlada em uso, não existindo desta forma uma noção de promoção à saúde.

É conhecido que o uso de benzodiazepínicos sem o acompanhamento adequado traz perigos aos pacientes como efeitos colaterais diversos, risco de dependências e custos sociais. O desmame deve ser proposto através de suporte psicológico adequado e com estratégias não-farmacológicas para enfrentar a ansiedade (NASTASY, et al 2008).

Para grande parcela dos usuários o tratamento com benzodiazepínicos ocorria há muitos anos, sem perspectiva de acompanhamento psicoterapêutico e realização de desmame. A baixa informação acerca do tratamento influenciava diretamente na adesão terapêutica. Alguns poucos prontuários foram alimentados com tentativa de desmame, porém sem sucesso.

Outro ponto a se destacar é que não há preparo suficiente da equipe de saúde da família para lidar com questões como a vulnerabilidade social e inúmeros problemas sociais do usuário, prevalecendo uma fragilidade diante dos problemas trazidos, isso pode conduzir ao profissional da saúde à medicalização social.

A ausência da progressão clínica, avaliações psiquiátricas periódicas e escassa oferta terapêutica, influenciam na manutenção de uma cultura prescritiva. Por esses mesmos motivos, o usuário não percebe a agenda programada de saúde mental como um dia de cuidados oferecido, o que fortalece a prática de renovação de receitas e absenteísmo nas consultas do dia ofertado pela UAPS.

Alguns usuários relataram conhecimento e/ou uso da rede CAPS (Centro de Assistência Psicossocial), porém com longa distância entre consultas, maiores que na atenção primária. Algo que incomodava bastante era a grande rotatividade dos profissionais de saúde, desenvolvendo um sentimento de desamparo. Dessa forma, a alternância pode prejudicar a continuidade das propostas já implementadas, além de ser considerado um fator de desistência do acompanha-

mento na UBS.

Foi percebido que ao decorrer do processo de desmame alguns usuários apresentavam uma auto-regra estabelecida onde muitos não se imaginavam sem o uso da medicação. Portanto, a identificação das relações entre eventos ambientais e as respostas do organismo é o objetivo da análise funcional realizada pela psicologia. O terapeuta procura então identificar o comportamento de interesse, delimitando sua frequência, duração, intensidade, relações com as variáveis ambientais e/ou outros comportamentos, tanto no que tange a situação antecedente, quanto à situação conseqüente. Em outras palavras, antecedentes são entendidos como os estímulos eliciadores ou discriminativos, sendo as operações determinantes com a finalidade de estabelecer regras e autorregras, além da história de vida. Como conseqüência, temos o reforço positivo, o reforço negativo, a punição positiva ou a punição negativa. (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Ainda que bimensais, nos atendimentos eram realizados treinos de habilidades sociais (THS) com fim de promoção à saúde. Caballo (2003), afirma que “as técnicas comumente empregadas podem compreender o fornecimento de instruções, ensaio comportamental, modelação, modelagem, feedback verbal e em vídeo, tarefas de casa, reestruturação cognitiva, solução de problemas, relaxamento” (p.3). Dessa forma, essas intervenções visam modificar elementos comportamentais (ensaio comportamental), cognitivos (reestruturação cognitiva) e fisiológicos (relaxamento). Tais intervenções compreendem o THS, assertividade, empatia, manejo da raiva, dentre outros. Permitindo assim, ampliação do repertório comportamental, que muitas vezes se encontra empobrecido devido histórico de punições e esquivas relatadas em histórico pessoal.

Para desenvolvimento de atividades pela fisioterapia, foi adquirida uma bola suíça, por ser um acessório versátil que permite trabalhar através de exercícios a maioria dos músculos corporais. Dentre as técnicas, foram efetuadas liberação miofascial, utilizando de músicas, massagens relaxantes com pedras quentes, pontos da reflexologia nos pés, identificando gatilhos para relaxar e tratar (BISPO JÚNIOR, 2010).

A fisioterapia trabalhou a cognitiva dos pacientes de forma lúdica, motivando a ida deles à interação em grupos e ao mesmo tempo exercitando memórias, atividades de exercícios livres, possibilitando uma interação ao mundo, convívio com outras pessoas e fortalecimento muscular e mental (BARBOSA; SILVA, 2014).

As reuniões em equipe possibilitaram direcionar uma atenção diferenciada, já que os usuários se sentiam desassistidos. Alguns foram encaminhados ao processo individual, outros para o grupal, assim identificando necessidade.

A partir do processo realizado, pacientes entenderam sobre a complexidade da doença, quebrando tabus e desfazendo mitos sobre doenças mentais, como a que pacientes não podem ter empregos formais, estudar ou ter relacionamentos afetivos. Foi obtida relevância da interação com os usuários de saúde mental com o objetivo da integração com a sociedade e desmistificando o medo que o paciente apresenta durante o período de recuperação mental.

As intervenções em saúde mental devem e podem ser feitas por todos profissionais de saúde que acompanham o paciente na unidade básica, devendo se guiar pela melhora da qualidade de vida por meio da promoção de saúde e não se restringindo somente à cura da doença. Deve ter o olhar cuidado no paciente em suas várias dimensões, construído no cotidiano estraté-

gias para construir o cuidado integral com a saúde do paciente com transtorno mental (BRASIL, 2013).

A integração dos cuidados na atenção primária à saúde através da abordagem multidisciplinar ainda persiste sendo um desafio e discrepante em comparação à segregação dos pacientes com transtorno mental no passado recente. Desejando assim que cada vez mais a sociedade venha oferecer espaços para as particularidades e diferenças individuais, possibilitando que esses pacientes sejam cada vez mais integrados à sociedade em que vivem (FRATESHI *et al*, 2016).

Se faz necessário que a atenção básica possua um pacote mínimo de cuidados incluindo intervenções psicoeducacionais simples e, principalmente, a intermediação de ações intersetoriais. Proporcionando ao paciente com transtorno mental maneiras para exercer sua cidadania e suas atividades sociais (BRASIL, 2013).

Apesar de todo o empenho que a equipe de saúde fazia para atender os pacientes de forma adequada, era notória a grande pressão assistencial que a unidade recebia. A justificativa para tamanha demanda vinha da deficiência profissional da rede de apoio em saúde mental representada pelo CAPS, repercutindo assim no aumento da procura de pacientes na unidade básica de saúde.

Durante o processo foi encontrado melhora do seguimento clínico, da adesão medicamentosa, assiduidade nas consultas de saúde mental. Foi possível observar também diminuição da necessidade do uso de benzodiazepínico, com início de desmame em alguns pacientes, com também o processo de alta. Isso foi possibilitado devido ao acompanhamento na esfera psicológica e com práticas corporais possibilitadas pela abordagem multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro desse contexto de atenção básica, o grupo de saúde mental, por meio das suas atividades com participação multiprofissional, consegue proporcionar maior autonomia do paciente sobre sua doença, tendo assim oportunidade de adquirir maior conhecimento sobre suas emoções e como lidar com elas.

É relevante mostrar que o acompanhamento de saúde mental na unidade básica deve ser uma amplitude maior, envolvendo práticas integrativas multidisciplinares, quebrando a rotina da consulta em saúde mental na unidade básica de saúde ser realizada apenas com o profissional médico.

Consultas médicas com o único e exclusivo objetivo de renovação de medicação controlada deve ser uma prática abolida, tendo em vista que o paciente é um ser complexo influenciado por aspectos biopsicossociais, devendo assim ter uma abordagem multidisciplinar.

O paciente deve ser preparado para ter autonomia, segurança e conhecimento sobre sua doença sendo o protagonista no processo de cuidar. Compreendendo que, se bem acompanhado, possui total capacidade para desenvolver atividades sociais como trabalhar, estudar, realizar atividades de lazer e formar uma família.

O CAPS representando uma rede de apoio para paciente com sofrimento mental, deve

ter maior atenção pela administração pública tendo em vista a falta de profissionais para atender esse tipo de público. A rede de assistência possui potencial de estrutura física e de recursos humanos capaz de desenvolver diversas atividades visando a promoção da saúde mental da população.

REFERÊNCIAS

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli. SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)* (2), Julho 1992. [Acessado 30 Julho 2021]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X1992000200007>>.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1627-1636, 2010.

BARBOSA, Érika Guerrieri; SILVA, Edilene Aparecida Moreira. Fisioterapia na Saúde Mental: Uma revisão de literatura. *Revista Saúde Física & Mental-ISSN 2317-1790*, v. 3, n. 2, p. 12-30, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CABALLO, V. E. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos, 2003.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico*, ISSN 0103-5371, Vol. 47, Nº. 2, 2016, págs. 159-168.

KOHLBERG, R.; TSAI, M. Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas. ESET, São Paulo, 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas, 1996.

MINOZZO, Fabiane *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal: Revista de Psicologia* [online]. 2012, v. 24, n. 2 [Acessado 24 Julho 2021], pp. 323-340. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008>>.

NASTASY, H., RIBEIRO, MARQUES, A.C.P.R. Abuso e dependência de Benzodiazepínicos. Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf. Acesso em 26 jul 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

**Projeto Aplicativo: reestruturação
do Departamento de Educação e
Pesquisa da Autarquia Municipal de
Saúde de Apucarana-PR**

**Application Project: restructuring
of the Department of Education and
Research of the Municipal Health
Authority of Apucarana-PR**

Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina – Londrina/PR

<http://lattes.cnpq.br/3576574791707183>

Rejane Bonadimann Minuzzi

Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior em Novo Hamburgo – Novo Hamburgo/RS

<http://lattes.cnpq.br/4674158619259559>

Resumo

A construção deste Projeto Aplicativo originou-se a partir do levantamento de problemas e posterior desenvolvimento das matrizes. Os fatores apresentados estimularam o desejo de mudanças e a necessidade de elaborar estratégias para reduzi-las, a fim de melhorar a eficiência no processo de educação permanente na AMS e visando a melhoria na qualidade do cuidado, levando a padrões clínicos de excelência, reduzindo os riscos e aumentando a eficiência e eficácia na assistência dos serviços de saúde abrangentes da AMS. A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Visto a importância de tal prática, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Educação Permanente, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, servindo como base também, na construção da proposta de efetivação de Departamento de Educação Permanente da AMS. Atualmente, a AMS possui em seu organograma um Departamento de Educação e Pesquisa, porém não instituído e implementado. Assim, entende-se que o gestor já percebe a importância deste serviço na instituição. A proposta deste PA baseia-se em reestruturar o Departamento de Educação e Pesquisa que articule o processo de educação permanente na Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR, conforme a Política Nacional de Educação Permanente, visando a transformação do processo de trabalho e organização dos serviços, objetivando uma qualificação das práticas de saúde. É necessário recursos técnicos, organizacionais e políticos para o seu enfrentamento, porém a AMS possui apenas recursos técnicos para viabilizar este PA e não dispõe de recursos organizacionais e políticos para execução do processo de Educação Permanente. A partir disso, haverá necessidade de uma negociação cooperativa, onde ambos os lados (gestão e facilitadores) deverão estar predispostos a fazer concessões, sendo que o resultado trará ganhos positivos para todos.

Palavras-chave: projeto aplicativo. educação permanente. Ministério da Saúde.

Abstract

The construction of this Application Project originated from the survey of problems and subsequent development of the matrices. The factors presented stimulated the desire for changes and the need to develop strategies to reduce them, in order to improve the efficiency of the permanent education process at the AMS and aiming at improving the quality of care, leading to clinical standards of excellence, reducing risks and increasing the efficiency and effectiveness in the care of AMS's comprehensive health services. Continuing Education in Health presents itself as a proposal for a strategic action capable of contributing to the transformation of training processes, pedagogical and health practices and for the organization of services, undertaking an articulated work between the health system, in its various spheres of management, and educational institutions. Considering the importance of this practice, the Ministry of Health proposes the National Policy on Continuing Education, for the training and development of workers, also serving as a basis in the construction of the proposal for the establishment of the AMS Department of Continuing Education. Currently, the AMS has in its organizational chart a Department of Education and Research, but not established and implemented. Thus, it is understood that the manager already realizes the importance of this service in the institution. The proposal of this PA is based on restructuring the Department of Education and Research that articulates the process of permanent education in the Municipal Health Authority of Apucarana-PR, according to the National Policy on Continuing Education, aiming at the transformation of the work process and organization of services, aiming at qualifying health practices. Technical, organizational and political resources are needed to face it, but the AMS only has technical resources to make this AP feasible and does not have organizational and political resources to carry out the Continuing Education process. From this, there will be a need for a cooperative negotiation, where both sides (management and facilitators) should be willing to make concessions, and the result will bring positive gains for all.

Keywords: Application Project. permanent education. Ministry of Health.

INTRODUÇÃO

Durante as discussões do GAF e análise do processo de trabalho dos servidores da AMS, observou-se carência de recursos humanos, ausência de estabelecimento de linhas de cuidado e protocolos, incapacidade da gestão do tempo para educação permanente, falta de sensibilização dos gestores e equipe para articulação do processo de educação permanente, conseqüentemente gerando insatisfação dos usuários dos serviços, falha na comunicação, baixa resolutividade na assistência e, principalmente, desmotivação dos profissionais.

Os fatores apresentados estimularam o desejo de mudanças e a necessidade de elaborar estratégias para reduzi-las, a fim de melhorar a eficiência no processo de educação permanente na AMS e visando a melhoria na qualidade do cuidado, levando a padrões clínicos de excelência, reduzindo os riscos e aumentando a eficiência e eficácia na assistência dos serviços de saúde abrangentes da AMS-Apucarana.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Assim, compreende-se que a formação profissional de qualidade deve ter sólida base de formação geral, que não se completa na escola, mas sim dentro do processo evolutivo do ser humano, por meio da educação permanente. Desse modo, ocorre a complementação para a formação integral do indivíduo (LOPES, FREITAS e MACIEL, 2015).

Assim, visto a importância de tal prática, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, servindo como base, também, na construção da proposta de efetivação de Departamento de Educação Permanente da AMS.

A Educação Permanente é vista como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se ligam ao cotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde adotem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a mudança das práticas profissionais e da própria organização do trabalho que sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

CONTEXTUALIZAÇÃO

O município de Apucarana está localizado na região centro-norte do estado do Paraná, com uma população estimada, em 2017, em 132.691 habitantes, sendo a décima-primeira cidade mais populosa do Paraná (IBGE, 2017). A cidade é também conhecida como “Cidade Alta”. O clima do município é classificado como subtropical (IBGE, 2017).

O serviço de saúde municipal está organizado como Autarquia que oferece serviços de atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é composta por 39 Unidades Básicas de Saúde, 07 Unidades de Apoio, 43 equipes de Estratégia Saúde de Família e 04 equipes de Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família. A atenção secundária é composta por Escola

da Gestante, Centro-Infantil, Centro de Especialidades, Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência, Unidade de Pronto Atendimento, Centro de Referência de Atenção Social, Centro de Referência Especializado de Atenção Social, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, Centro de Atenção à Mulher, entre outros. A atenção terciária é composta pelo Hospital da Providência e Hospital da Providência Materno-Infantil.

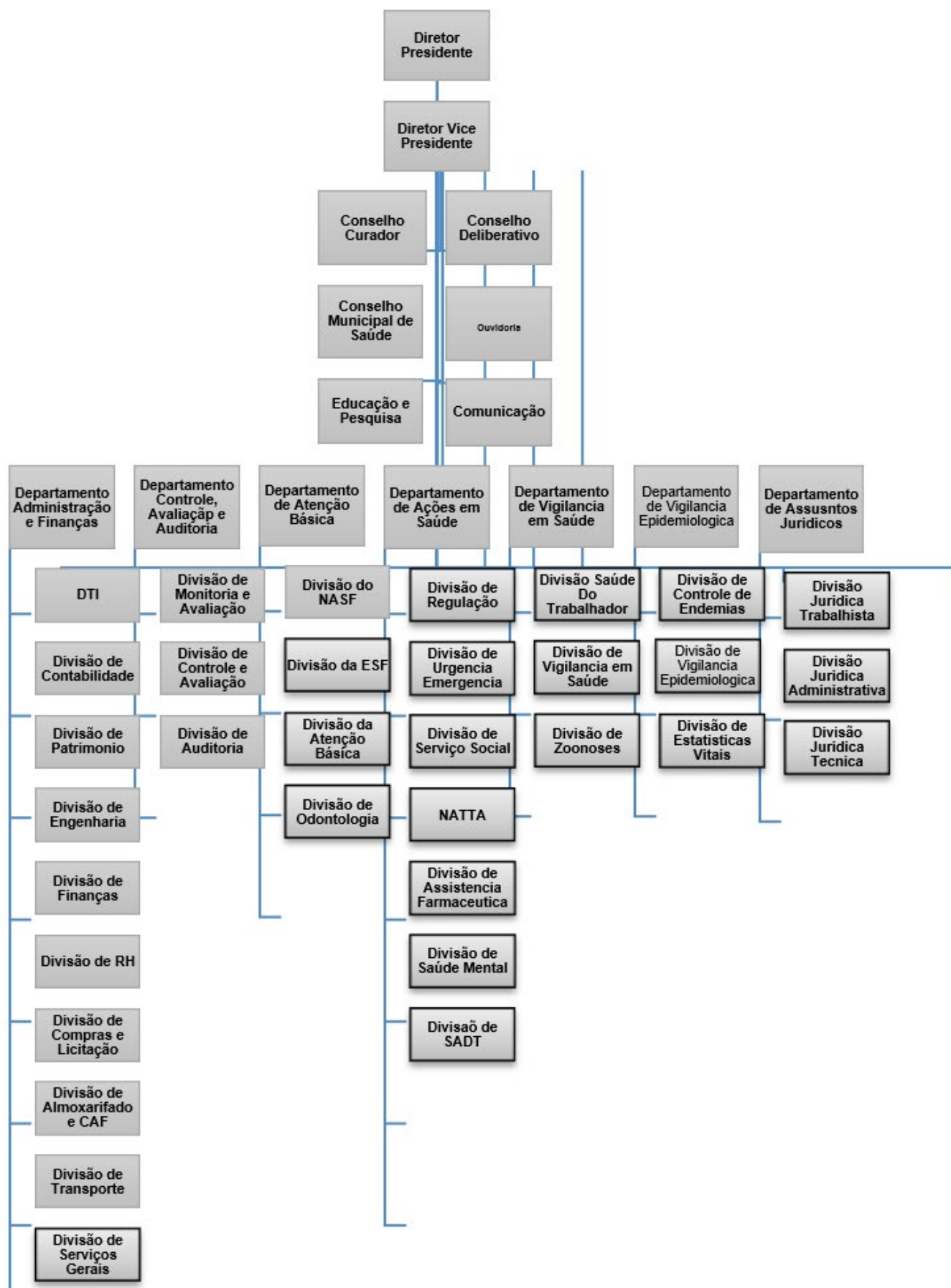
O município contempla duas faculdades privadas (FACNOPAR e FAP), uma universidade estadual (UNESPAR), uma universidade federal (UTFPR) e um Polo de apoio UAB (UNICENTRO, UFPR, UFSC, FIOCRUZ, UEPG). A Autarquia Municipal de Saúde oferece o Programa Multiprofissional de Residência em Atenção Básica, Saúde Mental e Profissional em Enfermagem Obstétrica.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 (BRASIL, 2005) e são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Trata-se Pós-Graduação lato sensu, voltada para o treinamento em serviço e destinada às categorias que integram a área de saúde, com exceção da médica. Consiste em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho.

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica possui 18 vagas e são destinadas a Educadores físicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos e Psicólogos. A Residência Multiprofissional em Saúde Mental possui 6 vagas e é destinada a Assistentes sociais, Enfermeiros e Psicólogos. A Residência em Enfermagem Obstétrica possui 3 vagas e é destinada a Enfermeiros.

Atualmente, a AMS-Apucarana possui em seu organograma um Departamento de Educação e Pesquisa, porém não instituído e implementado. Assim, entende-se que o gestor já percebe a importância deste serviço na instituição. O PA vem ao encontro das necessidades da educação permanente na AMS-Apucarana, contribuindo na atenção primária e serviços como um todo, conforme Política Nacional de Educação Permanente. Segue organograma abaixo da Instituição.

Figura 1 - Organograma da AMS-Apucarana



Fonte: Apucarana, 2017.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Reestruturar o Departamento de Educação e Pesquisa da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, conforme a Política Nacional de Educação Permanente.

Objetivos específicos

- Renomear o Departamento de Educação e Pesquisa para Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Acompanhar os serviços de saúde através de facilitadores capacitados em preceptoria no SUS, com ênfase em metodologias ativas;
- Colocar em prática a Educação Permanente aos trabalhadores de saúde da AMS-Apu-carana;
- Implementar novas estratégias educacionais de educação permanente através de me-todologias ativas;
- Qualificar a formação por meio da educação permanente e atenção integral à saúde;
- Construir políticas de formação e desenvolvimento com bases loco-regionais.

FUNDAMENTAÇÃO

A educação consome cada vez mais espaço na vida das pessoas em um mundo onde a rapidez das mudanças se conjuga com o fenômeno da globalização, possibilitando aumentar conseqüentemente o nível de interação dos sujeitos nas sociedades modernas (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

No processo de educação dos profissionais da saúde, as iniciativas de capacitação con-tínua têm sido caracterizadas pela relação com o processo de trabalho, objetivando a transfor-mação da prática. Para tanto, vem adotando como pressuposto pedagógico a discussão da re-alidade a partir dos elementos que façam sentido para os profissionais responsáveis pela busca na melhoria das condições de trabalho e da qualidade dos serviços (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

As transformações organizacionais não acontecem de forma linear e rápida, é necessá-rio haver alterações em todos os processos internos de produção e mais ainda, uma interação entre os interesses e compromissos, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo dentro da organização. Dessa forma, pode-se dizer que a mudança na organização é um processo de aprendizagem, onde valores e ideais são questionados em busca de uma redefinição política e ideológica e, conseqüentemente, de um novo desenho organizacional (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Neste contexto, a educação deve ser pensada como um exercício coletivo de valoriza-ção das experiências e da criatividade individual, buscando novas ferramentas o trabalho. Como

consequência, educar torna-se o reinventar e a reconstrução do conhecimento de forma personalizada, transpondo o mero preparo de mão de obra, buscando a capacitação do profissional, um transformador da realidade, um reavaliador crítico. Esta condição favorece uma redescoberta do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites e de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas capacidades (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Apesar de muito se discutir sobre educação em serviço, o seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e no processo de trabalho ainda é pouco notório, pois na maioria das vezes, não considera a realidade da instituição e a experiência/vivências do trabalhador. Muitas são as denominações empregadas a esse tipo de educação, as que aparecem com maior frequência são: educação contínua ou continuada, educação em serviço e educação permanente (VILARINHO, 2001).

A expressão educação permanente foi utilizada oficialmente em 1960, no Congresso Mundial de Educação de Adultos, realizado pela UNESCO na cidade de Montreal, Canadá. Este conceito foi adotado por países subdesenvolvidos e, no Brasil, por volta de 1970 (VILARINHO, 2001). A educação continuada aparece pela primeira vez de forma explícita durante a VI Conferência Nacional de Saúde em 1977 (RIBEIRO; MOTTA, 2005).

O conceito de Educação Permanente em Saúde é ampliado considerando que a mesma corresponde à Educação em Serviço, e também quando se alia a Educação Continuada e a Educação Formal de Profissionais (RIBEIRO; MOTTA, 2005). Dessa forma, a educação permanente corresponde à educação em serviço quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais (RIBEIRO; MOTTA, 2005). Corresponde à educação continuada quando está pertence à construção objetiva de quadros institucionais e a investidura de carreiras por serviços em tempo e lugar (RIBEIRO; MOTTA, 2005; CECCIM, 2005). Por fim, corresponde à educação formal de profissionais quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre os setores trabalho e ensino (RIBEIRO; MOTTA, 2005).

Nesta nova perspectiva de aprendizagem, é necessária a presença crítica e criativa do sujeito para que ocorra a aprendizagem, pois releva o sentido da conquista da autonomia por fazer ligação direta entre o saber pensar e saber aprender. Desta forma, aprender é, na sua essência, saber ser sujeito de história própria, individual e coletiva (DEMO, 2005).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (LOPES, FREITAS e MACIEL, 2015).

Entretanto sabemos que atual formação das Universidades gera um modelo de trabalho na saúde que contempla atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a integralidade da atenção, em que as ações de saúde devem também incorporar as práticas educativas promotoras de saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na

formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004).

Na proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no cotidiano, da organização do trabalho em saúde. Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde propõe a Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde (BRASIL, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS), pela dimensão e amplitude que tem, aparece no campo dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente os lugares de assistência à saúde. Educar no e/ou para o trabalho é o pressuposto da proposta de educação permanente em saúde. Os lugares de produção de cuidado, visando integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois converge o encontro entre trabalhadores e usuários (MICAS, 2014).

A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde. No Brasil, foi lançada como política nacional em 2003, constituindo papel importante na concepção de um SUS democrático, equitativo e eficiente (FRANCO, 2007).

Sendo assim, a EPS foi pensada como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local, se fazendo necessário situar a formação dentro de um marco de regionalização, com programas adaptados para os profissionais e equipes de saúde em cada nível local do sistema de saúde (LOPES *et al*, 2007).

PERCURSO METODOLÓGICO

A construção do Projeto Aplicativo ocorreu seguindo os passos propostos pelo Caderno Projeto Aplicativo (CALEMAN *et. al*, 2016), conforme Matrizes abaixo:

- Matriz decisória I – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo valor e interesse (APÊNDICE 1);
- Matriz decisória II – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo urgência e capacidade de enfrentamento (APÊNDICE 2);
- Matriz decisória III – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo magnitude, valorização, vulnerabilidade e custo (APÊNDICE 3);
- Matriz decisória IV – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo relevância, prazo/urgência e factibilidade (APÊNDICE 4);

- Matriz decisória V – Matriz de mapeamento de atores sociais, segundo valor e interesse diante dos problemas priorizados (APÊNDICE 5);
- Árvore Explicativa (APÊNDICE 6);
- Listagem de nós críticos (APÊNDICE 7);
- Planilha Plano de Ação – 5W3H, segundo frente de ataque (nó crítico) (APÊNDICE 8);
- Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano (APÊNDICE 9);
- Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas (APÊNDICE 10);
- Detalhamento da análise de viabilidade (APÊNDICE 11);
- Matriz de gestão do plano (APÊNDICE 12);
- Matriz de monitoramento do plano (APÊNDICE 13);
- Cronograma de acompanhamento da implementação do plano de ação (APÊNDICE 14);
- Planilha orçamentária (APÊNDICE 15).

PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta deste PA baseia-se em reestruturar o Departamento de Educação e Pesquisa que articule o processo de educação permanente na Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR, conforme a Política Nacional de Educação Permanente, visando a transformação do processo de trabalho e organização dos serviços, objetivando uma qualificação das práticas de saúde.

Assim, os passos para tal concretização são os seguintes:

- Nomeação de um responsável com formação técnica-científica em Preceptorial no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Criação de um regimento interno pelo responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e extensão;
- Aprovação e validação do regimento interno pela Gestão;
- Reorganização do município em áreas para a atuação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde;
- Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação;
- Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana;
- Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

Os objetivos do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão são:

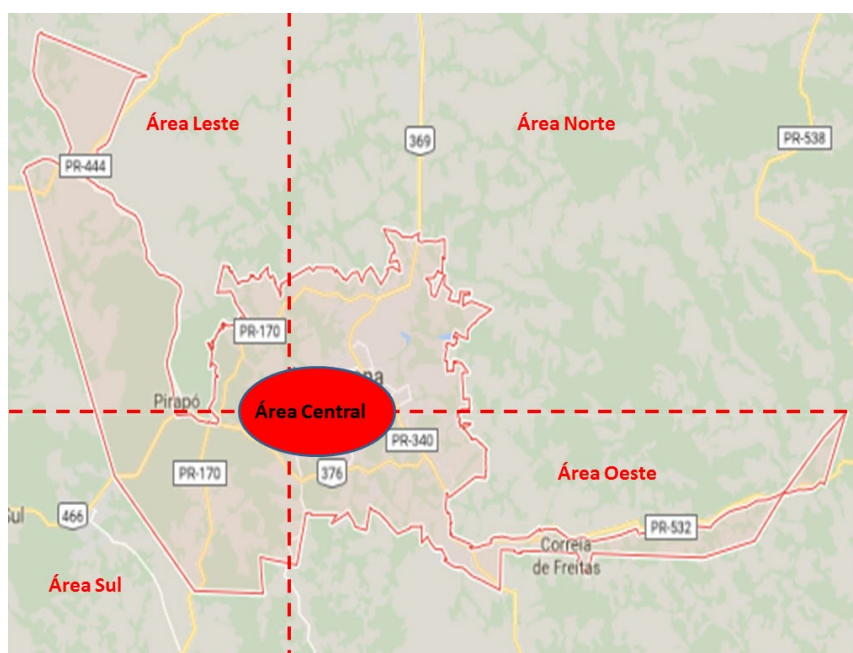
- I. Planejar, elaborar estudos, pesquisas e projetos, propor, coordenar, supervisionar e executar a política de educação permanente no âmbito da Autarquia Municipal de Saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente.
- II. Participar de estudos e pesquisas visando o desenvolvimento institucional nos aspectos pertinentes à gestão de pessoas.
- III. Articular e participar das relações interinstitucionais e intrainstitucionais de integração ensino-serviços a fim de propor e, sempre que possível, implementar ações de Educação Permanente.

- IV. Participar de reuniões colegiadas colaborando para a solução de problemas.
- V. Promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios dos SUS.
- VI. Colaborar na formação e capacitação de profissionais no âmbito da saúde, através de programas articulados entre os diferentes órgãos da Prefeitura Municipal, AMS, Programas de Residência e Instituições de ensino.
- VII. Gerenciar os Programas de Residência Multiprofissionais em Atenção Básica, Saúde Mental e Profissional em Enfermagem Obstétrica.
- VIII. Elaborar um regimento interno pelo responsável do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão.

O profissional responsável nomeado para a condução do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão terá como atribuição a articulação dos objetivos citados com os profissionais de saúde da AMS-Apucarana.

Inicialmente, este profissional selecionará profissionais de saúde com perfil de competência voltado à Educação Permanente com experiência em metodologia ativa, conforme reorganização do município em áreas para a atuação de facilitadores, sendo que estes facilitadores estarão inseridos dentro do território, conforme figura abaixo.

Figura 2 – Divisão de áreas para atuação dos facilitadores.



DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO (VIABILIDADE)

Em análise das ações a serem realizadas para viabilização deste Projeto Aplicativo, observamos que a ação “Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação” possui conflitos de interesse, assim para enfrentamento é necessário o uso de recursos técnicos e organizacionais. Sendo que, a AMS-Apucarana já dispõe de recurso técnico, visto que existem servidores com formação técnica-científica em Preceptoría no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão, para o exercício da função de facilitador.

No entanto, não dispõe de recursos organizacionais, considerando que os facilitadores escolhidos deverão exercer múltiplas atribuições, havendo necessidade de realizar a gestão do tempo de forma coerente e organizada.

Em relação a “Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana” e “Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida”, ambos possuem conflitos de interesse.

É necessário recursos técnicos, organizacionais e políticos para o seu enfrentamento, porém a AMS-Apucarana possui apenas recursos técnicos para viabilizar este PA e não dispõe de recursos organizacionais e políticos para execução do processo de Educação Permanente. A partir disso, haverá necessidade de uma negociação cooperativa, onde ambos os lados (gestão e facilitadores) deverão estar predispostos a fazer concessões, sendo que o resultado trará ganhos positivos para todos.

REFERÊNCIAS

APUCARANA. Organograma da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Autarquia Municipal de Saúde (AMS): 2017.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/247-programas-e-acoes-1921564125/residencia-medica-2137156164/12500-legislacao-especifica>. Acesso em: 19/10/2017.

BRASIL. Portaria nº 198/GM. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 14/09/2017.

CALEMAN, Gilson et. al. Projeto Aplicativo: termos de referência. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

DEMO, P. Saber pensar. 4a ed. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire; 2005. Pp.51.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface-Comunic., Saúde, Educ, v. 11, n. 23, p. 427-38, 2007.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: Reflexiones y desafíos. Ciencia y enfermería, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010.

IBGE. PAS: Pesquisa Anual de Serviços, 2017. Disponível na internet via URL: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410140&idtema=130&search=parana%7Capucarana%7C>- Consultado em 20 de setembro de 2017.

LOPES, S. V. L. M.; FREITAS, I. R.; MACIEL, M. C. M. Relato de experiência: implantação do núcleo de educação permanente em Jataúba –PE. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 165-174, 2015.

LOPES, Sara Regina Souto *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Comun. ciênc. saúde, p. 147-155, 2007.

MICCAS, F. M.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. Revista de Saúde Pública, v. 48, n. 1, 2014.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulg. saúde debate, n. 12, p. 39-44, 1996.

VILARINHO, Lúcia Regina. Educação continuada e educação a distância: anomalias no contexto do paradigma tradicional de ensino. REUNIÃO ANUAL DA ANPED, v. 24, 2001.

APÊNDICE 1

Matriz decisória I – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo valor e interesse

Problema	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)	Ordem de Prioridade
Dificuldade de entendimento das atribuições dos agentes promotores de saúde.	Alto	Positivo	68	2º
Deficiência do planejamento estratégico da gestão em saúde.	Médio	Positivo	64	3º
Deficiência no processo de educação permanente.	Alto	Positivo	70	1º

APÊNDICE 2

Matriz decisória II – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo urgência e capacidade de enfrentamento

Problema	Urgência (0 a 10)	Capacidade de enfrentamento	Ordem de Prioridade
Dificuldade de entendimento das atribuições dos agentes promotores de saúde.	64	Parcial	2º
Deficiência do planejamento estratégico da gestão em saúde.	66	Fora	3º
Deficiência no processo de educação permanente.	70	Parcial	1º

APÊNDICE 3

Matriz decisória III – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo magnitude, valorização, vulnerabilidade e custos

Problema	Magnitude (soma)	Valorização (soma)	Vulnerabilidade (soma)	Custos (soma)	Total	Ordem de Prioridade
Dificuldade de entendimento das atribuições dos agentes promotores de saúde.	14	15	13	12	54	2°
Deficiência do planejamento estratégico da gestão em saúde.	15	14	13	09	51	3°
Deficiência no processo de educação permanente.	16	16	15	12	59	1°

APÊNDICE 4

Matriz decisória IV – Matriz decisória para priorização de problemas, segundo relevância, prazo/urgência e factibilidade

Problema	Relevância	Prazo/ Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total de Pontos
Dificuldade de entendimento das atribuições dos agentes promotores de saúde.	18	19	14	12	63
Deficiência do planejamento estratégico da gestão em saúde.	14	14	06	10	44
Deficiência no processo de educação permanente.	15	15	14	13	57

APÊNDICE 5

Matriz decisória V – Matriz de mapeamento de atores sociais, segundo valor e interesse diante dos problemas priorizados

Análise Situacional		
Si - Deficiência no processo de educação permanente.		
So - Educação permanente articulada com o processo de trabalho.		
Problema Priorizado		
Deficiência no processo de educação permanente.		
Ator Social	Valor	Interesse
Diretor Presidente da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana	Alto	Positivo
Vice-diretor Presidente da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana	Alto	Positivo
Assistente Técnico da Atenção Básica	Alto	Positivo
Superintendente de Atenção Básica	Alto	Positivo
Diretor da Faculdade de Apucarana	Médio	Positivo
Superintendente do Departamento Jurídico da AMS – Apucarana	Alto	Positivo
Coordenador de Saúde Mental	Alto	Positivo
Coordenador dos Programas de Residência	Alto	Positivo
Diretor do Consórcio Intermunicipal do Vale do Ivaí	Médio	Negativo
Coordenador de Enfermagem da UPA	Alto	Positivo
Diretor do Hospital da Providência	Médio	Negativo
Coordenador do SAMU	Alto	Positivo
Coordenador da Escola da Gestante	Alto	Positivo
Coordenador da Gestão do Trabalho	Alto	Positivo
Superintendente de Educação Superior da Prefeitura de Apucarana	Alto	Positivo

APÊNDICE 6

Árvore Explicativa

PROBLEMA:

Deficiência no processo de educação permanente na Autarquia Municipal de Saúde do município de Apucarana-PR.

CAUSAS:

Carência de recursos humanos.
Ausência de estabelecimento de linhas de cuidado.
Otimização do tempo para educação permanente insuficiente.
Ausência de sensibilização dos gestores e equipe para articulação do processo de educação permanente.
Ausência de protocolos.

DESCRIPTOR:

(D1) Processo de trabalho pouco qualificado.

CONSEQUÊNCIAS:

Insatisfação do usuário.
Falha na comunicação.
Baixa resolutividade na assistência.
Desmotivação dos profissionais.

NÓS CRÍTICOS:

Ausência de protocolos.
Insuficiência de educação permanente no processo de trabalho.

CAUSA:

Planejamento estratégico ineficaz.
Alto índice de absenteísmo.
Desproporção entre demanda de usuários e número de profissionais na assistência.

DESCRIPTOR:

(D2) Déficit de recursos humanos.

CONSEQUÊNCIAS:

Insatisfação do usuário.
Desmotivação dos profissionais.
Baixa resolutividade na assistência.

NÓS CRÍTICOS:

Má distribuição de recursos humanos de acordo com a demanda dos serviços de saúde.
Pouco aproveitamento de alguns profissionais de acordo com o seu perfil de competência e área de atuação.

APÊNDICE 7

Listagem de nós críticos

Nó Crítico	Macroproblema Priorizado
NC 1	Insuficiência de educação permanente no processo de trabalho.
NC 2	Ausência de protocolos.
NC 3	Má distribuição de recursos humanos de acordo com a demanda dos serviços de saúde.
NC 4	Pouco aproveitamento de alguns profissionais de acordo com o seu perfil de competência e área de atuação.

APÊNDICE 8

Planilha Plano de Ação – 5W3H, segundo frente de ataque (nó crítico)

5W3H							
Espaço do problema	Equipe de estratégia Saúde da Família do município de Apucarana.						
Macro-problema	Deficiência no processo de educação permanente na Autarquia Municipal de Saúde do município de Apucarana-PR.						
Nó crítico: Insuficiência de educação permanente no processo de trabalho.							
What O que fazer?	Why Por que fazer?	Who Quem vai fazer?	When Quando fazer?	Where Onde?	How Como fazer?	How much Quanto custa?	How measure Qual indicador?
Efetivar um departamento de ensino e pesquisa que articule o processo de educação permanente na Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR.	- Para transformação do processo de trabalho e organização dos serviços visando uma qualificação das práticas de saúde.	Gestão e GAF Ouro.	Início: out./2017 Término: Mar./2018	Autarquia Municipal de Saúde –Apucarana-PR.	- Criar um regimento interno para o Departamento de Ensino e Pesquisa. - Aprovar e validar o regimento interno pela Gestão, Câmara Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. - Nomear um responsável com formação técnica-científica para o departamento de ensino e pesquisa. - Capacitar facilitadores nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana. Regularizar a prática do processo de educação permanente nos serviços.	- 32 horas/mês (para efetivar) - Valor compatível com a categoria profissional.	- Protocolos atualizados - Regimento Interno vigente e aprovado pela gestão, Câmara Municipal e Conselho Municipal de Saúde. - Pesquisa de clima organizacional.
Nó crítico: Ausência de protocolos.							
Revisar e criar protocolos de acordo com a necessidade.	- Aumentar a resolutividade na assistência. - Qualificar o processo de trabalho.	Quem fará: Gestão e representantes das categorias profissionais. Aprovação: Conselhos de classe, câmara e conselho municipal de saúde.	Início: jan.2018 Término: Jan.2019 Reuniões quinzenais.	Polo UAB –Apucarana.	- Atualizar os protocolos existentes. - Elaborar protocolos para sistematização da assistência.	16 horas/mês.	Protocolos validados.
Nó crítico: Má distribuição de recursos humanos de acordo com a demanda dos serviços de saúde.							

Relacionar a demanda existente e adequar de acordo com o quantitativo de recursos humanos disponíveis na rede.	- Reduzir a sobrecarga de trabalho dos profissionais. - Melhorar a qualidade da assistência.	Gestão	Início: jan.2018 Término: Jun. 2018.	Autarquia Municipal de Saúde Apucarana	- Avaliar a necessidade e quantidade de atendimentos de acordo com o perfil da população adscrita na área. - Analisar a tabela de lotação de funcionários e remanejar de acordo com a característica específica da área de abrangência.	16 horas/mês.	- CNES atualizados. - Banco de dados do E-SUS atualizados.
Nó crítico: Pouco aproveitamento de alguns profissionais de acordo com o seu perfil de competência e área de atuação.							
- Relacionar o perfil de competência de todos os profissionais da rede.	- Melhorar a satisfação e desempenho dos profissionais. - Melhorar a qualidade da assistência.	Gestão	Início: jan.2018 Término: Dez. 2018.	Autarquia Municipal de Saúde Apucarana	- Realizar entrevistas, técnicas e dinâmicas por profissional capacitado para conhecer o perfil de competência dos profissionais atuantes e definir a melhor forma de aproveitamento destes.	16 horas/mês.	Pesquisa de clima organizacional

APÊNDICE 9

Matriz de análise de motivação dos atores sociais, segundo ação do plano

Ação 1- Nomeação de um responsável com formação técnica-científica em Preceptoría no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 2 - Criação de um regimento interno pelo responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 3 - Aprovação e validação do regimento interno pela Gestão;

Ação 4 - Reorganização do município em áreas para a atuação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde;

Ação 5 - Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação;

Ação 6 - Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana;

Ação 7 - Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

	Ação 1	Ação 2	Ação 3	Ação 4	Ação 5	Ação 6	Ação 7
GAF – Ouro	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Prefeito	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Diretor Presidente da Autarquia Municipal de Saúde	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Vice-diretor Presidente da Autarquia Municipal de Saúde	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Assistente Técnico da Atenção Básica	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Superintendente da Atenção Básica	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A

Superintendente do Departamento Jurídico	+ A	+ A	+ A	0	+ M	0	0
Gestão do Trabalho	+ A	+ A	+ A	0	- M	+ M	+ A
Conselho Municipal de Saúde	+ A	+ M	+ M	+ M	0	0	+ M
Responsável nomeado para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão	0	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Facilitadores capacitados para atuarem na Educação Permanente	0	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A	+ A
Servidores da AMS-Apucarana	0	0	0	0	0	- A	- A

APÊNDICE 10

Matriz de análise das estratégias de viabilidade, segundo ações conflitivas
Estratégias de viabilidade

Ações conflitivas do plano de ação	Recursos necessários	Recursos que temos e não temos	Viabilidade	Estratégias para aumentar a viabilidade
Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação	- Recursos técnicos - Recursos organizacionais	- Temos: Recursos técnicos - Não temos: Recursos organizacionais	Alta	Negociação cooperativa – ambos os lados (gestão e facilitadores) estão predispostos a fazer concessões, sendo que o resultado trará ganhos positivos para todos
Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana.	- Recursos técnicos - Recursos organizacionais - Recursos políticos	Temos: - Recursos técnicos Não temos: - Recursos organizacionais - Recursos políticos	Alta	Persuasão – Haverá necessidade de apoio e adesão dos servidores da AMS-Apucarana no processo de Educação Permanente. Negociação cooperativa – Haverá necessidade de negociação de ambos os lados, pois o resultado trará ganho positivo para todos os envolvidos.
Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.	- Recursos técnicos - Recursos organizacionais - Recursos políticos - Recursos econômicos	Temos: - Recursos técnicos Não temos: - Recursos organizacionais - Recursos políticos	Alta	Persuasão – Haverá necessidade de apoio e adesão dos servidores da AMS-Apucarana no processo de Educação Permanente. Negociação cooperativa – Haverá necessidade de negociação de ambos os lados, pois o resultado trará ganho positivo para todos os envolvidos.

APÊNDICE 11

Detalhamento da análise de viabilidade

Ação 5 - Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação.

Ação 6 - Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana;

Ação 7 - Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

Ações	Recursos Financeiros	Recursos Humanos	Responsáveis Envolvidos	Tecnologia	Resultados esperados – produção do impacto					
					Volume de serviços	Modalidade de serviços	Área de suporte	Cuidado ao paciente	Infra-estrutura	Governança
Ação 5	Alta	Alta	Alta	Média	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Ação 6	Alta	Alta	Alta	Média	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ação 7	Alta	Alta	Alta	Média	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

APÊNDICE 12

Matriz de gestão do plano

Ação 1- Nomeação de um responsável com formação técnica-científica em Preceptoría no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 2 - Criação de um regimento interno pelo responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 3 - Aprovação e validação do regimento interno pela Gestão;

Ação 4 - Reorganização do município em áreas para a atuação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde;

Ação 5 - Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação;

Ação 6 - Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana;

Ação 7 - Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

Ação	Viabilidade	Impacto	Comando	Duração	Recurso	Precedência
Ação 1	Alta	Alta	Gestão	Curta	Econômico e Organizacional	1ª
Ação 2	Alta	Alta	Responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão	Longa	Político, Técnico e Organizacional	2ª
Ação 3	Alta	Alta	Gestão	Média	Técnico e Organizacional	3ª
Ação 4	Alta	Médio	Gestão; Responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão	Média	Organizacional	4ª
Ação 5	Alta	Alta	Gestão; Responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão	Média	Técnico e Organizacional	5ª
Ação 6	Alta	Alta	Facilitadores	Longa	Técnico e Organizacional	6ª

Ação 7	Alta	Alta	Gestão; Responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão; Facilitadores	Longa	Econômico, Político, Técnico e Organizacional	7ª
--------	------	------	---	-------	---	----

APÊNDICE 13

Matriz de monitoramento do plano

Ação 1 - Nomeação de um responsável com formação técnica-científica em Preceptorial no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 2 - Criação de um regimento interno pelo responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 3 - Aprovação e validação do regimento interno pela Gestão;

Ação 4 - Reorganização do município em áreas para a atuação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde;

Ação 5 - Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação;

Ação 6 - Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana;

Ação 7 - Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

Ação em ordem de precedência	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas ações e/ou ajustes*
Ação 1	NC	-	- Disponibilização do profissional capacitado	-
Ação 2	NC	-	- Gestão do tempo para elaboração do regimento interno	-
Ação 3	NC	-	- Compreensão da importância do regimento como instrumento norteador	-
Ação 4	NC	-	- Equiparar as áreas de acordo com as necessidades	-
Ação 5	NC	-	- Selecionar profissional que tenha perfil de competência adequado	-
Ação 6	NC	-	- Sensibilização dos profissionais	-
Ação 7	NC	-	- Comprometimento e integração de todos os atores envolvidos	-

*Observação: diante dos resultados serão pensadas possíveis novas ações/ajustes.

APÊNDICE 14

Cronograma de acompanhamento da implementação do plano de ação.

NC 1 - Insuficiência de educação permanente no processo de trabalho.

Ação 1 - Nomeação de um responsável com formação técnica-científica em Preceptorial no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 2 - Criação de um regimento interno pelo responsável nomeado do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 3 - Aprovação e validação do regimento interno pela Gestão;

Ação 4 - Reorganização do município em áreas para a atuação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde;

Ação 5 - Nomeação de facilitadores conforme divisão das áreas de atuação;

Ação 6 - Atuação de facilitadores em estratégias educacionais construtivistas e metodologias ativas nos diferentes cenários de prática da AMS-Apucarana;

Ação 7 - Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

Nós críticos	2017					2018											
	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NC 1																	
Ação 1																	
Ação 2																	
Ação 3																	
Ação 4																	
Ação 5																	
Ação 6																	
Ação 7																	

- Desvio relativo de até 5%
- Desvio relativo entre 5% e 10%
- Desvio relativo maior que 10%
- Atividade finalizada
- Atividade não iniciada

APÊNDICE 15

Planilha orçamentária

NC 1 - Insuficiência de educação permanente no processo de trabalho.

Ação 1 - Nomeação de um responsável com formação técnica-científica em Preceptoría no SUS com ênfase em metodologias ativas para o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão;

Ação 7 - Regularização da prática do processo de educação permanente nos serviços através de oficinas de trabalho estruturadas com programação estabelecida.

Nós críticos	Ações	Data inicial	Data Final	Despesas de custeio	Despesas de investimento	Total
NC 1	Ação 1	Jan./2018	Jan./2020	Responsável pelo Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão.	-	-
	Ação 7	Jan./2018	Jan./2020	Materiais de escritório; cursos.	Materiais de informática	-

A eficácia da fisioterapia aquática na capacidade funcional da marcha em indivíduos com doença de Parkinson: uma revisão sistemática

The effectiveness of aquatic physical therapy on functional gait capacity in individuals with Parkinson's disease: a systematic review

Yuri Sena Melo

Universidade Federal do Amazonas / Programa de residência multiprofissional em atenção integral na saúde funcional em doenças neurológicas

Johrdy Amilton da Costa Braga

Universidade Federal do Amazonas / Mestrando do curso de pós-Graduação em Ciências do movimento humano

Adriano Carvalho de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas / Mestrando do curso de pós-Graduação em Ciências do movimento humano

Wesley Anderson de Souza Miranda

Centro universitário Fametro / Graduando do curso de Fisioterapia

Natália Dias Cancio

Centro Universitário do Norte / Bacharel em Fisioterapia

Carlos Júnior Silva de Souza

Universidade Federal do Amazonas / Bacharel em Fisioterapia

Patrick da Costa Santos

Centro Universitário do Norte / Bacharel em Fisioterapia

Resumo

A doença de Parkinson é uma patologia degenerativa e progressiva que afeta o sistema nervoso central, causando diversos prejuízos motores na marcha, predispondo assim o indivíduo ao maior risco de quedas. Além do tratamento farmacológico, a fisioterapia é uma boa aliada para o processo de reabilitação. Dentre os principais recursos fisioterapêuticos, a hidroterapia tem se tornado uma alternativa, pois permite o treino da marcha, equilíbrio e relaxamento muscular em um ambiente seguro devido às propriedades físicas da água. O objetivo deste estudo foi rever a literatura relacionada com os efeitos da fisioterapia aquática na reabilitação da marcha de pacientes com doença de Parkinson. A pesquisa foi conduzida em quatro etapas distintas. Sendo realizada nas seguintes bases de dados EBSCO, Pubmed, PEDro, Science Direct e MEDLINE; obedecendo os seguintes critérios de inclusão: (1) indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson idiopática; (2) que realizaram fisioterapia aquática com ou sem grupo controle e (3) o desfecho principal foram quaisquer relacionadas com o desempenho da marcha. Foram excluídos estudos de caso, série de casos, monografia, dissertação e artigos sem acesso na íntegra. Foi utilizado a seguinte palavra-chave no campo da pesquisa (“hydrotherapy” OR “aquatic exercise OR aquatic therapy”) AND Parkinson's disease AND (“Gait OR balance”). Os artigos selecionados na última etapa foram avaliados pela escala PEDro quanto à qualidade metodológica. Ao todo, 10 artigos compuseram esta revisão após as quatro etapas de seleção e foi observado que a maioria dos estudos demonstrou efeitos positivos na capacidade funcional da marcha e a maioria apoia o uso da fisioterapia aquática na reabilitação.

Palavras-chave: fisioterapia. doença de Parkinson. marcha.

Abstract

Parkinson's disease is a degenerative and progressive pathology that affects the central nervous system, causing several motor impairments during gait, thus predisposing the individual to a greater risk of falls. In addition to pharmacological treatment, physiotherapy is a good ally in the rehabilitation process. Among the main physical therapy resources, hydrotherapy has become an alternative, as it allows for gait training, balance and muscle relaxation in a safe environment due to the physical properties of water. The aim of this study was to review the literature related to the effects of aquatic physical therapy on gait rehabilitation in patients with Parkinson's disease. The research was conducted in four distinct stages. Being performed in the following databases EBSCO, Pubmed, PEDro, Science Direct and MEDLINE; obeying the following inclusion criteria: (1) not diagnosed with idiopathic Parkinson's disease; (2) who underwent aquatic physiotherapy with or without a control group; and (3) the main outcome was related to gait performance. Case studies, case series, monograph, dissertation and articles without access in the integration were excluded. The following keywords were used in the research field (“hydrotherapy” OR “aquatic exercise OR aquatic therapy”) AND Parkinson's disease AND (“March OR balance”). The articles selected in the last step were selected by the PEDro scale for methodological quality. Altogether, 10 articles composed this review after the four selection stages and it was observed that most of the studies were positive in the functional gait capacity and the majority supported the use of aquatic physical therapy in rehabilitation.

Keywords: physiotherapy. Parkinson's disease. gait.

A doença de Parkinson foi mencionada pela primeira no ano de 1917 pelo médico inglês James Parkinson, neste período ela ficou conhecida como pelo nome de “paralisia agitante” (ANDRADE, 2005). Atualmente, sua etiologia não é completamente conhecida, mesmo com os avanços das pesquisas sobre a temática, entretanto pode-se dizer que ela é causada pela morte das células produtoras de dopamina na substância negra, dos núcleos da base; e seu diagnóstico é feito através da existência dos seguintes sinais: bradicinesia, rigidez e tremor de repouso (SOUZA. *et al.* 2014; UMPHRED, 2011). Considerada a segunda afecção neurodegenerativa e progressiva mais comum que atinge o sistema nervoso central, com prevalência maior na população idosa acima de 65 anos atingindo mais o sexo masculino (FUKUNAGA *et al.* 2014; PRINGSHEIM *et al.* 2014).

Além disso, os indivíduos diagnosticados com DP apresentam diminuição dos movimentos que podem estar associados com a dificuldade durante a marcha (CHO *et al.* 2010). A deficiência na marcha é uma das principais queixas de pacientes com DP; conhecida como marcha festinante que é caracterizada por pequenos passos, rápidos e arrastados sem o balanço dos braços, além disso, possui redução da velocidade, comprimento do passo e instabilidade postural; esses fatores deixam o indivíduo mais instável, favorecendo assim o maior risco de quedas (MARCHESE, 2011; CHO *et al.* 2010; HAMLET *et al.* 2011; HAUSDORFF *et al.* 2003).

Esta patologia apresenta estágios durante a sua progressão, sendo avaliada de acordo com a escala de Hoehn e Yahr, a qual classifica os sinais e sintomas de acordo como o indivíduo se encontra; no estágio I a manifestação clínica atingem só um lado do corpo (unilateral); no estágio II os dois lados são comprometidos (bilateral), mas não a dificuldade no equilíbrio; no estágio III o paciente se encontra com instabilidade postural; no estágio IV a incapacidade é considerada grave com dificuldade acentuada na marcha e no estágio V o indivíduo fica totalmente dependente e acamado (HOEHN, 1988; SIMUNI; SETHI, 2008).

Atualmente, existem diversas pesquisas na literatura que procuram investigar os efeitos de programas da fisioterapia na reabilitação da marcha nesse tipo de pacientes, dentre os principais recursos fisioterapêuticos estão: esteira elétrica (SOUZA *et al.* 2014), fortalecimento muscular (BERTOLDI *et al.* 2013) e realidade virtual (BRAZ *et al.* 2017). Ultimamente, a hidroterapia passou a ser utilizada nesta população (VIVAS *et al.* 2011; CRUZ *et al.* 2015).

Este recurso utiliza as propriedades físicas da água que são a fluotabilidade, pressão hidrostática, viscosidade, tensão superficial, densidade e empuxo para promover diversos efeitos no organismo como relaxamento muscular, força muscular, facilitação dos movimentos (GRAY, 2000; KISNER, 2009). Uma revisão sistemática publicada recentemente concluiu que este recurso melhora a qualidade de vida e o desempenho motor de adultos com doença de Parkinson, porém o autor não analisou desfechos relacionados com a capacidade funcional da marcha (TERRENS *et al.* 2017).

Portanto, devido às alterações na marcha apresentadas pelo portador da doença de Parkinson e suas consequências as quais poderão ocorrer em virtude das quedas, ressaltar a relevância da fisioterapia aquática com a finalidade de melhorar a funcionalidade durante a locomoção e com isso proporcionar qualidade de vida nesta população; evitando assim comorbidades futuras. Diante do exposto, o objetivo desta revisão de literatura é verificar os principais efei-

tos da fisioterapia aquática na reabilitação da marcha de pacientes com doença de Parkinson.

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura de abordagem qualitativa.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos ensaio clínico randomizado, estudo piloto e estudo experimental publicados nos últimos dez anos (2008-2018) nos idiomas inglês, português ou espanhol com indivíduos que se enquadram nos seguintes critérios: (1) indivíduos diagnosticados com doença de Parkinson idiopática, sem distinção de sexo ou idade avaliados pela escala de Hoehn e Yah; (2) que realizaram fisioterapia aquática comparados, ou não, com um grupo controle; (3) a variável principal foram quaisquer relacionadas ao desempenho da marcha, tais como velocidade, cadência, comprimento do passo, mobilidade funcional e equilíbrio. Foram excluídos artigos que preenchessem qualquer dos critérios a seguir: a) artigos de revisão; b) estudo de caso; c) série de caso; d) monografias, e) dissertações, f) estudos publicados em anais de eventos; g) artigos sem acesso na íntegra.

Análise dos dados

Foram feitas construções de tabelas com os resumos das características da população (idade, sexo, idade média, tempo de patologia, estágio, variáveis investigadas, instrumentos de mensuração, protocolos de intervenção e resultados dos estudos selecionados para posterior análise qualitativa da literatura).

Estratégia de busca

A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: EBSCO, Pubmed, PEDro, MEDLINE (via BVS) e Science Direct, no período de janeiro de 2018 e encerrada no dia 15 de abril do mesmo ano. Foi usada a combinação das seguintes palavras chaves no campo de pesquisa: (hydrotherapy OR aquatic exercise OR aquatic therapy) AND Parkinson's disease AND (gait OR balance).

Etapas da seleção dos estudos

Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados em 3 etapas: (1 etapa) – identificação através da estratégia de busca por três pesquisadores distintos, foram excluídos os artigos que se encontravam repetidos em mais de uma bases de dados; (2 etapa): foi realizado a leitura do título e os que não obedeceram aos critérios de inclusão foram excluídos; (3 etapa): o mesmo procedimento foi realizado com análise dos resumos dos estudos incluídos na etapa anterior; (4 etapa): e última etapa foi realizada a leitura na íntegra de todos os estudos incluídos na etapa anterior.

Avaliação da qualidade metodológica dos artigos

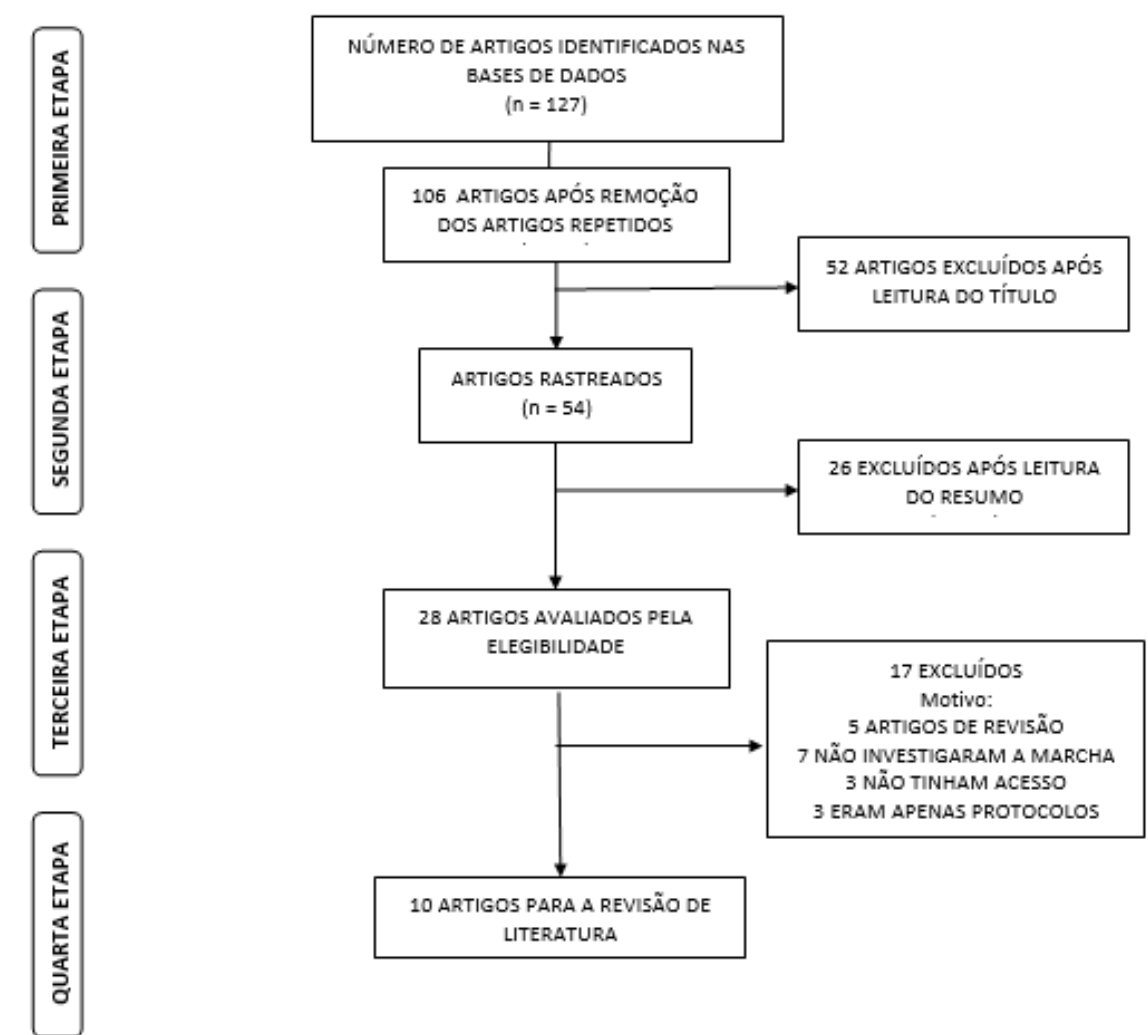
A análise da qualidade metodológica foi realizada pela escala PeDro (Physiotherapy Evidence Database). Primeiramente, foi realizada uma busca nesta plataforma para averiguar-se alguns dos artigos incluídos já tinham sido avaliados pela escala. Trata-se de uma escala composta de 11 critérios que são pontuados conforme a leitura de todo o artigo. Os critérios são: (1) critérios de elegibilidade; (2) randomização entre grupos; (3) distribuição cega dos sujeitos; (4) semelhança entre grupos na análise inicial; (5) cegamento dos sujeitos; (6) cegamento dos terapeutas; (7) cegamento dos avaliadores; (8) 85% de aproveitamento da amostra em um desfecho, (9) mesmo tipo de avaliação e análise dos dados para os grupos interdependente de intervenção ou controle, (10) comparações estatísticas intergrupos de pelo menos um desfecho chave e (11) medidas de precisão. Vale salientar que o item (1) não entra para o escore final. Para a interpretação da qualidade foi adotado o critério utilizado por Shiwa *et al.* (2011), onde de 9 a 10 o estudo é considerado excelente; de 6 a 8 é considerado bom; de 4 a 5 é razoável e inferior a 4 a qualidade é ruim.

RESULTADOS

Estudos identificados

A partir da estratégia de busca foram identificados 127 artigos. Desses, 52 foram excluídos após a leitura do título e 26 foram excluídos a partir da leitura dos resumos. Assim, 28 artigos foram selecionados para a leitura na íntegra, e desses 18 foram excluídos por várias razões as quais se encontram descritas na Figura 1

Figura 1 - Fluxograma das etapas da seleção.



Apenas 10 estudos foram selecionados para esta revisão, A maioria deles foi publicada em periódicos internacionais das ciências neurológicas, médicas e de reabilitação; com predomínio de país de origem na Espanha, Itália e Irlanda.

Características gerais dos estudos incluídos

A tabela 1 descreve qualitativamente os principais aspectos metodológicos dos artigos que fizeram parte desta revisão, como design do estudo, características da população e variáveis analisadas. De modo geral, sete estudos foram realizados com grupo controle e experimental (VIVAS *et al.* 2011; ANY *et al.* 2013; VOLPE *et al.* 2014; CRUZ *et al.* 2017; CARROL *et al.* 2017; PALAMARA *et al.* 2017; CRUZ 2018); dois estudos foram conduzidos apenas com um grupo intervenção (RODRIGUEZ *et al.* 2013; CRUZ *et al.* 2015) e mais dois estudos realizarão comparações de condutas diferentes em pacientes submetidos a fisioterapia aquática (ANY *et al.* 2012; ZHU *et al.* 2018). Todos os artigos foram realizados com amostra de conveniência com faixa etária que varia de 65 a 71 anos (média de idade: 68 anos). Conjuntamente, estes 10 artigos analisaram 229 pacientes com doença de Parkinson idiopática e a maioria encontrava-se nos estágios I e III (leve a moderado) de acordo com a escala de Hoehn e Yahr. Seis estudos também utilizaram a Escala Unificada de Avaliação da doença de Parkinson – UPDRS (Vivas *et al.* 2011; Any *et al.* 2012, 2014; Volpe *et al.* 2014; Cruz *et al.* 2017; Carrol *et al.* 2017; Palamara

et al. 2017). A média de tempo de diagnóstico da patologia dos indivíduos foi de 6 anos, porém, apenas dois estudos não descreveram a duração da doença (Palamara *et al.* 2017; Cruz 2018).

Tabela 1 - Características da população e variáveis analisadas.

Estudo	Características da população	Desfechos avaliados
Vivas et al. 2011	Amostra: 11 participantes 7 homens e 5 mulheres Idade: 65 anos (média) Tempo de diagnóstico: 6 anos Estágio da patologia: II a III	Parâmetros da marcha - SAM Equilíbrio - EEB Progressão da patologia - UPDRS (III) Mobilidade funcional - TUG
Any et al. 2012	Amostra: 21 participantes 12 homens e 13 mulheres Idade: 70 anos (média) Tempo de diagnóstico: 5 anos Estágio da patologia: I a II	Mobilidade funcional - FTSTS Progressão da patologia - UPDRS (III)
Any et al. 2014	Amostra: 25 participantes 13 homens e 12 mulheres Idade: 71 anos (média) Tempo de diagnóstico: 7 anos Estágio da patologia: I a II	Parâmetros da marcha - SAM
Rodriguez et al. 2013	Amostra: 9 participantes 6 homens e 3 mulheres Idade: 67 anos (média) Tempo de diagnóstico: 7 anos Estágio da patologia: II a III	Parâmetros da marcha - SAM
Volpe et al. 2014	Amostra: 34 participantes Não especificou quantidade de homens e mulheres Idade: 67 anos (média) Tempo de diagnóstico: 7 anos Estágio da patologia: II a III	Equilíbrio - EEB+ABC Progressão da patologia - UPDRS (III) Mobilidade funcional - TUB Quedas - FES
Cruz et. al 2015	Amostra: 15 participantes 6 homens e 9 mulheres Idade: 66 anos (média) Tempo de diagnóstico: 6 anos Estágio da patologia: I a III	Equilíbrio - EMET Mobilidade funcional - TUG
Cruz et. al 2017	Amostra: 30 participantes 13 homens e 17 mulheres Idade: 67 anos (média) Tempo de diagnóstico: 6 anos Estágio da patologia: II a III	Equilíbrio - EMET Progressão da patologia - UPDRS (III)
Carrol et al. 2017	Amostra: 21 participantes 14 homens e 7 mulheres Idade: 71 anos (média) Tempo de diagnóstico: 8 anos Estágio da patologia: I a III	Parâmetros da marcha - SAM Progressão da patologia - UPDRS (III)
Palamara et al. 2017	Amostra: 34 participantes 20 homens e 14 mulheres Idade: 71 anos (média) Tempo de diagnóstico não especificou Estágio da patologia: II a III	Equilíbrio - EEB Progressão da patologia - UPDRS (III) Mobilidade funcional - TUG
Cruz 2018	Amostra: 29 participantes 12 homens e 17 mulheres Idade: 67 anos (média) Tempo de diagnóstico não especificou Estágio da patologia: I a III	Mobilidade funcional - TUG+FTSTS

O Estágio de acordo com a escala de Hoehn e Yahr; ABC: Escala de confiança no equilíbrio em atividades específicas; EEB: Escala de Equilíbrio de Berg; EP: Estudo piloto; EMET: Escala de mobilidade de equilíbrio de tinetti; FES: Falls Efficacy Scale; FTSTS: Five Times Sit to Stand Test; SAM: Sistema de análise de movimento; TUG: Timed Up Go; UPDRS: Escala unifi-

cada para avaliação da doença de Parkinson.

Com relação aos desfechos estudados, a maioria teve a mobilidade funcional como a variável mais investigada, sendo que seis artigos usaram o teste: Timed Up Go – TUG (VIVAS *et al.* 2011; VOLPE *et al.* 2014; CRUZ *et al.* 2015; PALAMARA *et al.* 2017; CRUZ 2018); dois artigos utilizaram o teste de Five Times Sit to Stand Test – FTSTS (ANY *et al.* 2012; CRUZ, 2018) e mais dois artigos utilizaram a escala de mobilidade e equilíbrio de Tinetti – EMET (CRUZ *et al.* 2015; 2017).

O equilíbrio estático foi a variável analisada em três estudos, todos utilizarão a Escala de equilíbrio de Berg – EBB (VIVAS *et al.* 2011; VOLPE *et al.* 2014; PALAMARA *et al.* 2017). Três estudos também investigaram os parâmetros da marcha (descritores espacial, temporal e espaço-temporal) utilizando sistema de captura de movimento – SCM (VIVAS *et al.* 2011; AYN *et al.* 2013; RODRIGUEZ *et al.* 2013; CARROL *et al.* 2017).

Além disso, um único estudo avaliou o risco de quedas pela escala Falls Efficacy Scale – (FES) e o medo de cair durante a marcha através das escalas Activities-specific Balance Confidence – ABC (VOLPE *et al.* 2014). Apenas dois estudos realizaram acompanhamento (follow-up) após o período de intervenção (CRUZ *et al.* 2015; PALLAMARA *et al.* 2017).

Descrição dos instrumentos usados

Os instrumentos utilizados, pelos autores, para avaliar os indivíduos em relação aos desfechos da capacidade funcional da marcha foram: SAM, EBB, UPDRS, TUG, FTSTS, ABC, FES e EMET.

O UPDRS (Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson) é um instrumento utilizado para a avaliação da progressão da patologia. Ela é composta por 42 perguntas divididas em de quatro itens: (I) estado mental, comportamento e humor; (II) atividades de vida diária; (III) avaliação motora e (IV) complicações de terapia. A pontuação em cada item varia de 0 a 4, sendo que o valor máximo indica maior comprometimento pela doença e o mínimo, normalidade (EBERSBACH G. *et al.*, 2006). Para atingir o objetivo desta revisão de literatura foi adotado apenas o item III (avaliação motora) da escala, pois neste item são avaliados aspectos relacionados com a marcha.

O TUG (Timed Up Go) é um teste simples realizado em qualquer lugar que avalia a mobilidade funcional durante a marcha. Sua análise é feita cronometrando o tempo a qual o indivíduo gasta para se levantar da cadeira e percorrer uma distância de três metros e retornar de volta a cadeira. Se o paciente completar o percurso em 10 segundos (mobilidade excelente); até 20 segundos (mobilidade com uma certa incapacidade) e mais s 20 segundos sua mobilidade está comprometida com risco der quedas durante a marcha (PODSIADLO, RICHARDSON 1991).

O EBB (Escala de equilíbrio de Berg) é constituída por 14 tarefas a qual o paciente tem que realizar mais independente com grau de dificuldade progressivo; nele é avaliado o equilíbrio estático e dinâmico. Ele é composto por diversas atividades como transferir, sentar, mudar de posição e girar. A pontuação de cada tarefa varia de 0 (não realiza a tarefa) a 4 (realiza sem dificuldade) totalizando o escore final de 56 pontos. Estes escores são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos pelo paciente. (MIYAMOTO, 2004).

A escala ABC (Escala de confiança no equilíbrio em atividades específicas) é um instrumento que avalia a confiança do paciente em relação ao equilíbrio, seus escores variam de 0 a 100% conforme a avaliação de 16 atividades e a pontuação dá-se através da média das porcentagens (POWELL, 1995).

A EMET (escala de mobilidade e equilíbrio de Tinetti) é um instrumento que avalia a velocidade, a distancia do passo durante a marcha; e o equilíbrio estático através de tarefas a qual o paciente tem que realizar. A pontuação varia de 0 a 1 ou de 0 a 2. O escore final e de 12 pontos para a marcha e 16 para o equilíbrio. Totalizando 28 pontos, escore abaixo de 19 representa risco de quedas (TINETTI, 1986).

O FTSTS (Five Timed Sit to Stand) é um instrumento que avalia a mobilidade funcional durante o equilíbrio é detecta o risco de quedas. Sua avaliação é feita cronometrando o tempo que o paciente leva para sentar e levantar de uma cadeira durante 5 vezes o mais rápido possível ele também avalia a força e resistência dos membros inferiores; A realização do teste em mais de 17 segundos que a mobilidade funcional está comprometida (LORD, 2002; CESARI *et al.*, 2009)

Características gerais dos protocolos de intervenção

A tabela 2 descreve as características dos protocolos, técnica utilizada, temperatura e os principais resultados obtidos de cada estudo após o período de intervenção. De modo geral, a duração da prática de hidroterapia variou de 4 semanas a 16 semanas, com duração da sessão entre 40 a 60 minutos e a frequência de 2 a 5 vezes por semana. Quanto aos tipos de técnicas utilizadas nos estudos, destacam-se: hidrocinesioterapia (AYÁN *et al.* 2012; AYÁN *et al.* 2013; RODRÍGUEZ *et al.* 2013; VOLPE *et al.* 2014; CARROL *et al.* 2017; PALAMARA *et al.* 2017;), Ai Chi (CRUZ *et al.* 2015, 2017,2018), Halliwick (VIVAS *et al.* 2011). Dentre as condutas realizadas, destacam-se aquelas que utilizaram intervenções que exigiam: alongamento de membros inferiores, exercício de amplitude de movimento, exercício de equilíbrio, mobilidade do tronco, treino de marcha e fortalecimento. Os principais resultados de cada autor estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 - Características dos protocolos e resultados dos estudos.

Referência	Protocolos de intervenção	Resultados
Vivas <i>et al.</i> 2011	GC (n: 6) realizou os mesmos exercícios que o grupo experimental em ambiente terrestre. GE (n: 5): aquecimento, exercício de mobilização do tronco, exercícios para o equilíbrio e exercícios de transferência de mudança de posição. 4 semanas; 2x na semana; 45 min/sessão. Técnica utilizada: Halliwick	O GE melhorou o equilíbrio (EBB) em comparação com o grupo GC. Entretanto, não foi encontrado melhora, em ambos os grupos, nas variáveis: velocidade, cadência e comprimento do passo (SAM) e mobilidade funcional (TUG) e progressão da patologia (UPDRS – parte III).
Any <i>et al.</i> 2012	GE1 (n: 16):exercícios de baixa intensidade com as seguintes condutas: aquecimento, exercícios para o equilíbrio, jogos em grupo e resfriamento. GE2 (n: 9) exercícios focando na resistência muscular contendo as seguintes condutas: aquecimento, caminhada em várias direções, andar contra resistência, alongamento suave e treino de resistência com flutuadores 12 semanas; 2x semana; 60min/sessão. Técnica utilizada: Hidro Cinesioterapia	O GE2 mostrou mudanças significativas na mobilidade funcional (FTSTS) e diminuição dos sintomas motores (UPDRS-parte III), por outro lado os resultados no GE1 não foram significativos.

Any et al. 2014	GC (n: 9): aquecimento (caminhadas leves e exercício de amplitude de movimento de MMSS); exercícios aeróbicos e alongamentos da musculatura de MMII GE (n: 16): exercício combinado (FA+FC). As sessões de FC (mesmo protocolo do GC) acrescidos de sessões de FA de baixa intensidade: Aquecimento, exercícios para o equilíbrio, jogos em grupo e resfriamento. 16 semanas, 2x na semana, 60min/sessão. Técnica utilizada: Hidro Cinesioterapia	A intervenção melhorou os parâmetros da marcha: velocidade, cadência e comprimento do passo (SAM) tanto no GE como no GC.
Rodriguez et al. 2013	(n: 9) Aquecimento, treino de equilíbrio, treino de coordenação motora, treino de marcha, alongamento passivo de MMII. Sem grupo controle. 5 meses, 1x na semana, 50min/sessão. Técnica utilizada: Hidro Cinesioterapia	Houve melhoras significativas no comprimento da passada, do passo e velocidade (SAM) após a intervenção.
Volpe et al. 2014	GC (n: 17) realizou os mesmos exercícios do GE, porém, adaptados para o ambiente Terrestre. GE (n: 17) aquecimento cardiovascular, alongamento de MMII, treino de equilíbrio baseado em turbulência na água e exercícios de relaxamento. Técnica utilizada: Hidro Cinesioterapia.	Ambos os grupos tiveram melhora no equilíbrio (EBB+ABC), diminuição dos sintomas motores da doença (UPDRS-parte III), diminuição das quedas (FES). Entretanto, os resultados foram mais acentuados no GE.
Cruz et al. 2015	(n: 15) Aquecimento, exercício para mobilidade do tronco, treino de marcha, exercícios de amplitude de movimento para MMII e MMSS associados com exercícios respiratórios e relaxamento. Sem grupo controle. 10 semanas, 2x na semana, 45min/sessão. 2 meses, 5x semana, 40min/sessão Técnica utilizada: Ai Chi	Houve melhoras significativas no equilíbrio (EMET) e na mobilidade funcional (TUG). Além disso, após um mês de acompanhamento esses ganhos se mantiveram.
Cruz et al. 2017	GC (n: 15): Aquecimento, exercício para a marcha, mobilidade do tronco, amplitude de movimento de MMSS e MMSS, exercício aeróbico, proprioceptivo e relaxamento. GE (n: 15): exercícios de relaxamento que associavam exercícios respiratórios, mobilidade do tronco, amplitude de movimento de MMSS e MMII e exercícios de coordenação motora. 10 semanas, 2x semana, 45min/sessão. Técnica utilizada: Ai Chi.	Foram encontradas melhoras significativas na mobilidade funcional (EMET) e diminuição dos sinais motores (UPDRSparte III) no GE em relação ao GC
Carrol et al. 2017	GC (n: 10): fazendo uso apenas de tratamento farmacológico. GE (n: 11): exercícios de relaxamento que associavam exercícios respiratórios, mobilidade do tronco, amplitude de movimento de MMSS e MMII e exercícios de coordenação motora. 10 semanas, 2x na semana, 45min/sessão. Técnica utilizada: Ai Chi	Não foram encontradas melhoras boas parâmetros da marcha comprimento do passo, tempo de passo em ambos os grupos. Entretanto houve diminuição dos sinais motores no GE.
Palamara et al. 2017	GC (n: 17): Aquecimento cardiovascular, alongamento de MMII e MMSS, exercício aeróbico, treino de equilíbrio (esteira) GE (n: 17): exercício combinado (FA+FC). As sessões de FC (mesmo protocolo do GC) acrescido de FA com as seguintes condutas: aquecimento, exercícios aeróbicos, treino de equilíbrio e marcha, exercício coordenação motora mobilidade do tronco e relaxamento. 4 semanas, 5x na semana, 60min/sessão Técnica utilizada: Hidro Cinesioterapia.	Ambos os grupos tiveram melhoras significativas no equilíbrio, mobilidade funcional e diminuição dos sinais motores. Porém, após os seis meses de acompanhamento, os ganhos persistiram apenas no variável equilíbrio no GE.

Cruz 2018	GC (n: 15): Aquecimento, exercício resistido para MMII e MMSS, treino de marcha, exercícios de mobilização do tronco, exercícios de amplitude de movimento e relaxamento. GE (n: 14): Aquecimento, exercício para mobilidade do tronco, treino de marcha, Exercícios de amplitude de movimento para MMII e MMSS associados com exercícios respiratórios e relaxamento. 11 semanas, 2x na semana, 45min/sessão. Técnica utilizada: Ai Chi	Ambos os grupos tiveram melhoras significativas na capacidade funcional da marcha.
-----------	---	--

GC: Grupo controle; GE: Grupo experimental; GE1: Grupo experimental 1; GE2: Grupo experimental 2; FA: Fisioterapia aquática; FC: Fisioterapia convencional; MMII: Membros inferiores; MMSS: Membros superiores

Avaliação da Qualidade metodológica

A qualidade metodológica dos estudos encontrados variou de baixa a alta. Sendo quatro estudos obtiveram escore 4 (VIVAS *et al.* 2011; ANY *et al.* 2012; ANY *et al.* 2013; RODRIGUES *et al.* 2013); dois obtiveram escore 6 (CRUZ *et al.* 2015, 2018); quatro obtiveram escore 7 (VOLPE *et al.* 2014; CRUZ *et al.* 2017; CARROL *et al.* 2017; PALAMARA *et al.* 2017). O resultado dessa análise pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológicas dos estudos

ESTUDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Vivas <i>et al.</i> 2011	X	X						X		X	X	4
Any <i>et al.</i> 2012	X							X	X	X	X	4
Any <i>et al.</i> 2014	X							X	X	X	X	4
Rodriguez <i>et al.</i> 2013	X	X						X		X	X	4
Volpe <i>et al.</i> 2014	X	X	X	X			X	X	X	X	X	7
Cruz <i>et al.</i> 2015	X	X		X				X	X	X	X	6
Cruz <i>et al.</i> 2017	X	X		X			X	X	X	X	X	7
Carrol <i>et al.</i> 2017	X	X	X	X				X	X	X	X	7
Palamara <i>et al.</i> 2017	X	X	X	X			X	X		X	X	7
Cruz 2018	X	X		X				X	X	X	X	6

1-critérios de elegibilidade (não é pontuado no escore); 2-randomização entre grupos; 3- distribuição cega dos sujeitos; 4-semelhança entre grupos na análise inicial; 5-cegamento dos sujeitos; 6-cegamento dos terapeutas; 7-cegamento dos avaliadores; 8- 85% de aproveitamento da amostra em um desfecho; 9- mesmo tipo de avaliação e análise dos dados para os grupos interdependente de intervenção ou controle; 10-comparações estatísticas intergrupos de pelo menos um desfecho chave.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os 10 estudos que compuseram esta revisão de literatura apoiam o uso da fisioterapia aquática no tratamento da marcha de pacientes com doença de Parkinson, sendo mais consistente as evidências relacionadas a mobilidade funcional, equilíbrio e diminuição dos sintomas motores (UPDRS-III) durante a marcha. Por outro lado, algumas pesquisas ainda possuem resultados

contraditórios nos parâmetros cinemáticos.

Na análise descritiva da amostra, observou-se certa heterogeneidade nas características da população geral dos artigos selecionados. Uma vez que, todos utilizaram idades e tempo de diagnóstico bastante diversificado, o que pode ocasionar grandes diferenças nos resultados finais após a intervenção, pois quanto maior a idade, tempo de patologia; pior será o prognóstico. Visto que a doença de Parkinson é uma doença crônica e sem cura que inicia com sintomas leves em algum membro e nos estágios finais deixa o indivíduo inteiramente dependente (HOEHN, 1988). Além disso, os autores utilizaram em suas amostras pacientes em diversos estágios, sendo que indivíduos nos estágios iniciais da patologia (I e II) podem se beneficiar mais rapidamente em comparação com indivíduos nos estágios avançados (III e IV).

Ao analisarmos as diferenças entre os grupos experimentais e os grupos controles, foi observado que a fisioterapia aquática demonstrou ser mais eficaz quando realizada isoladamente ou combinada (VIVAS *et al.* 2011; VOLPE *et al.* 2014; CRUZ *et al.* 2017; ANY *et al.* 2013; PALAMARA *et al.* 2017). Melhoras significativas na mobilidade funcional, equilíbrio, comprometimento motor, velocidade, cadência e comprimento do passo foram maiores no grupo experimental em relação ao grupo controle. Além disso, um único estudo (VOLPE *et al.* 2014) avaliou o risco de quedas e o medo de cair através das escalas FES e ABC e no final da intervenção foi notado melhora nos escores, mostrando assim que programas de reabilitação aquática poderá ser uma boa alternativa para melhorar a capacidade funcional da marcha e com isso diminuirá os riscos de quedas e o medo nesta população.

Os parâmetros da marcha foram desfechos pesquisados em quatro estudos (VIVAS *et al.* 2011; CARRIEL *et al.* 2017; AYN *et al.* 2013; RODRIGUEZ *et al.* 2013), eles avaliaram predominantemente indivíduos nos estágios I ao III. Dentre eles, dois estudos (ANY *et al.* 2013; RODRIGUEZ *et al.* 2013) reportaram que a velocidade, cadência e comprimento do passo melhoraram no grupo experimental. Além disso, houve alterações também nos ângulos do quadril, joelho e tornozelo durante a marcha no plano sagital. Entretanto, os outros dois estudos (VIVAS *et al.* 2011; CARRIEL *et al.* 2017) não encontram resultados positivos nesse mesmos parâmetros, Fortalecendo assim que tais variáveis precisam ser mais pesquisadas em estudos de boa qualidade metodológica com um número amostral suficiente, pois a média de participantes por estudo foi de 16 e além disso existe apenas um ensaio clínico randomizado de escore 7 analisando esse desfecho (CARRIEL *et al.* 2017).

Em relação aos estudos que investigaram a mobilidade funcional, equilíbrio e progressão da patologia, sete estudos de qualidade metodológica regular a boa investigaram essas variáveis. A maioria relatou melhoras significativas em todas elas, exceto o estudo de Vivas *et al.* (2011) a qual não observou melhora na variável mobilidade funcional (TUG) e progressão da patologia (UPDRS-parte III), em ambos os grupos. Pode inferir-se que a falta de padronização do protocolo poderá influenciar os resultados, pois este foi o único estudo que realizou o tratamento em apenas quatro semanas, numa frequência de duas vezes semanal, totalizando oito sessões. Diferente dos outros os quais o tempo de tratamento durou em média 9 semanas com frequência de 3 vezes por semana. Conseqüentemente, a aplicação de parâmetros distintos como tempo de intervenção, frequência semanal e duração dificultam os objetivos desejados; visto que uma boa avaliação do estágio da patologia, a qual o paciente se encontra, permite o profissional a determinar quantas sessões o paciente poderá obter bons resultados.

Na análise das condutas utilizadas, foi observada certa similaridade, independentemente da técnica utilizada. Porém, o estudo de Ayán *et al.* (2012) comparou dois grupos de fisioterapia aquática, com condutas diferentes. O grupo 1 realizou exercícios de baixa intensidade, enquanto o grupo 2 realizou exercícios focado na resistência muscular. No final da intervenção os ganhos de mobilidade funcional e diminuição dos sinais motores da doença foram mais acentuados no grupo 2. Podemos deduzir que exercícios focados na resistência muscular devem ser incorporados em protocolos de fisioterapia aquática, pois ajudam a potencializar os resultados da capacidade funcional da marcha nesses indivíduos.

Esses estudos apresentaram qualidades metodológicas bastante diferentes, porém foi possível observar um fator limitante a qual prejudicou a metodologia da maioria dos estudos do tipo ensaio clínico randomizado; a ausência do item 3 (CRUZ *et al.* 2015, 2017, 2018) e o item 7 (CRUZ *et al.* 2015; CARROL *et al.* 2017; CRUZ, 2018) da escala PEDro. Estes itens levam em conta a alocação secreta e cegamento dos avaliadores; ambos são bastante importantes para eliminar o risco de viés do estudo. Por outro lado, todos randomizam os sujeitos da pesquisa corretamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados nessa revisão de literatura demonstraram que a fisioterapia aquática promove bons resultados no desempenho da marcha, principalmente no equilíbrio, mobilidade funcional e sintomas motores. Essas melhorias foram demonstradas por pesquisas de razoável a boa qualidade metodológica. Por outro lado, os efeitos da fisioterapia aquática sobre os parâmetros cinemáticos da marcha ainda não estão completamente estabelecidos e precisam ser mais esclarecidos futuramente. Devido às pesquisas serem recentes, uma proposta para futuros estudos é a formação de um grupo de pacientes com estágios idênticos da patologia, para posteriormente serem criados protocolos mais padronizados em relação ao quadro clínico apresentado. Além disso, é bom ressaltar que nenhum dos pesquisadores relatou intercorrências durante o tratamento, o que sugere que este recurso é extremamente útil, seguro e eficaz para a reabilitação da marcha.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. A. F.. Doença de Parkinson: uma visão panorâmica. In: FERRAZ, H. B. Doença de Parkinson: prática clínica e terapêutica. São Paulo, SP: Atheneu, 2005. p. 1-22.

AYÁN, C. *et al.* Effects of two different exercise programs on gait parameters in individuals with Parkinson's disease: a pilot study. *Gait & posture*, v. 39, n. 1, p. 648-651, 2014.

AYÁN, Carlos; CANCELA, José. Feasibility of 2 different water-based exercise training programs in patients with Parkinson's disease: a pilot study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 93, n. 10, p. 1709-1714, 2012.

BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; FAGANELLO-NAVEGA, Flávia Roberta. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 117-122, 2013.

BRAZ, Nayara Felicidade Tomaz *et al.* Effectiveness of Nintendo Wii in functional and health outcomes of individuals with Parkinson's disease: a systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 100-106, 2018.

CAMPION, Margaret Reid (Ed.). *Hidroterapia: princípios e prática*. MANOLE, Limited, Editora, 2000.

CARROLL, Louise M. *et al.* Aquatic exercise therapy for people with Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 98, n. 4, p. 631-638, 2017.

CESARI, Matteo *et al.* Added value of physical performance measures in predicting adverse health-related events: results from the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 57, n. 2, p. 251-259, 2009.

CHO, Catherine *et al.* Frequency/Velocity Mismatch; a Fundamental Abnormality in Parkinsonian Gait. *Journal of neurophysiology*, 2010.

DE LA CRUZ PÉREZ, S. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, v. 53, n. 6, p. 825-832, 2017.

DE SOUSA, Angélica Vieira Cavalcanti *et al.* Influência do treino em esteira na marcha em dupla tarefa em indivíduos com Doença de Parkinson: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 21, n. 3, p. 291-296, 2014.

EBERSBACH, Georg *et al.* Scales in Parkinson's disease. *Journal of neurology*, v. 253, n. 4, p. iv32-iv35, 2006.

HAUSDORFF, J. M. *et al.* Impaired regulation of stride variability in Parkinson's disease subjects with freezing of gait. *Experimental brain research*, v. 149, n. 2, p. 187-194, 2003.

HOEHN, Margaret M. *et al.* Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*, v. 50, n. 2, p. 318-318, 1998.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. In: *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 2009. p. 1000-1000.

LORD, Stephen R. *et al.* Sit-to-stand performance depends on sensation, speed, balance, and psychological status in addition to strength in older people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 57, n. 8, p. M539-M543, 2002.

MIYAMOTO, Samira Tatiyama *et al.* Brazilian version of the Berg balance scale. *Brazilian journal of medical and biological research*, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004.

PALAMARA, Grazia *et al.* Land plus aquatic therapy versus land-based rehabilitation alone for the treatment of balance dysfunction in Parkinson disease: a randomized controlled study with 6-month follow-up. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 98, n. 6, p. 1077-1085, 2017.

PÉREZ-DE LA CRUZ, Sagrario. A bicentric controlled study on the effects of aquatic Ai Chi in Parkinson disease. *Complementary therapies in medicine*, v. 36, p. 147-153, 2018.

PODSIADLO, Diane; RICHARDSON, Sandra. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics Society*, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

POWELL, Lynda Elaine; MYERS, Anita M. The activities-specific balance confidence (ABC) scale. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 50, n. 1, p. M28-M34, 1995.

PREDIGER, Rui DS *et al.* Anxiety in Parkinson's disease: a critical review of experimental and clinical studies. *Neuropharmacology*, v. 62, n. 1, p. 115-124, 2012.

PRINGSHEIM, Tamara *et al.* The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement disorders*, v. 29, n. 13, p. 1583-1590, 2014.

RODRIGUEZ, Paula *et al.* Effects of aquatic physical exercise on the kinematic gait pattern in patients with Parkinson's disease: a pilot study. *Revista de neurologia*, v. 56, n. 6, p. 315-320, 2013.

SHIWA, Sílvia Regina *et al.* PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento*, v. 24, n. 3, 2017.

SIMUNI, Tanya; SETHI, Kapil. Nonmotor manifestations of Parkinson's disease. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, v. 64, n. S2, p. S65-S80, 2008.

SUAREZ, Hamlet *et al.* Equilíbrio na doença de Parkinson alterando as informações visuais. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 77, n. 5, 2011.

TERRENS, Aan Fleur; SOH, Sze-Ee; MORGAN, Prue Elizabeth. The efficacy and feasibility of aquatic physiotherapy for people with Parkinson's disease: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, p. 1-10, 2017.

TINETTI, Mary E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 34, n. 2, p. 119-126, 1986.

UMPHRED, Darcy. *Reabilitação neurológica*. Elsevier Brasil, 2011.

VIVAS, Jamile; ARIAS, Pablo; CUDEIRO, Javier. Aquatic therapy versus conventional land-based therapy for Parkinson's disease: an open-label pilot study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 92, n. 8, p. 1202-1210, 2011.

VOLPE, Daniele *et al.* Comparing the effects of hydrotherapy and land-based therapy on balance in patients with Parkinson's disease: a randomized controlled pilot study. *Clinical rehabilitation*, v. 28, n. 12, p. 1210-1217, 2014.

Estimulação Precoce: importância da família no trabalho multiprofissional da equipe técnica da APAE de Seberi RS

Early Stimulation: the importance of the family in the multiprofessional work of the APAE technical team in Seberi RS

Larissa Blau

Fonoaudióloga- CRF a7-10220

Rejane Bonadimann Minuzzi

ORCID-0000-0001-7516-2520

FEEVALE

Fabio Jose Antonio da Silva

ORCID-0000-0002-5881-6438

Leonardo Mafalda

Fisioterapeuta- IESA

CREFITO-170072

Tainá Amorim

Psicóloga – CRP 07/32899

Jaqueline Mendonça

Assistente Social

Karine Stefanello

Pedagoga

Resumo

O presente estudo teve por objetivo descrever, a partir do relato de profissionais de diferentes áreas, como é realizado o serviço de Estimulação Precoce (EP) oferecido pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da cidade de Seberi do estado de Rio Grande do Sul. Participaram os profissionais da área de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, pedagogia, assistência social e professor estimulador precoce na Escola de Educação Especial Cantinho da Esperança. Os indivíduos responderam um questionário online através da plataforma google forms para coleta de seus dados e informações referentes ao desenvolvimento dos seus trabalhos e a participação das famílias no serviço de EP. Os resultados apontaram que os profissionais valorizam a participação da família e atribuem a essa participação o progresso da criança.

Palavras-chave: família. educação especial. estimulação precoce.

Abstract

The present study aimed to describe, from the reports of professionals from different areas, how the Early Stimulation (EP) service offered by the Association of Parents and Friends of the Exceptional (APAE) of the city of Seberi in the state of Rio Grande do Sul is performed. Professionals from the areas of physiotherapy, speech therapy, psychology, pedagogy, social assistance and early stimulator teacher at Cantinho da Esperança Special Education School participated. Individuals answered an online questionnaire through the google forms platform to collect their data and information regarding the development of their work and the participation of families in the PE service. The results showed that professionals value the participation of the family and attribute the child's progress to this participation.

Keywords: family. special education. early stimulation.

INTRODUÇÃO

Nem todos os seres humanos nascem dotados de percepções e habilidades, porém se esses forem estimulados de forma efetiva, terão maior possibilidade de desenvolver-se de forma proporcional as aprendizagens significativas. Deste modo a estimulação precoce vem como prevenção secundária, cujo objetivo é evitar ou amenizar distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor, que tem grande importância para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicossocial da criança a qual envolve questões importantes no processo de ensino aprendizagem.

Conforme as autoras Mattos e Bellani (2010), é possível compreender que a capacidade do organismo em se adaptar ao meio e a plasticidade cerebral estão extremamente ligadas à qualidade, duração e forma de estimulação que recebe o indivíduo.

O atendimento de estimulação precoce deve oferecer os estímulos apropriados para favorecer o desenvolvimento, consolidando e aumentando a estabilidade sócio emocional da criança. Com a realização de um trabalho em equipe é possível ativar seu aprendizado, visto que a criança com dificuldades cognitivas precisa da estimulação e incentivo para desenvolver suas habilidades.

Toda criança, com ou sem algum comprometimento neurológico precisa de estímulos para aprender a se comunicar, engatinhar, sentar, andar e falar. Quando falamos que a Estimulação Precoce da criança com deficiência deve começar o mais cedo possível, falamos de uma série de atividades específicas usadas para auxiliar a desenvolver a capacidade da criança, de acordo com seu grau de comprometimento e da fase de desenvolvimento em que se encontra.

O tratamento precoce é indicado como uma forma de aumentar a interação do organismo com o ambiente, obtendo respostas motoras próximas ao padrão da normalidade e prevenindo a aprendizagem de padrões anormais de movimento e postura. (TUDELLA *et al.*, 2004, p45-52)

Contudo a estimulação vem justamente para acelerar o desenvolvimento senso-motor, cognitivo e afetivo da criança. Se não estimulada nos primeiros anos de vida a criança diminui gradativamente seu ritmo evolutivo, aumentando também o distanciamento dos padrões do desenvolvimento psicomotor, sócio efetivo, cognitivo e da linguagem.

Por esse motivo, o objetivo deste estudo é demonstrar a importância da equipe multiprofissional e do envolvimento familiar nos atendimentos de estimulação precoce dentro da Escola de Educação Especial Cantinho da Esperança APAE.

MÉTODOS

Esse trabalho foi desenvolvido dentro da Escola de Educação Especial Cantinho da Esperança situada na cidade de Seberi no estado do Rio Grande do Sul com o objetivo de abordar a importância do trabalho multiprofissional no serviço de estimulação precoce, bem como, do envolvimento familiar no processo de evolução.

Foi criado um questionário na plataforma Google Forms, com dez questões de múltipla escolha, para os profissionais das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, professor estimulador, psicologia, assistência social e pedagógica, que responderam sobre o trabalho dentro da escola

e como abordam o envolvimento da família.

Foi solicitado para os profissionais responderem o questionário que foi enviado através do e-mail de cada um, com prazo de cinco dias para concluir a tarefa.

RESULTADOS

Participaram seis profissionais de diversas áreas dentro da Escola de Educação Especial Cantinha da Esperança APAE que desenvolvem serviços de estimulação precoce e infantil, bem como atendimentos semanais específicos de cada profissão.

O questionário iniciou demonstrando quantos profissionais de cada área estão atuando dentro da Escola APAE, demonstrando a presença de um profissional de cada área, totalizando seis profissionais na equipe multidisciplinar da estimulação precoce, demonstrados no Gráfico 1 abaixo.

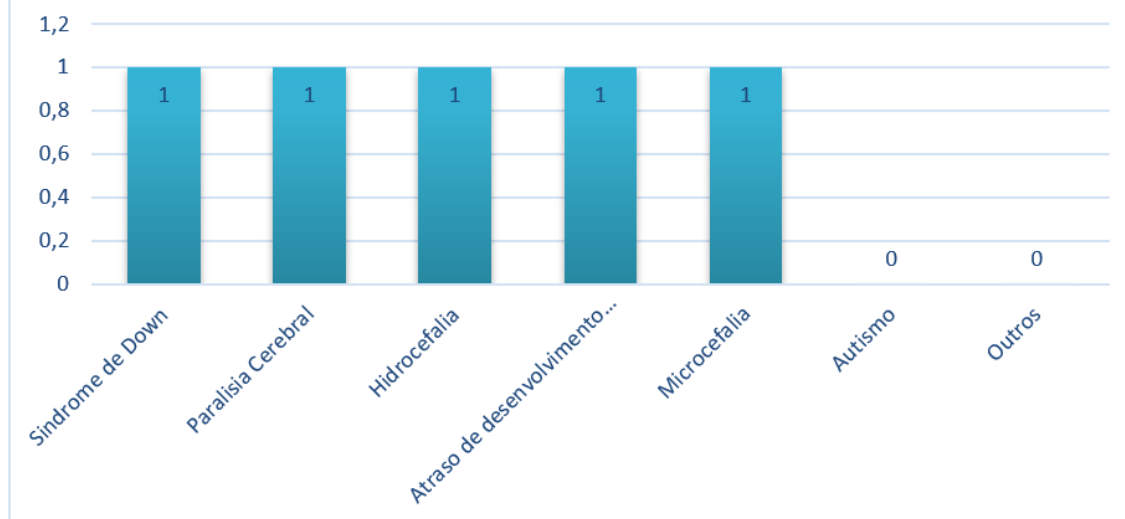
A segunda questão deteve-se ao grau de formação acadêmica dos profissionais, sendo que 50% dos sujeitos realizaram educação superior bacharelado, 33,3% completaram especialização lato sensu pós-graduação e 16,7% especialização stricto sensu mestrado.



Alem disso, cada profissional respondeu em relação aos atendimentos realizados durante a semana na escola de educação especial, totalizando para todos os participantes da pesquisa, de cinco a dez atendimentos. Dentre esses atendimentos, caracterizam pacientes de estimulação precoce somente cinco alunos de um mês de vida até os três anos e onze meses. Bem como, todos os profissionais responderam que acreditam na importância do trabalho multiprofissional.

A partir do questionário sobre a quantidade de pacientes atendidos, foi perguntado aos profissionais em relação as patologia pre existentes nesse ciclo de atendimentos de estimulação precoce. No Gráfico 2 é possível observar quais são os diagnósticos dos pacientes da estimulação.

Gráfico 2 - Patologias dos pacientes segundo neurologista



Em relação aos familiares, obteve-se 100% de respostas que identificam o envolvimento dos pais nos atendimentos somente quando chamados pela equipe. Mesmo que, após cada criança ser atendida é realizado uma devolução ao responsável que está aguardando na sala de espera.

Ainda os profissionais responderam, em comum acordo, que todos recebem atividades e dicas para serem realizadas em casa e a extrema relevância desse processo dentro da família. Porém na questão seguinte, demonstraram, através de 100% das respostas que somente as vezes essas orientações são continuadas em casa.

Em relação aos acompanhamento médico, foi questionado se todos possuem consultas periódicas e todos os profissionais responderam que sim, completando 100% das respostas.

DISCUSSÃO

Através dos questionários, pode-se perceber que todos os profissionais trabalham de forma conjunta e desenvolvem um papel muito importante na estimulação precoce na Escola de Educação Especial Cantinho da Esperança APAE. Todas as informações coletadas demonstram que todos os sujeitos acreditam neste trabalho e neste processo, bem como no envolvimento dos familiares dos pacientes.

O tema dos questionários girou em torno da estimulação precoce, também conhecida por alguns autores como estimulação essencial, ela pode ser considerada como uma prevenção secundária, na qual os objetivos são evitar e/ou amenizar distúrbios do desenvolvimento Neuropsicomotor (TUDELLA *et al.*, 2004, p. 45-52).

O conceito básico do mesmo se prende à importância da estimulação, ou seja, um conjunto de ações que tendem a proporcionar à criança as experiências necessárias, a partir de seu nascimento, para lhe garantir o desenvolvimento máximo de seu potencial perante seu diagnóstico. (ESTIMULAÇÃO PRECOCE, 1996, p. 09).

O tratamento precoce é indicado como uma forma de aumentar a interação do organismo com o ambiente, obtendo respostas motoras próximas ao padrão da normalidade e prevenindo a aprendizagem de padrões anormais de movimento e postura (TUDELLA *et al.*, 2004, p45-52), por esse modo que as crianças estão sendo atendidas na Escola APAE bem antes de iniciar seu histórico escolar.

Complementando acima, a intervenção é considerada precoce quando iniciada antes que os padrões de postura e movimentos anormais da criança tenham sido instalados, ou seja, nos primeiros quatro meses de idade do bebê seria a época essencial para se iniciar o acompanhamento com profissionais (FORMIGA *et al.*, 2004).

Tendo em vista, todo e qualquer estímulo precoce que a criança recebe é essencial e constitui a base do seu desenvolvimento futuro. Como o próprio nome já diz, o estímulo tem como objetivo desenvolver e potencializar, através de jogos, exercícios, técnicas, atividades, e de outros recursos, as funções do cérebro da criança beneficiando seu lado intelectual, seu físico e sua afetividade independente do diagnóstico.

Este tipo de atendimento tem o papel de proporcionar atividades destinadas ao desenvolvimento cognitivo-motor da pessoa com deficiência, nos primeiros anos de vida, podendo alcançar o seu pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo é destinada a criança na faixa etária de 0 a 3 anos e 11 meses, com fim de evitar ou minimizar as consequências da deficiência, onde é preciso que o bebê exercite ao máximo, suas capacidades, antes que a deficiência traga maiores dificuldades no seu desenvolvimento.

Os resultados da estimulação evidenciaram duradouros benefícios para o desenvolvimento do indivíduo, desde que a ação estimuladora se efetue nos primeiros anos de vida, de forma regular e sistemática, sem descontinuidade e sem interferência de fatores francamente negativos. (ESTIMULAÇÃO PRECOCE, 1996, p. 21).

Em relação aos atendimentos, é importante a preocupação com o desenvolvimento da criança, que podem ajudar conversando sempre, incentivando a criança, auxiliando-a nas dificuldades, mas sempre lembrando que o ideal é que ela aprenda naturalmente. Não se deve esquecer, porém, que o nosso estímulo é muito importante para as crianças.

O diagnóstico e o atendimento precoce são muito importantes, pois podem prevenir sequelas ou atraso, quanto mais cedo se estimular à criança e conscientizar a família das suas potencialidades, mais resultados positivos se conseguirão. Citando “quanto mais cedo à criança com deficiência for submetida a programas de estimulação tanto melhor será o prognóstico de sua reabilitação”(ESTIMULAÇÃO PRECOCE, 1996, p. 10).

Alguns sinais de alerta para detecção de desvios no desenvolvimento neuro-psicomotor podem ser observados, inclusive por leigos: criança com hipertonia ou muito mole (hipotonia); movimentos muito rápidos e sem parar; muito quieto; não controla a cabeça, mãos, braços, pernas e pés sem flexão continuam, desvio dos eixos oculares, assimetria dos braços e pernas, sucção ou deglutição fraca, ausente ou irregular; sono perturbado, ausência de vocalização, língua profusa (por fora), não reconhece seus familiares, dificuldade no andar, pouco equilíbrio, cai com facilidade.

Os educadores que trabalham com crianças na educação especial, visando desenvolver

um bom trabalho, acreditam também na orientação à família, onde deve haver uma classificação das necessidades de cada uma, visto que algumas famílias apresentam estruturas coerente à educação adequada e outras, em níveis graduais de gravidade, apresentam desestruturas que conseqüentemente atingem o desenvolvimento da criança de menor a maior grau.

A estimulação global deve ser vista e realizada no sentido de que a criança é um ser único, especial, com suas particularidades e influenciada não só pelas suas características neuromaturacionais e genéticas, mas pelo ambiente que a cerca (MOELLER, 2006, p. 26-31), nesse sentido se acredita nos ambientes da Escola e no atendimento multi.

Todos os profissionais afirmaram ser de extrema importância o aspecto lúdico, já que muitas vezes esta é a única forma de conseguir se aproximar das crianças com deficiência e ganhar sua confiança. A professora pedagoga também afirmou que um ambiente com brincadeiras faz as crianças se sentirem a vontade, fazendo com que ela conquiste a sua confiança.

De acordo com Saldanha (2014, p. 121), o jogo deve ser usado como atividade de ensino e aprendizagem, pois além de contribuir com várias aquisições e descobrimentos, “favorece a aprendizagem significativa devido ao seu efeito motivante que permite o interesse necessário para a aprendizagem”.

Whitman (2015, p. 191) afirma que a brincadeira é um importante veículo para o entendimento e avaliação do desenvolvimento sensorio-motor, cognitivo, linguístico, social e emocional das crianças, pois, por meio das atividades lúdicas é possível verificar seus pontos fortes e limitações.

Observamos também a importância do trabalho multidisciplinar, Whitman (2015) diz que é preciso desenvolver um trabalho em equipe, onde os profissionais estabelecem ampla comunicação, garantindo que os métodos utilizados se complementem uns aos outros. Durante a pesquisa, ficou claro o quanto esse trabalho é realizado e sua importância para o planejamento da estimulação essencial.

Independentemente do grau de dificuldade, a participação da família é de fundamental importância no processo educacional da criança, para dar continuidade e acompanhamento ao trabalho da equipe técnica e dos profissionais da escola. O dialogo sempre é necessário e importante. A liberdade de a familiar consultar profissionais adequados sempre torna a família mais estruturada, dinâmica aceitando melhor a convivência. E a criança também se sentirá melhor, percebendo que tem limitações sim, mas ninguém a vê como uma incapaz, pelo contrário. Combinando com as informações coletadas no questionário através da visão dos profissionais da APAE.

O trabalho de Orientação Familiar pode ser desenvolvido de várias formas: a orientação familiar rotineira, orientação de familiares em grupos e orientação familiar técnica, maneiras pelas quais a equipe de profissionais realizam estas tarefas.

De outro modo, deve-se levar em conta que da mesma forma que os pais em casa podem auxiliar a desenvolver e continuar a estimulação, eles também podem fazer muito pela criança e não deixar ela aprender. Sendo assim acabam contribuindo de maneira não eficaz para o desenvolvimento da criança com dificuldades motoras e cognitiva (BELINI; FERNANDES, 2008), isso corrobora com a pesquisa, onde, os profissionais referem sobre orientar os familiares

sobre atividades para realizarem em casa.

As orientações devem esclarecer quanto às etapas do desenvolvimento da criança e necessidades específicas da mesma, para que a família possa desenvolver atividades de acordo com o nível e a capacidade da criança, estimulando da melhor forma possível.

Sem o envolvimento familiar, a intervenção tem muito risco de não obter avanço, e os poucos efeitos atingidos ficam propensos a desaparecer quando a intervenção não continua em casa (SANTOS *et al*, 2009).

De tal forma que, Silva, Gaiato e Reveles (2012, p. 96) afirmam que o acolhimento e a orientação para as famílias são fundamentais para que elas deixem de lado crenças errôneas, e não se desgastem com culpas desnecessárias e sem propósitos.

As famílias depositam na APAE a confiança e a esperança de ver seu filho mais independente e autônomo. A afetividade é um dos elementos mais importantes para o desenvolvimento das crianças e estreitar laços com as famílias é um dos objetivos da instituição. Segundo Sccani *et al*. (2007), o ambiente na qual a criança está inserida é crítico para seu desenvolvimento. É necessário que este proporcione condições adequadas para o aprendizado e o reaprendizado, fornecendo a maior qualidade de estímulos possíveis.

A terapia pode e deve ser feita no lar da criança e nos locais em que frequenta como: escolas, igrejas, entre outros. A participação familiar é fundamental na recuperação e integração social do paciente (SCCANI *et al*, 2007).

As estratégias para a criação de ambientes favoráveis devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades específicas da família, considerando seus aspectos sociais, culturais e econômicos (SCCANI *et al*, 2007).

Quando os pais aprendem o que é certo em terapia e repetem esse aprendizado para o cotidiano da criança, sendo que esse aprendizado é transferido para os locais onde a criança convive, já é uma forma de estimular os mecanismos plásticos do sistema nervoso central e contribuir para o aprendizado dessa função que foi aprendida (MATTOS e BELLANI, 2010, p.11).

As autoras ainda salientam que os pais podem auxiliar a movimentação voluntária normal da criança através de manuseios direcionados e adequação do ambiente, sempre tendo em vista os aspectos relacionais desta criança, através do lúdico e do afeto (MATTOS e BELLANI, 2010, p.11).

O autor Sccani *et al*. (2007) relata que, tem sido cada vez mais discutida a importância da família como fator que pode influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da criança, intervindo de forma a amenizar ou potencializar os efeitos das complicações orgânicas e/ou ambientais, quando existentes. Por isso é essencial a orientação e acompanhamento dos familiares durante a estimulação e tratamento da criança.

Diante da leitura de um artigo, os autores ressaltam que quando esta intervenção precoce se focaliza na díade pais-criança, os efeitos são mais favoráveis, garantindo a continuidade do tratamento em casa (TUDELLA *et al*., 2004, p.45-52).

Os autores Silva e Klheinhans (2006) nos seus estudos, nos mostram que Bronfenbrenner foi um dos primeiros pesquisadores a discutir que uma intervenção precoce é muito mais

efetiva se a família fazer parte ativamente no processo e na prática do tratamento.

É possível observar também, diante do autor, que outros estudos de estimulação que incluíram envolvimento dos pais indicaram um resultado mais positivo no desenvolvimento da criança que nasceu com alterações neurocognitivas, enquanto estudos de intervenção que não envolvem pais foram menos eficazes (SILVA; KLHEINHANS, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, diante das pesquisas e do desenvolvimento do estudo com base em autores da área, pode-se concluir que a estimulação precoce é muito significativa na vida das crianças com qualquer deficiência, pois utiliza de técnicas que estimulam o alcance de habilidades funcionais das crianças, diminuindo atrasos e proporcionando a elas, experiências sensorio-motoras para ampliar ao máximo seu potencial.

Do mesmo modo, afirma-se que a inserção da família de crianças que nascem com deficiência é de grande relevância desde o momento da anamnese até o final do seu histórico escolar. Além disso, a troca de informações, orientações dos terapeutas com a família garante que estes entendam a importância da terapia continuada e da prática funcional para o desenvolvimento neuro-psicomotor. Sendo que, uma vez ensinado aos pais, tem-se a certeza de que vão realizar de forma eficaz a interação dentro de casa.

A família sempre será mediadora do crescimento cognitivo e motor da criança nos primeiros anos de vida e a equipe de profissionais deve desenvolver e identificar as necessidades que esta criança possui.

REFERÊNCIAS

BELINNI, A. E. G.; FERNANDES, F. D. M. Olhar e contato ocular: desenvolvimento típico e comparação na Síndrome de Down. *Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia*: 2008; 13(1):52-9.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria dos direitos da cidadania. *Estimulação Precoce: serviços, programas e currículos*. Brasília, 1996, 3ed.

FORMIGA, C. K. M. R. *et al.* Desenvolvimentos motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 2004; v.8, n.3, p. 239-245.

MATTOS, B. M.; BELLANI, C. D. F. A importância da estimulação precoce em bebês portadores de síndrome de down: revisão de literatura. XIII Congresso Estadual das APAEs - IV Fórum de Autodefensores: Blumenau, 2010.

MOELLER, I. Diferentes e Especiais. *Revista Viver Mente e Cérebro*, jan.2006; n. 156, p.26-31.

Movimento & Percepção: Espírito Santo do Pinhal, SP, jan/jun 2009; v.10, n.14

SALDANHA, A. *O Jogo nas crianças autistas*. Lisboa: Coisas de ler, 2014.

SANTOS, E. P. *et al.* O resgate das brincadeiras tradicionais para o ambiente escolar.

SCCANI R. *et al.* Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. *Scientia Medica*, Porto Alegre, jul/set. 2007; v.17, n.3, p.130-137.

SILVA M. F. M. C.; KLHEINHANS, A. C. S. Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. *Revista Brasileira Edição especial*, Marília, Jan/Abr; 2006 v.12, n.1, p. 123-138.

SILVA, A. B. B.; GAIATO, M. B.; REVELES, L. T. *Mundo Singular: entenda o autismo*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012, p.96.

TUDELLA E. *et al.* Comparação da eficácia da intervenção fisioterapêutica e tardia em lactentes com Paralisia Cerebral. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, jul/ago., 2004; v.17, n.3, p. 45-52.

WHITMAN, T. L. *O desenvolvimento do autismo: social, cognitivo, linguístico, sensorio-motor e perspectivas biológicas*. São Paulo, M. Books, 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais a qual ajuda a manter a escola de educação especial cantinho da Esperança, que oportunizou esta pesquisa e este trabalho.

A importância da estimulação infantil na primeira infância

Larissa A. Blau

Fonoaudióloga

Leonardo Mafalda

Fisioterapeuta

Rejane Bonadimann Minuzzi

Estimuladora

ESCOLA CANTINHO DA ESPERANÇA SEBERI/RS

MARCOS DA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

De 0 a 1 ano:

- Até 2 meses: choro e movimentos do corpo
- 2 a 3 meses: sons guturais, gorjeio (grrrr, aaa), Controle da cervical.
- 4 a 7 meses: Balbucio - início de sílabas (bababa, mamama). Rola
- 8 a 12 meses: primeiros vocábulos (substantivos e verbos). Senta e fica em pé.

De 1 Ano até 2 anos:

- Caminha, corre e pula
- Inventário fonético pequeno: mas já tem capacidade de falar palavras, nomear.
- Vocabulário/Estruturas silábicas simples.
- Brincadeiras: imitações de situações vivenciadas, blocos e encaixes. Fase dos diálogos.

De 2 Anos até 3 anos:

- Aprimoramento da coordenação motora e equilíbrio;
- Vocabulário bom.
- Brincadeiras faz de conta.
- Nomeação, habilidade de responder sentenças e compreender conceitos de oposições.
- Estruturas frasais mais completas.

De 3 Anos até 4 anos:

- A criança já adquiriu a maioria dos fonemas para formar palavras.
- Perguntas frequentes, interesses sobre tudo que rodeia.
- Frases negativas, relativas e interrogativas.

A partir dos 4 anos:

- Aquisição das palavras mais complexas;
- Domina quase todos os sons da língua.
- Compreendem histórias maiores e são capazes de responder a perguntas simples sobre a mesma.
- Demonstra habilidade para narrar histórias e fatos.
- Fala fluente com estruturas frasais semelhantes ao adulto.

ALTERAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO (LINGUAGEM)

Comprometimento no curso evolutivo da aquisição da linguagem, atingindo os aspectos cognitivos e/ou sociais.

Atraso global do desenvolvimento:

Afetam várias áreas do desenvolvimento, como habilidades de **interação social, motoras, comunicação e comportamental, afetado sua adaptação social, educacional e de comunicação;**

O atraso global do desenvolvimento é geral, afetando também a linguagem;

Pode estar associado a patologias, alterações neurológicas ou quadros sindrômicos. Apresenta-se em graus variados e manifestações de diversas intensidades.

Características principais:

- Comunicação verbal ausente ou pouco desenvolvida em relação ao que se poderia esperar para a idade da criança.
- Dificuldades de compreensão verbal, embora não haja deficiência auditiva.
- Pouca atenção à linguagem ambiente assim como aos sons.
- Exploração dos objetos superficial, tendendo a ser repetitiva, pouco diversificada.
- Tempos de atenção e concentração redu-

zidos

- Crianças tendem a mexer em tudo, porém não prestam atenção em algo específico.
- Brinquedo simbólico ausente ou pouco evoluído em relação à idade cronológica.
- Indiferença ou falta de curiosidade em relação ao ambiente e aos brinquedos.
- Dificuldades de relação social.
- Problemas comportamentais diversos.

DICAS DE ESTIMULAÇÃO

- FALAR PAUSADAMENTE, OLHANDO NOS OLHOS DA CRIANÇA (MA—CA—CO);
- A CRIANÇA PRECISA VIZUALIZAR SEUS ROSTO E SUA BOCA PARA IMITAR A ARTICULAÇÃO DAS PALAVRAS;
- PASSAR BATOM ENQUANTO ESTIVER ESTIMULANDO, PARA CHAMAR ATENÇÃO DA CRIANÇA PARA SUA BOCA;
- BRINCAR DE PAPAGAIO, FAÇA ESSA CRIANÇA TE IMITAR;
- REPETIR VÁRIAS VEZES A MESMA PALAVRA OU MÚSICA;
- EXPRESSE AS EMOÇÕES PARA A CRIANÇA;
- ORIENTA-SE NÃO DIZER QUE A CRIANÇA FALOU ERRADO, SOMENTE REPETIR A PALAVRA CORRETA VÁRIAS VEZES;
- ESTIMULE O FAZ DE CONTA, BRINCAR DE ESCONDE-ESCONDE, DE CASTELO, USAR OBJETOS SIMPLES PARA IMAGINAR OUTROS E CONTAR HISTÓRIAS;
- NOMEAR TUDO QUE ESTA NO AMBIENTE, NOMEAR PARTES DO CORPO;
- UTILIZE MÚSICAS PARA BRINCAR, PARA FAZER AS NECESSIDADES DIÁRIAS, PARA TODO E QUALQUER AÇÃO;
- **RE-INVENTE-SE!!!!!!!**

A linguagem é algo inato, ou seja, já nasce com a criança, porém, ela dependerá da maturação e da convivência com o meio externo para que possa ser desenvolvida, sendo muito importante estimulá-la desde o seu nascimento.

Há diversas formas de caracterizarmos a linguagem, pois, ela compreende toda e qualquer forma ou ato de comunicação.

Índice Remissivo

A

acadêmico 50, 51, 59, 63, 66, 120, 126
alunos 16, 17, 53, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 117, 126, 200
AMS 152, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 174, 176, 177, 178, 179, 180
APAE 117, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204
aplicativo 162
APS 21, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103
Apucarana 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181
aquática 182, 183, 184, 185, 187, 192, 193, 194
artes 75, 76, 77, 80, 81, 82
assistencial 31, 51, 63, 66, 71, 94, 95, 103, 104, 159
atenção 13, 14, 20, 23, 27, 29, 31, 32, 37, 39, 52, 53, 69, 73, 75, 80, 84, 85, 86, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 108, 112, 118, 121, 130, 137, 142, 143, 144, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 164, 165, 167, 168, 169, 171, 182, 208, 209
atividades 14, 15, 16, 17, 54, 71, 75, 76, 77, 78, 86, 87, 88, 99, 102, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 148, 155, 158, 159, 160, 168, 188, 189, 190, 199, 201, 202, 203, 204
auditor 69, 71, 72
auditoria 68, 69, 70, 71, 72, 73
avaliação 16, 23, 24, 25, 44, 69, 71, 73, 94, 95, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 112, 114, 115, 117, 121, 127, 132, 151, 154, 157, 160, 186, 189, 190, 192, 193, 203

B

bem-estar 15, 21, 28, 41, 45, 76, 80, 82, 85, 107, 108, 112, 114, 142
bioética 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 63
Brasil 3, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 31, 32, 34, 36, 37, 40, 45, 46, 47, 51, 54, 56, 59, 61, 63, 71, 72, 73, 85, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 117, 123, 124, 125, 127, 131, 136, 138, 139, 142, 143, 152, 168, 169, 172, 196, 215
brasileiras 31, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 95

C

cardiopatia 130, 134, 135, 136, 137, 138, 139
cardiopatias 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137
causas 17, 109, 119, 120, 122, 123, 125, 147, 155
combate 34, 36, 40, 43, 46, 47, 48, 76, 77, 81, 114, 115
comorbidades 13, 14, 15, 59, 184
complementares 20, 30, 31, 32, 33, 57, 58, 60, 62, 63, 64, 65, 85
comunicação 39, 80, 84, 85, 87, 88, 90, 92, 102, 150, 156, 164,

175, 203, 208, 209
congenitas 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 138
controle 16, 27, 69, 70, 72, 76, 80, 103, 142, 143, 155,
164, 169, 183, 185, 186, 187, 191, 192, 193
cooperativa 44, 52, 162, 172, 178
coronavírus 35, 36, 37, 38, 44, 46
COVID-19 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
108, 109, 110, 114, 116, 117
criança 104, 105, 131, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205,
208, 209
crônicas 14, 17, 27, 114, 115

D

dança 17, 59, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117
desafios 29, 30, 32, 38, 39, 41, 44, 46, 47, 50, 51, 52, 55,
62, 83, 84, 86, 87, 88, 90, 118, 160
desenvolvimento 3, 14, 15, 16, 17, 30, 35, 39, 42, 44, 52,
70, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 85, 86, 87, 89, 95, 96, 108,
109, 110, 112, 113, 117, 122, 124, 126, 131, 135,
136, 141, 142, 155, 158, 162, 164, 167, 168, 169,
170, 172, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206,
208
doença 21, 28, 35, 36, 37, 38, 43, 52, 86, 92, 109, 125,
135, 158, 159, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189,
191, 192, 193, 194, 196
doenças 14, 15, 16, 17, 27, 29, 43, 44, 85, 86, 87, 109,
112, 114, 115, 117, 125, 131, 136, 155, 158, 182
doméstica 141, 143, 148

E

educação 15, 29, 30, 31, 53, 54, 60, 63, 64, 65, 71, 72,
75, 78, 82, 89, 104, 110, 113, 116, 154, 162, 164,
165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176,
177, 178, 179, 180, 181, 198, 200, 202, 203, 206
educadores 202
eficácia 17, 20, 27, 64, 70, 150, 162, 164, 182, 206
ensino 29, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 62,
63, 64, 65, 66, 67, 77, 81, 82, 168, 169, 170, 171,
173, 176, 199, 203
envelhecimento 107, 108, 109, 110, 112, 114, 115, 117,
118, 155
EP 188, 198
equipe 13, 29, 40, 43, 77, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90,
91, 92, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 112, 116,
120, 125, 136, 144, 154, 155, 156, 157, 158, 159,
164, 175, 197, 199, 200, 201, 203, 205
escassez 35, 36, 37, 38, 40, 45, 46, 48
especial 38, 44, 46, 53, 91, 95, 111, 121, 142, 148, 150,

198, 200, 202, 203, 206
estimulação 128, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207
exercícios 13, 14, 15, 16, 17, 78, 113, 115, 116, 158, 190, 191, 192, 194, 202

F

família 36, 53, 76, 77, 86, 89, 91, 92, 94, 95, 100, 105, 154, 155, 157, 159, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205
fatores 28, 41, 71, 87, 91, 100, 101, 108, 109, 113, 120, 121, 122, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 143, 162, 164, 184, 202
físicas 14, 15, 17, 77, 78, 80, 81, 88, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 121, 149, 183, 184
físicos 13, 14, 15, 16, 38, 42, 76, 79, 88, 108, 109, 113, 115, 131, 136, 143, 165
fisioterapia 62, 154, 156, 158, 182, 183, 184, 185, 187, 192, 193, 194, 196, 198, 199
formação 15, 17, 29, 30, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 63, 64, 65, 66, 162, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 176, 177, 179, 180, 181, 194, 200
funcional 14, 16, 85, 108, 109, 113, 114, 115, 117, 118, 157, 158, 160, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 205

G

gestão 39, 43, 44, 45, 68, 69, 70, 72, 73, 88, 90, 91, 96, 162, 164, 169, 170, 172, 173, 174, 176, 178, 179, 214

I

indivíduos 14, 20, 28, 78, 85, 108, 114, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 193, 194, 195
inovações 34, 35, 36, 38, 43, 44, 46, 47, 52, 107
intensiva 119, 120, 122, 124, 126, 127
internação 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127

M

marcha 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195
marciais 75, 76, 77, 80, 81, 82
médica 16, 43, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 63, 65, 156, 157, 165
medicina 38, 43, 50, 51, 54, 55, 56, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 139, 156
melhoria 15, 16, 39, 70, 76, 77, 86, 90, 94, 99, 103, 110,

113, 115, 136, 137, 162, 164, 167
mental 15, 16, 21, 41, 42, 76, 112, 114, 117, 126, 142,
153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 189
Minas Gerais 2, 25, 30, 63, 72, 105, 117, 130, 131, 140,
141, 144, 145, 146, 147
Ministério da Saúde 18, 31, 32, 38, 65, 66, 86, 90, 91, 95,
104, 105, 110, 125, 126, 138, 139, 156, 160, 162,
164, 169, 172
mulher 141, 142, 143, 144, 148, 149, 150, 151, 152
mulheres 20, 25, 28, 98, 132, 133, 140, 141, 142, 143,
144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 188
multidisciplinar 51, 83, 86, 88, 90, 120, 125, 143, 144,
153, 154, 155, 156, 159, 200, 203
multiprofissional 91, 92, 106, 154, 156, 159, 182, 197,
199, 200
muscular 14, 76, 80, 113, 115, 158, 183, 184, 190, 194

N

neonatal 119, 120, 121, 122, 124, 126, 127, 130, 131,
132, 136, 137, 138
nordeste 93, 124, 125
norte 28, 124, 125, 131, 135, 140, 141, 144, 164

O

ocupacionais 35, 36, 39, 40, 114
OMS 15, 21, 37, 38, 45, 59, 107, 108, 109, 118, 142, 151,
155, 160, 169
oximetria 129, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138

P

paciente 16, 17, 35, 38, 40, 43, 45, 46, 54, 71, 89, 91, 94,
154, 155, 156, 157, 158, 159, 179, 184, 189, 190,
193, 204
pacientes 13, 15, 16, 17, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44,
45, 46, 47, 102, 121, 123, 124, 154, 156, 157, 158,
159, 183, 184, 185, 187, 192, 193, 194, 200, 201
pandemia 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 106, 107,
108, 109, 110, 116
Parkinson 182, 183, 184, 185, 187, 189, 193, 194, 195,
196
pedagogia 56, 198
permanente 30, 44, 52, 71, 72, 89, 162, 164, 165, 167,
168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178,
179, 180, 181
prática 14, 15, 16, 17, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 63, 65, 69,
73, 76, 78, 80, 81, 92, 94, 96, 103, 109, 112, 113,
114, 115, 116, 117, 142, 148, 154, 157, 159, 162,
164, 167, 169, 170, 172, 176, 177, 178, 179, 180,

181, 190, 194, 195, 205
precoce 43, 77, 81, 85, 125, 128, 131, 136, 137, 138,
198, 199, 200, 201, 202, 204, 205
primária 13, 14, 20, 32, 83, 84, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97,
103, 104, 105, 124, 153, 155, 157, 159, 160, 164,
165
processos 71, 84, 86, 88, 150, 162, 164, 167, 168, 169
profissionais 16, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38,
39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 55, 58, 64, 65, 70,
71, 72, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 100, 101,
102, 103, 105, 112, 118, 120, 121, 124, 126, 132,
137, 138, 141, 150, 155, 156, 157, 158, 160, 164,
165, 167, 168, 169, 171, 175, 176, 177, 180, 198,
199, 200, 201, 202, 203, 205
programas 30, 54, 70, 71, 78, 82, 94, 102, 169, 171, 172,
184, 193, 202, 205
projeto 40, 45, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 98, 107,
109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 145, 155,
160, 162, 168
promoção 15, 17, 20, 21, 28, 29, 32, 33, 66, 71, 85, 86,
87, 91, 109, 112, 114, 115, 136, 143, 155, 157, 158,
160
proteção 15, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 45, 46, 48, 85, 91,
141, 150, 151
pública 23, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 44, 57, 58, 65, 66, 69,
70, 72, 73, 131, 138, 141, 142, 146, 149, 160
público 29, 38, 41, 84, 85, 89, 90, 110, 113, 116, 123, 148,
160
pulso 129, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138

Q

qualidade 14, 15, 17, 18, 24, 25, 27, 28, 29, 44, 45, 46,
47, 52, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 84, 86, 88, 89, 90,
94, 95, 100, 103, 104, 107, 108, 110, 112, 113, 114,
117, 118, 120, 126, 131, 136, 137, 138, 144, 150,
158, 162, 164, 167, 171, 177, 183, 184, 186, 192,
193, 194, 199, 204

R

reabilitação 85, 183, 184, 185, 187, 193, 194, 202
recém-nascido 120, 121, 126, 127, 128, 130, 131, 132,
137, 138
recém-nascidos 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127,
130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137

S

satisfação 87, 88, 90, 91, 92, 94, 100, 177

saúde 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 124, 126, 130, 131, 136, 137, 138, 141, 142, 144, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 182

saúde pública 23, 31, 35, 36, 37, 44, 57, 58, 65, 66, 70, 72, 73, 142, 149

segurança 27, 35, 36, 37, 38, 41, 43, 45, 46, 47, 59, 66, 89, 91, 107, 108, 110, 112, 115, 141, 159

serviço 15, 16, 23, 25, 27, 29, 30, 32, 38, 43, 44, 64, 65, 87, 88, 89, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 132, 141, 152, 162, 164, 165, 168, 171, 198, 199

sistema 3, 15, 28, 37, 41, 44, 45, 69, 70, 71, 72, 79, 84, 85, 86, 89, 90, 94, 95, 108, 124, 150, 162, 164, 169, 172, 183, 184, 189, 204, 214

social 15, 16, 21, 33, 41, 51, 52, 53, 59, 65, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 89, 97, 98, 102, 104, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 116, 117, 144, 148, 156, 157, 164, 169, 198, 199, 203, 204, 206, 208, 209

T

Tatame 74, 75, 78, 80, 81

técnica 65, 69, 72, 75, 79, 81, 97, 100, 168, 169, 170, 171, 176, 177, 179, 180, 181, 190, 194, 197, 203

tecnológicas 35, 36, 38, 39, 43, 44, 46, 47

terapia 27, 59, 62, 119, 120, 122, 124, 126, 127, 155, 156, 189, 204, 205

terapias 20, 32, 44, 58, 60, 64, 65, 75

trabalho 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 64, 65, 69, 70, 75, 77, 79, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 96, 106, 110, 112, 115, 117, 137, 143, 154, 155, 160, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 197, 199, 200, 201, 203, 206

transmissíveis 14, 17, 27, 142

triagem 129, 130, 131, 132, 136, 138

U

único 69, 84, 85, 96, 116, 159, 189, 193, 203

unidade 40, 88, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 119, 120, 122, 123, 124, 126, 127, 132, 144, 153, 154, 155, 157, 158, 159

UTI 120, 121, 123, 124, 125, 127
UTIN 120, 121, 122, 124, 125, 132

V

Vida Ativa 106, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 116
violência 80, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148,
149, 150, 151, 152
vítimas 35, 36, 143, 144, 145, 148, 150, 151, 152
vulnerabilidade 74, 75, 76, 77, 98, 112, 156, 157, 169, 174

Organizadores



Fabio José Antonio da Silva

Licenciatura Plena em Educação Física - UEL/PR. Mestrado em Educação - UFC/CE. Doutorado em Educação Física - UEL/PR. Servidor Público Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. Apucarana/PR. Profissional de Educação Física no SUS.



Rejane Bonadimann Minuzzi

Possui Mestrado em Diversidade Cultural e Inclusão Social- FEEVALE- Novo Hamburgo

Cursou Magistério- I.E.E Madre Tereza- Seberi RS

Graduada em Educação Física- UPF- Campus Palmeira das Missões

Possui sete especializações Pós Graduação nas áreas: Deficiência Intelectual, Práticas Sociais na Terceira Idade, Gestão Educacional, Estimulação Precoce, Práticas da Pedagogia, Ed. Física Escolar, Atendimento Educacional Especializado.

Atualmente é Professora de Ed. Física adaptada na Escola de Educação Especial APAE de Seberi RS e na Universidade Regional Integrada URI- Frederico Westphalen RS

É escritora e poetiza. Já participou de 17 coletâneas nacionais e internacionais, lançou em 2019 o livro ANIGI com uma temática que aborda as deficiências. Ganhou primeiro lugar no projeto Nacional-Literatura Falada II em 2020 com o Conto: A menina da geladeira vermelha.

É acadêmica Imortal na Academia de Artes, Letras e Ciência - A palavra do século 21- cadeira 135

É Acadêmica Imortal Vitalícia da Academia Internacional Mulheres das Letras, cadeira 72

Sócia Efetiva da AJEB-RS (Associação de Jornalistas e Escritores do Brasil, coordenadoria RS).

