

ISBN: 978-65-80261-08-6

Ano: 2019

# SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Organizador  
Orivaldo Florencio de Souza

A stylized graphic in the bottom right corner featuring a red heart and a blue stethoscope. The stethoscope is positioned as if listening to the heart, with its chest piece resting on the right side of the heart and its ear pieces extending upwards and to the left.

**Stricto  
ensu  
Editora**

**Orivaldo Florencio de Souza**

**(Organizador)**

## **Saúde Pública na Amazônia Ocidental**

**Rio Branco, Acre**

## Stricto Sensu Editora

**CNPJ:** 32.249.055/001-26

**Prefixo Editorial:** 80261

**Prefixo DOI:** 10.35170

**Editora Geral:** Profa. Msc. Naila Fernanda Sbsczk Pereira Meneguetti

**Editor Científico:** Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

**Bibliotecária:** Tábata Nunes Tavares Bonin – CRB 11/935

**Revisão:** Os autores

## Conselho Editorial

Prof.<sup>a</sup> Msc. Ageane Mota da Silva (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Acre)

Prof. Dr. Amilton José Freire de Queiroz (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Francisco Carlos da Silva (Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná)

Prof. Dr. Humberto Hissashi Takeda (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Msc. Jader de Oliveira (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho)

Prof. Dr. Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Universidade Federal do Acre)

Prof. Msc. Marco Aurélio de Jesus (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariluce Paes de Souza (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Bernarde (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Prof. Msc. Renato André Zan (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof. Dr. Rodrigo de Jesus Silva (Universidade Federal Rural da Amazônia)

## Ficha Catalográfica

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729

Saúde Pública na Amazônia Ocidental. / Orivaldo Florencio de Souza (Org). — Rio Branco, Acre: Stricto Sensu, 2019.

309 p.: il.

ISBN: 978-65-80261-08-6

DOI: 10.35170/9786580261086

1. Saúde Pública. 2. Amazônia Ocidental. 3. Educação e Saúde. I. Título. II. Souza, Orivaldo Florêncio.

CDD 22. ed: 614.091811

**Bibliotecária Responsável:** Tábata Nunes Tavares Bonin / CRB 11-935

O conteúdo dos capítulos do presente livro, correções e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

É permitido o download deste livro e o compartilhamento do mesmo, desde que sejam atribuídos créditos aos autores e a editora, não sendo permitido a alteração em nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

sseditora.com.br

## Apresentação

O Livro “Saúde Pública na Amazônia Ocidental” apresenta-se como pioneiro no cenário da produção científica amazônica com potencial para subsidiar as práticas nos cuidados da população, considerando o enfrentamento da problemática saúde-doença-cuidado. A abordagem de saúde pública desenvolvida neste livro enaltece o empoderamento dos atores sociais no especial cuidado as populações vulneráveis e a valorização das diversidades e culturas regionais mediante ações de educação e promoção à saúde.

Neste volume, os 23 capítulos revelam o contexto específico da saúde pública no estado do Acre nas áreas da atenção primária à saúde, saúde mental, saúde do escolar, saúde materno-infantil, saúde em populações fronteiriças e acidentes de trânsito. Em especial, o leitor terá oportunidade de conhecer desde a aplicação de políticas públicas emergentes, como as práticas integrativas e complementares, até intervenções educativas em problemas recorrentes, tais como a sífilis. Além disso, a assistência à saúde foi foco em vários capítulos abordando projetos exitosos desenvolvidos no âmbito da atenção primária à saúde.

Em suma, este livro tem um excepcional valor científico visando impulsionar o debate sobre os temas da saúde pública na Amazônia ocidental brasileira.

Desejo a todos uma ótima leitura

Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO. 1.....12**

#### **HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS HIPERTENSOS**

Orivaldo Florencio de Souza (Universidade Federal do Acre)

Wagner de Jesus Pinto (Universidade Federal do Acre)

Tatiane Dalamaria (Universidade Federal do Acre)

Margarida de Aquino Cunha (Universidade Federal do Acre)

Josivana Pontes dos Santos (Universidade Federal de Rondônia)

Edson dos Santos Farias (Universidade Federal de Rondônia)

DOI: 10.35170/9786580261086.01

### **CAPÍTULO. 2.....23**

#### **AÇÃO EDUCATIVA SOBRE SÍFILIS ADQUIRIDA EM UM CENTRO SOCIEDUCATIVO EM RIO BRANCO - ACRE**

Pliscila Ferreira da Silva (Universidade Federal do Acre)

Samara Guimarães de Lima (Universidade Federal do Acre)

Vicência Caroline da Silva Galindo (Universidade Federal do Acre)

Raquel da Rocha Paiva Maia (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.02

### **CAPÍTULO. 3.....32**

#### **MENTE E CORPO ATIVOS NA TERCEIRA IDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO**

Edilândia Melo de Souza (Universidade Federal do Acre)

Maria Maryland de Santana (Universidade Federal do Acre)

Raquel da Rocha Paiva Maia (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.03

### **CAPÍTULO. 4.....44**

#### **ACOLHER PARA CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE RIO BRANCO-ACRE**

Fernanda Oliveira da Costa (Universidade Federal do Acre)

Katia Cilene Withs de Lima (Universidade Federal do Acre)

Patrícia Germano da Silva Lima (Universidade Federal do Acre)

Raquel da Rocha Paiva Maia (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.04

**CAPÍTULO. 5.....53**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: OFICINAS SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA VOLTADAS PARA PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR**

Tamires Sales de Andrade (Universidade Federal do Acre)

Elisângela da Silva Maia (Universidade Federal do Acre)

Alessandra Lima da Silva (Universidade Federal do Acre)

Raquel da Rocha Paiva Maia (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.05

**CAPÍTULO. 6.....67**

**PROMOVENDO AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE TOXOPLASMOSE ENTRE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Eder Ferreira de Arruda (Universidade Federal do Acre)

Aline Rayça Moura Lima (Universidade Federal do Acre)

Herzem Ramos Carioca Júnior (Universidade Federal do Acre)

Sarha Jhersyka Mendes Lira (Universidade Federal do Acre)

Raquel da Rocha Paiva Maia (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.06

**CAPÍTULO. 7.....76**

**PERFIL DE USUÁRIOS E CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A FORMA DE BUSCA PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD)**

Pâmera Katrinny Nascimento Silva (Universidade Federal do Acre)

Rozilaine Redi Lago (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.07

**CAPÍTULO. 8.....92**

**PROTEÇÃO À SAÚDE DE COMUNIDADES AMAZÔNICAS EM ÁREAS FRONTEIRIÇAS BRASIL, PERU E BOLÍVIA**

Isabela Nogueira Pessôa (Universidade Federal do Acre)

Maria da Penha Vasconcellos (Universidade de São Paulo)

Danúzia da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.08

**CAPÍTULO. 9.....110**

PERFIL SOCIOECONÔMICO E O USO DO SERVIÇO PELOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RIO BRANCO – ACRE: CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL

Eveline Penedo da Silva (Universidade Federal do Acre)

Géssica Moura Lima (Universidade Federal do Acre)

Isabela Nogueira Pessôa (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.09

**CAPÍTULO. 10.....124**

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL PARA ADOLESCENTES EM UMA CIDADE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dâmarys Neri Dias Biazi (Centro Universitário Meta)

Laiane Parente de Oliveira (Universidade Federal do Acre)

Isabela Nogueira Pessôa (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.10

**CAPÍTULO. 11.....138**

ETNOGRAFIA E SAÚDE PÚBLICA EM FRONTEIRAS AMAZÔNICAS: APRENDIZADO NO E COM O TRABALHO DE CAMPO

Isabela Nogueira Pessôa (Universidade Federal do Acre)

Maria da Penha Vasconcellos (Universidade de São Paulo)

DOI: 10.35170/9786580261086.11

**CAPÍTULO. 12.....154**

A UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO COMBATE AO ESTRESSE OCUPACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Barbosa da Silva (Universidade Federal do Acre)

Ranna Kíssia Alves das Neves (Universidade Federal do Acre)

Ana Beatriz de Assis Souza (Secretaria Estadual de Saúde do Acre)

Maísa Regina Lima da Cruz (Secretaria Estadual de Saúde do Acre)

Orivaldo Florencio de Souza (Universidade Federal do Acre)



DOI: 10.35170/9786580261086.12

**CAPÍTULO. 13.....163**

**ACIDENTES DE TRÂNSITO E A APLICAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Indira Catiuska Mendonça de Oliveira (Universidade Federal do Acre)

Creso Machado Lopes (Universidade Federal do Acre)

Danúzia da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

Alanderson Alves Ramalho (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.13

**CAPÍTULO. 14.....181**

**MORTALIDADE RELACIONADAS À DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO – ACRE, NO PERÍODO DE 2002 A 2016**

Eufrasia Santos Cadorin (Centro Universitário Uninorte)

Orivaldo Florêncio (Universidade Federal do Acre)

Analdemyra da Costa Moreira (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Rio Branco, Acre)

Terezinha de Jesus Bacelar Sarquis (Universidade Federal do Acre)

Italla Maria Pinheiro Bezerra (Escola Superior de Ciên. da Santa Casa de Misericórdia de Vitória)

Oswaldo de Sousa Leal Junior (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.14

**CAPÍTULO. 15.....193**

**EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA PERCEBIDAS POR USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

Solange Lustoza dos Santos (Universidade Federal do Acre)

Carolina Vieira Dourado (Universidade Federal do Acre)

Helem Christiane Cunha Souza (Universidade Federal do Acre)

Patrícia Mesquita Lima (Universidade Federal do Acre)

Cleriston Nunes Sampaio (Universidade Federal do Acre)

Bruna Lima Rocha (Universidade Federal do Acre)

Rozilaine Redi Lago (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.15

**CAPÍTULO. 16.....209**

**ANEMIA EM PRIMIGESTAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

Vicência Caroline da Silva Galindo (Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre)

Andréia Moreira de Andrade (Universidade Federal do Acre)

Suleima Pedroza Vasconcelos (Universidade Federal do Acre)

Débora Melo de Aguiar (Universidade Federal do Acre)

Leila Maria Geromel Dotto (Universidade Federal do Acre)

Rosalina Jorge Koifman (Fundação Oswaldo Cruz)

Simone Perufe Opitz (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.16

**CAPÍTULO. 17.....221**

**TIPO DE PARTO E A INTENÇÃO MATERNA EM REALIZÁ-LO: ESTUDO QUALIQUANTITATIVO EM RIO BRANCO, ACRE, BRASIL**

Mábia de Jesus Lima (Universidade Federal do Acre)

Debora Melo de Aguiar (Universidade Federal do Acre)

Andréia Moreira de Andrade (Universidade Federal do Acre)

Alanderson Alves Ramalho (Universidade Federal do Acre)

Simone Perufe Opitz (Universidade Federal do Acre)

Fernanda Andrade Martins (Universidade Federal do Acre)

Rosalina Jorge Koifman (Fundação Oswaldo Cruz)

DOI: 10.35170/9786580261086.17

**CAPÍTULO. 18.....237**

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO MUNDO, NO BRASIL E NA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Débora Melo de Aguiar (Universidade Federal do Acre)

Andreia Moreira de Andrade (Universidade Federal do Acre)

Simone Perufe Opitz (Universidade Federal do Acre)

Ilce Ferreira da Silva (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.18

**CAPÍTULO. 19.....252**

MELHORIA DA QUALIDADE DE FASE PRÉ-ANALÍTICA DO LABORATÓRIO CLÍNICO: UM RELATO DE EXPERIENCIA NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE

[Glaúcio Eduardo de Sousa Salomé \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Malcon Adauto Bezerra Peres \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Rogério Lima Pereira \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Débora Melo de Aguiar \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Andréia Moreira de Andrade \(Universidade Federal do Acre\)](#)

DOI: 10.35170/9786580261086.19

**CAPÍTULO. 20.....263**

PESQUISA EM SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAMPO

[Débora Melo de Aguiar \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Fernanda Andrade Martins \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Alanderson Alves Ramalho \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Simone Perufo Opitz \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Andréia Moreira de Andrade \(Universidade Federal do Acre\)](#)

DOI: 10.35170/9786580261086.20

**CAPÍTULO. 21.....272**

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM RIO BRANCO/ACRE: UM RELATO DE EXPERIENCIA

[Gabriela Alves da Silva \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Josiane de Oliveira \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Herleis Maria de Almeida Chagas \(Universidade Federal do Acre\)](#)

DOI: 10.35170/9786580261086.21

**CAPÍTULO. 22.....281**

PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

[Juliana de Lima Menezes \(Universidade Federal do Acre\)](#)

[Lúcia Maria de Souza Prado \(Universidade Federal do Acre\)](#)

Maria Goreth dos Santos Oliveira (Universidade Federal do Acre)

Herleis Maria de Almeida Chagas (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.22

**CAPÍTULO. 23.....296**

**RODAS DE CONVERSA SOBRE A MELHOR IDADE: UMA EXPERIÊNCIA DE GRUPO EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO/ACRE**

Aryel Thomaz Fontenelle de Melo (Universidade Federal do Acre)

Duciana Araújo Pinto (Universidade Federal do Acre)

Rafaela Sales Bonfim Brito (Universidade Federal do Acre)

Herleis Maria de Almeida Chagas (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/9786580261086.23

**ORGANIZADOR.....308**

## HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS HIPERTENSOS

Orivaldo Florencio de Souza<sup>1</sup>, Wagner de Jesus Pinto<sup>1</sup>, Tatiane Dalamaria<sup>1</sup>,  
Margarida de Aquino Cunha<sup>1</sup>, Josivana Pontes dos Santos<sup>2</sup>, Edson dos Santos  
Farias<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi identificar o percentual de hábitos de vida saudáveis recomendados para universitários hipertensos de Rio Branco, estado do Acre, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 874 estudantes universitários. Desses 83 eram hipertensos. Utilizou-se um questionário estruturado com questões referentes às características demográficas, socioeconômicas, antropométricas e hábitos de vida. **Resultados:** A prevalência geral de hipertensão arterial sistêmica dos estudantes universitários foi de 9,5%, sendo maior no sexo masculino (11,6%). Foi identificado alto absenteísmo ao tabaco (90,3%). Aproximadamente metade dos estudantes universitários acometidos pela hipertensão arterial sistêmica (51,8%) relataram frequência de consumo de lanches em 2 dias ou menos na semana e foram classificados como eutróficos no IMC (50,6%). Muito baixa participação foi observada na prática da atividade física no lazer (19,0%) e no consumo regular de frutas e hortaliças em 5 dias ou mais na semana (14,4%). **Conclusão:** Foi evidenciado preocupante magnitude de prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Os achados sugerem imediata implementação ações voltadas à adesão de hábitos de vida saudáveis no tratamento não-medicamentoso para os estudantes universitários hipertensos.

**Palavras chave:** Hipertensão, Adesão do Paciente, Estudantes e Estudos Epidemiológicos.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to identify the percentage of recommended healthy lifestyle habits for hypertensive university students from Rio Branco, state of Acre, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study conducted with 874 university students. Of these 83 were hypertensive. A structured questionnaire with questions regarding demographic, socioeconomic, anthropometric characteristics and lifestyle habits was used. **Results:** The overall prevalence of systemic arterial hypertension in college students was 9.5%, being higher in males (11.6%). High tobacco absenteeism (90.3%) was identified. Approximately half of the university students affected by systemic arterial hypertension (51.8%) reported frequency of eating snacks 2 days or less a week and were classified as eutrophic in BMI (50.6%). Very low participation was

observed in leisure-time physical activity (19.0%) and regular consumption of fruits and vegetables on 5 days or more per week (14.4%). Conclusion: There was a worrying magnitude of prevalence of systemic arterial hypertension. The findings suggest immediate implementation of actions aimed at adhering to healthy lifestyle habits in non-drug treatment for hypertensive college students.

**Keywords:** Hypertension, Patient Adherence, Students and Epidemiological Studies.

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial e está associada aos eventos cardiovasculares. Estudos evidenciaram que a hipertensão arterial é o principal fator de risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, estando associada a 54% dos episódios de acidente vascular cerebral e 47% dos casos de doença isquêmica cardíaca (LAWES et al., 2001). Um estudo do tipo meta-análise revelou que a redução na pressão arterial de aproximadamente 10 mmHg em pacientes com hipertensão arterial sistêmica tem, por consequência, a diminuição do risco de morte por eventos cardiovasculares (LAW et al., 2009).

A manutenção dos hábitos de vida saudáveis são recomendações para o tratamento não-medicamentoso em todos os graus de hipertensão arterial sistêmica (SBH, 2010). Estes hábitos de vida saudáveis envolvem realizar práticas de atividade física, consumo adequado de frutas e hortaliças, redução da ingestão de sódio, abster-se do uso de tabaco e álcool. Apesar dessas recomendações por profissionais da saúde (SANTOS et al., 2012; OMS, 2004), existe baixa adesão a prescrição comportamental (PIERIN et al., 2001; BALDISSERA et al., 2009; LIMA et al., 2010), com enorme subnotificação (LIMA et al., 2010).

Alguns estudos realizados com estudantes universitários na América do Sul identificaram relevante magnitude de prevalência hipertensão arterial sistêmica (GARCIA-GULFO; GARCIA-ZEA, 2010; MARTINS et al., 2010). Embora os estudantes universitários hipertensos tenham instrução escolar suficiente para o entendimento das recomendações de controle da hipertensão arterial sistêmica, o dispêndio de várias horas em estudos e situações de dupla carga perante as atividades ocupacionais e acadêmicas, dificulta a adoção de hábitos de vida saudáveis na prescrição comportamental. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi

identificar o percentual de hábitos de vida saudáveis recomendados para universitários hipertensos.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado no segundo semestre de 2010. Os sujeitos do estudo foram 874 estudantes universitários matriculados em cursos de graduação em uma Universidade pública no município de Rio Branco, estado do Acre. Foram analisadas as informações de 83 estudantes universitários hipertensos. A amostragem está detalhada em Ramalho et al. (2012). O critério de inclusão no estudo foi estar regularmente matriculado e frequentando as aulas em curso de graduação. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre (processo: 23107.011544/2010-94).

Na coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado com questões referentes às características demográficas, familiares, hábitos de vida e antropométricas. A atividade física de lazer e no deslocamento corporal foram classificadas conforme recomendações da Haskell et al. (2007) em ativo (realizar atividade física de intensidade moderada com frequência semanal mínima de cinco vezes e duração diária de pelo menos 30 minutos ou atividade física de intensidade vigorosa com frequência semanal mínima de três vezes e duração diária de pelo menos 20 minutos) e sedentário (não atingir nenhum critério da categoria ativo). O tabagismo foi categorizado em uso de tabaco (fumante diário e ocasional) e abstinência ao tabaco (nunca fumou e ex-fumante).

A frequência semanal do consumo de lanches (salgados, sanduíches e batatas fritas) foi categorizada em: consumo em 3 ou mais dias na semana e 2 ou menos dias na semana. A variável consumo regular de frutas e hortaliças foi composta pela frequência semanal do consumo de frutas e do consumo de hortaliças (desconsiderada a batata, macaxeira e inhame). A combinação de ambas variáveis foi categorizada em: consumo regular em 5 ou mais dias na semana de frutas e hortaliças e o consumo irregular em 4 ou menos dias na semana desses alimentos.

As medidas antropométricas do peso e estatura foram utilizadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Posteriormente, o IMC foi categorizado em:

eutrófico (abaixo de 25 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (entre 25 e 30 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (maior de 30 kg/m<sup>2</sup>) (WHO, 1995).

A variável desfecho hipertensão arterial sistêmica referida foi constituída a partir da questão “Algum médico já lhe disse que você tem hipertensão arterial ou pressão alta?”. A categorização dessa variável foi ser acometida pela hipertensão arterial sistêmica ou não. Esse procedimento foi validado no Brasil por Chrestani et al. (2009).

Os dados foram digitados em rotina elaborada no programa EpiData. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa Stata™ v.10. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica referida foi calculada para amostra total e estratificada por sexo. Somente para os estudantes universitários hipertensos foi identificado o percentual de prática de atividade de lazer, deslocamento corporal, frequência semanal de consumo de lanches, frequência semanal de consumo de frutas e hortaliças, uso de tabaco e IMC para a amostra total e estratificado por sexo. O teste estatístico qui-quadrado de Pearson (p valor ≤ 0,05) foi utilizado para analisar as diferenças dos hábitos de vida saudáveis entre os sexos.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 RESULTADOS

Dos 874 estudantes participantes, foram identificados 336 (38,4%) homens e 538 (61,6%) mulheres. Desses estudantes, 9,5% (83 estudantes) referiram estar acometidos por hipertensão arterial sistêmica. Maior percentual de hipertensão arterial referida foi observada nos estudantes universitários do sexo masculino (11,6%) em contraste ao sexo feminino (8,1%). Na distribuição da amostra total dos estudantes hipertensos, mais de 50% tinham idade entre 21 e 30 anos, estavam na classe econômica familiar C-D, não convivam com cônjuge e tinham 1 ou mais filhos. Não foi verificado diferença estatisticamente significativa entre os sexos para cada variável demográfica e socioeconômica (Tabela 1).



**Tabela 1.** Percentuais das características demográficas e socioeconômicas dos estudantes hipertensos por sexo.

	Todos (n=83)	Sexo		P
		Masculino (n=39)	Feminino (n=44)	
<b>Idade</b>				0,844
20 anos ou menor	15,38	17,14	13,95	
Entre 21 e 30 anos	50,00	51,43	48,84	
31 anos ou maior	34,62	31,43	37,21	
<b>Classe econômica</b>				0,136
A-C	40,24	48,72	32,56	
C-D	59,76	51,28	67,44	
<b>Estado marital</b>				0,559
Com cônjuge	46,99	43,59	50,00	
Sem cônjuge	53,01	56,41	50,00	
<b>Número de filhos</b>				0,517
Nenhum filho	48,78	52,63	45,45	
1 filho ou mais	51,22	47,37	54,55	

Dos estudantes com hipertensão arterial referida, aproximadamente 19% relataram que eram ativos na atividade física no lazer e no deslocamento corporal. Nos hábitos alimentares, aproximadamente metade dos estudantes universitários acometidos pela hipertensão arterial sistêmica referida (51,8%) relataram frequência de consumo de lanches em 2 dias ou menos na semana e somente 14,4% realizavam consumo regular de frutas e hortaliças em 5 dias ou mais na semana. O absenteísmo ao tabaco mostrou o maior percentual (90,3%), enquanto que metade dos estudantes hipertensos (50,6%) eram eutrófico no IMC. Em todas as variáveis analisadas foram identificadas homogeneidade na distribuição entre os sexos, com valores de p acima de 5% (Figura 1).

As mulheres estudantes hipertensas apresentaram maior consumo regular de frutas e hortaliças em 5 dias ou mais na semana (15,9%), absenteísmo ao tabaco (95,4%) e controle do peso corporal (60,0%). Por outro lado, os homens apresentaram maior participação na prática de atividade física no lazer (22,8%), no deslocamento corporal ativo (26,3%) e na baixa frequência de consumo de semanal de lanches (12,8%) (Gráfico 1). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos por cada variável dos hábitos de vida saudáveis.

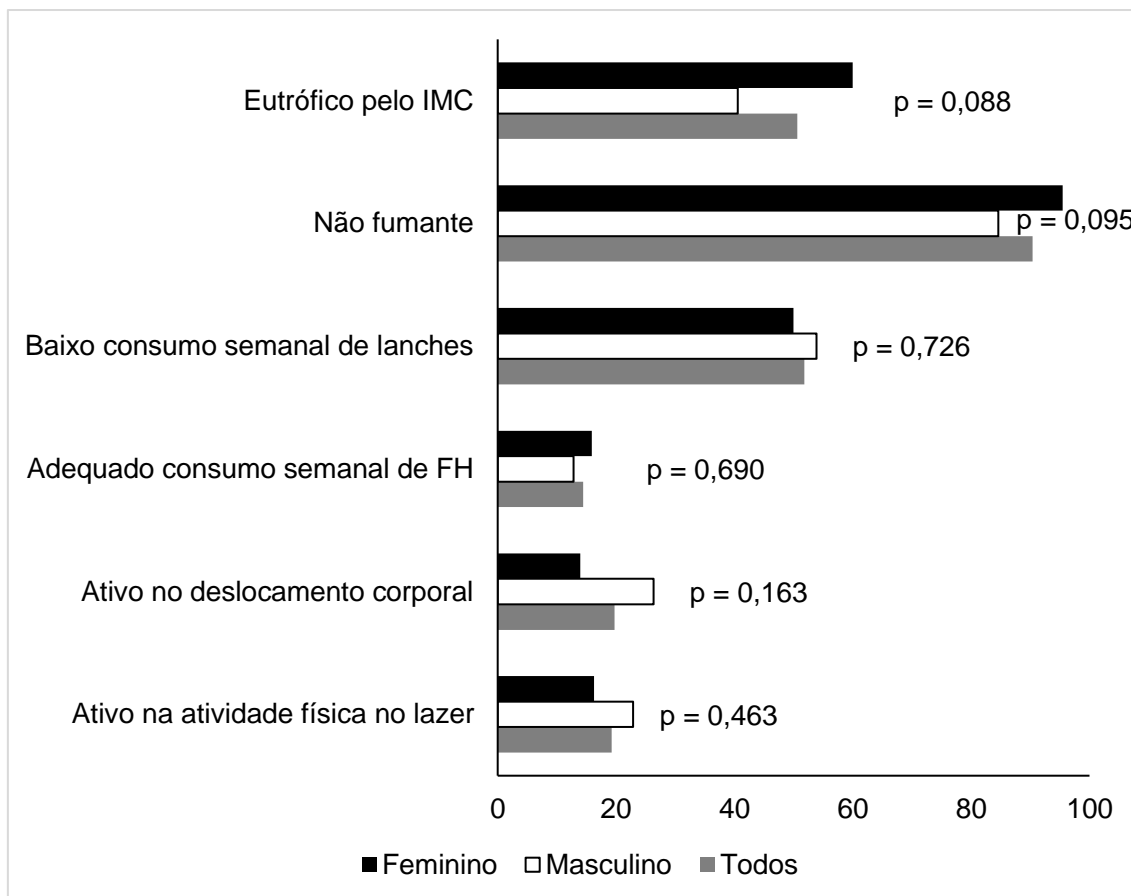


Figura 1. Percentuais dos hábitos de vida saudáveis recomendados para estudantes universitários hipertensos. (FH: Frutas e Hortaliças).

### 3.2 DISCUSSÃO

A magnitude de prevalência de hipertensão arterial sistêmica referida evidenciada nos estudantes universitários de uma universidade pública da cidade de Rio Branco, estado do Acre, foi de 9,5%. Essa prevalência foi inferior em comparação ao observado na população adulta brasileira (BRASIL et al., 2011) (16,2%) com 12 anos ou mais de estudo em 2010 e ao verificado na população geral de Rio Branco (CHELOTTI, 2009) (20,4%) em 2008, onde ambos os estudos utilizaram hipertensão arterial sistêmica referida como procedimento de coleta de dados. Os estudantes do sexo masculino apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica referida em relação ao sexo feminino. Do mesmo modo, inquérito brasileiro revelou que os homens com 12 anos ou mais de escolaridade apresentavam maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica em comparação as mulheres (PIERIN et al., 2001). Essa evidência é consistente com os achados

em estudantes universitários na América do Sul (PALOMO et al., 2006; FELICIANO–ALFONSO et al., 2010).

A dieta rica em frutas e hortaliças são estratégias recomendadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica (SACKS et al., 2001). No entanto, evidenciou-se baixo consumo regular de frutas e hortaliças em 5 dias ou mais na semana pelos estudantes hipertensos do presente estudo. Em parte, tal fato pode ser explicado por os estudantes estarem expostos a baixa disponibilidade domiciliar de frutas, sucos naturais, verduras e legumes, conforme dados revelados para o município de Rio Branco pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2010) de 2008-09. Além disso, informações de todos os meses de 2010 do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos revelaram que em capitais da região Norte os preços médios de frutas e hortaliças eram superiores aos praticados em relação as capitais da região Sudeste (DIEESE 2016). Logo, infere-se que o elevado custo e a baixa disponibilidades domiciliar de frutas e hortaliças podem incidir no baixo consumo semanal no mínimo em 5 dias na semana pelos estudantes universitários hipertensos.

Aproximadamente metade dos estudantes hipertensos referiram que consomem lanches em 3 dias ou mais na semana. Conforme observação *in loco* nas lanchonetes na Universidade investigada, os alimentos salgados são a maioria dos disponibilizados para comercialização. Por consequência, durante os intervalos das atividades acadêmicas reservados para a alimentação, os estudantes universitários acometidos pela hipertensão arterial sistêmica têm opção reduzidas no consumo de alimentos com baixo teor de sódio. Essa situação vivenciada pelos estudantes hipertensos dificulta o consumo de alimentos hipossódicos.

Os estudantes hipertensos relataram alto absenteísmo ao tabaco. Esse hábito de vida saudável corrobora a tendência na diminuição do percentual de tabagistas do município de Rio Branco, Acre (MARTINELLI et al., 2014). Estudos sobre o perfil de hipertensos também verificaram alta adesão ao absenteísmo ao tabaco (BALDISSERA et al., 2009; LIMA et al., 2010). Entretanto, alguns estudantes universitários hipertensos persistem em manter o comportamento tabágico. Tal comportamento dificulta o manejo da hipertensão arterial sistêmica e expõe ao aparecimento de outras morbidades.

A investigação relatou que a redução do peso corporal está associada ao declínio da hipertensão arterial sistêmica (APPEL et al., 2003) Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010) recomenda a redução do peso corporal como tratamento não-farmacológico no manejo da hipertensão arterial sistêmica. Contraditoriamente, estudos

realizados no Brasil revelaram reduzido controle do peso corporal (PIERIN et al., 2001; PIOVESANA et al., 2006). Do mesmo modo, no presente estudo somente metade dos estudantes hipertensos foram classificados como eutrófico no IMC. O maior atendimento às recomendações de controle de peso pelos estudantes hipertensos do sexo feminino pode ter ocorrido por mostrarem maior autocuidado com a saúde em relação aos homens. Tal fato é corroborado com informações da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (DACHS et al., 2006), onde as mulheres têm maior frequência de uso dos serviços de saúde em comparação aos homens brasileiros.

A prática da atividade física é benéfica na redução da hipertensão arterial sistêmica (FAGARD, 2001; CUNHA et al., 2012) Mesmo com essa informação amplamente divulgada, houve baixa participação na prática de atividade física no lazer e no deslocamento corporal ativo pelos estudantes hipertensos. Este fato também foi observado em investigações com hipertensos brasileiros (PIERIN et al., 2001; BALDISSERA et al., 2009; LIMA et al., 2010). Logo, infere-se que a jornada diária de trabalho e estudos vivenciada por vários estudantes universitários acometidos pela hipertensão arterial sistêmica pode incidir na redução de tempo livre disponível para à prática de atividade física no lazer e no deslocamento corporal ativo.

O uso do procedimento de coleta de dados da hipertensão arterial sistêmica referida por anterior diagnóstico médico, ao invés da mensuração da pressão arterial sistólica e diastólica, constitui-se um procedimento válido para estudo populacional no Brasil (CHRESTANI et al., 2009), Espanha (TORMOET al., 2000) e Estados Unidos (VARGAS et al., 1997). De fato a identificação da hipertensão arterial sistêmica mediante o relato do entrevistado tem sido aplicada em vários inquéritos no Brasil (CHELOTTI et al., 2009; BRASIL, 2011; OLIVEIRA et al., 2016).

Destaca-se que a generalização dos achados é restrita ao campus de Rio Branco da universidade investigada. Algumas limitações desse estudo devem ser ressaltadas. A hipertensão arterial sistêmica referida indica os casos conhecidos, além de ser limitada pela disponibilidade e acesso aos serviços de assistência à saúde.

## 4. CONCLUSÃO

Em conclusão, foi evidenciada preocupante percentual de estudantes universitários acometidos pela hipertensão arterial sistêmica. O hábito de vida saudável com maior

percentual de participação foi o absenteísmo de tabaco. Enquanto que os menores percentuais de hábitos de vida saudáveis foram nas variáveis atividade física de lazer, deslocamento corporal ativo, frequência de consumo de frutas e hortaliças em 5 dias ou mais na semana e frequência semanal de consumo de lanches em 2 dias ou menos. Assim, estes achados sugerem imediata implementação de políticas públicas voltadas à prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica mediante à promoção de hábitos de vida saudáveis.

## 5. REFERÊNCIAS

APPEL, L.J.; CHAMPAGNE, C.M.; HARSHA, D.W.; COOPER, L.S.; OBARZANEK, E.; ELMER, P.J.; et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. **JAMA.**, v.289, p.2083-2093, 2003.

BALDISSERA, V.D.A.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, p.27-32, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CHELOTTI, F. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida e fatores associados: inquérito populacional em Rio Branco, Acre.** [Dissertação de Mestrado]. Rio Branco, AC, Brasil: Universidade Federal do Acre; 2009.

CHRESTANI, M.A.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.M. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública.**, v.25,p.2395-2306, 2009.

CUNHA, R.M.; SOUZA, C.O.; SILVA, J.F.; SILVA, M.A. Nível de atividade física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma cidade do Brasil. **Rev Salud Publica.**, v.14, p.429-437, 2012.

DACHS, J.; NORBERTO, W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Cien Saude Colet.**, v.11, p.887-894, 2006.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. **Banco de dados da cesta básica nacional.** [cited 2016 Abr 12]. Available from: <http://turandot.dieese.org.br/bdcesta/cesta.html>.

FAGARD, R.H. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. **Med Sci Sports Exerc.**, v.33, p.S484-S492, 2001.

FELICIANO–ALFONSO, J.E.; MENDIVIL, C.O.; ARIZA, I.D.S.; PÉREZ, C.E. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in a population of young students from the national university of Colombia. **Rev Assoc Med Bras.**, v.56, p.293-298, 2010

GARCIA-GULFO, M.H.; GARCIA-ZEA, J.A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. **Rev Salud Pública.**, v.14, p.822-830, 2012.

HASKELL, W.L.; LEE, I.M.; PATE, R.R.; POWELL, K.E.; BLAIR, S.N.; FRANKLIN, B.A.; et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation.**, v.116, p.1081-1093, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares – 2008-2009: **Análise nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil.** IBGE: Rio de Janeiro; 2010.

LAW, M.R.; MORRIS, J.K.; WALD, N.J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. **BMJ.**, v.338, p.b1665, 2009.

LAWES, C.M.M.; HOORN, S.V.; RODGERS, A.; INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. **Lancet.**, v.371, p.1513-1518, 2008.

LIMA, T.M.; SOLER, O.; MEINERS, M.M. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude.**, v.1, p.113-120, 2010.

MARTINELLI, P.M.; LOPES, C.M.; MUNIZ, P.T.; SOUZA, O.F. Smoking in adults in the municipality of Rio Branco, Acre, Brazil: a population-based study. **Rev Bras Epidemiol.**, v.17, p.989-1000, 2014.

MARTINS, M.C.; RICARTE, I.F.; ROCHA, C.H.; MAIA, R.B.; SILVA, V.B.; VERAS, A.; et al. Pressão arterial e excesso de peso em estudantes. **Arq Bras Cardiol.**, v.95, p.192-199, 2010.

OLIVEIRA, E.C.T.; MENEZES, T.N. Validity and Concordance of Hypertension Self-Reported Among Elderly People. **Int Arch Med.**, v.9, n.95, p.1-10, 2016.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2004.

PALOMO, I.F.; TORRES, G.I.; ALARCÓN, M.A.; MARAGAÑO, P.J.; LEIVA, E.; MUJICAD, V. High prevalence of classic cardiovascular risk factors in a population of university students from South Central Chile. **Rev Esp Cardiol.**, v.59, p.1099-1105, 2006.

PIERIN, A.M.G.; MION JR, D.; FUKUSHIMA, J.T.; PINTO, A.R.; KAMINAGA, M.M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enf USP.**, v.35, p.11-8, 2001.

PIOVESANA, P.M.; COLOMBO, R.C.R.; GALLANI, M.C.B.J. Hypertensive patients and risk factors related to physical activity and nutrition. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.27, p.557-563, 2006.

RAMALHO, A.A.; DALAMARIA, T.; SOUZA, O.F. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad Saude Publica.**, v.28, p.1405-1413, 2012.

SACKS, F.M.; SVETKEY, L.P.; VOLLMER, W.M.; APPEL, L.J.; BRAY, G.A.; HARSHA, D.; et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **N Engl J Med.**, v.344, p.3-10, 2001.

SANTOS, R.P.; HORTA, P.M.; SOUZA, C.S.; SANTOS, C.A.; OLIVEIRA, H.B.S.; ALMEIDA, L.M.R.; SANTOS, L.C. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, p.14-21, 2012.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Tratamento não-medicamentoso e abordagem multiprofissional. **Rev Bras Hipertens.**, v.17, p.25-30, 2010.

TORMO, M.J.; NAVARRO, C.; CHIRLAQUE, M.D.; BARBER, X. Validation of self-diagnosis of high blood pressure in a sample of the Spanish EPIC cohort: overall agreement and predictive values. EPIC Group of Spain. **J Epidemiol Community Health.**, v.54, p.221-226, 2000.

VARGAS, C.M.; BURT, V.L.; GILLUM, R.F.; PAMUK, E.R. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. **Prev Med.**, v.26, p.678-685, 1997.

WHO. World Health Organization. **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometric Indicators of Nutritional Status.** Geneva: World Health Organization; 1995. (WHO - Technical Report Series 854).



## AÇÃO EDUCATIVA SOBRE SÍFILIS ADQUIRIDA EM UM CENTRO SOCIEDUCATIVO EM RIO BRANCO - ACRE

**Pliscila Ferreira da Silva<sup>1</sup>, Samara Guimarães de Lima<sup>1</sup>, Vicência Caroline da Silva Galindo<sup>1</sup>, Raquel da Rocha Paiva Maia<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

A educação em saúde constitui uma das formas de prevenção da sífilis adquirida em adolescentes, além de proporcionar informações essenciais para o cuidado adequado àqueles que já possuem o diagnóstico de sífilis. O presente artigo relata a experiência de um projeto de extensão que teve como objetivo realizar uma ação educativa sobre sífilis adquirida entre adolescentes do sexo feminino internadas em um centro socioeducativo. O projeto foi desenvolvido no período de abril a maio de 2018. O público-alvo foi composto por 40 adolescentes, com idade entre 14 a 18 anos, internadas no Centro Socioeducativo Mocinha Magalhães no município de Rio Branco – Acre. A abordagem do tema ocorreu por meio de oficinas, exposição dialogada e roda de conversa. Além disso, foi utilizado um questionário para identificar o conhecimento prévio das adolescentes e outro pós intervenção para avaliar o conhecimento adquirido e o impacto da ação. Utilizou-se um diário de campo para registro das atividades, impressões, falas, comportamentos e reações. Embora a maioria das adolescentes tenha relatado um contato prévio com o tema, pode-se observar muitas dúvidas e informações equivocadas relacionadas principalmente aos sintomas e formas de transmissão. As adolescentes demonstraram interesse em adquirir mais conhecimentos e ampliar os já existentes. A abordagem por meio de roda de conversa promoveu maior descontração ao abordar um tema que causa constrangimento principalmente entre jovens tornando possível a discussão com participação ativa e interação entre as adolescentes.

**Palavras-chave:** Educação em saúde, Sífilis e Adolescência.

### ABSTRACT

Health education is one of the forms of prevention of acquired syphilis in adolescents, as well as providing essential information for the adequate care of those already diagnosed with syphilis. This article reports the experience of an extension project that had the objective of carrying out an educational action on syphilis acquired among female adolescents admitted to a socio - educational center. The project was developed from April to May 2018. The target audience was composed of 40 adolescents aged 14 to 18 years, female, hospitalized at the Socio-educational Center Mocinha Magalhães in the municipality of Rio Branco - Acre. The approach of the theme took place through workshops, dialogues and conversation. In addition, a questionnaire was used to evaluate the prior knowledge of the adolescents and another post intervention to evaluate the knowledge acquired and the impact of the action. A field diary was used to record the activities, impressions, speeches,



behaviors and reactions. Although the majority of adolescents reported previous contact with the topic, one can observe many doubts and misinformation related mainly to the symptoms and forms of transmission. Adolescents showed an interest in acquiring more knowledge and expanding existing ones. The approach through a conversation wheel promoted greater relaxation when addressing a topic that causes embarrassment mainly among young people making possible the discussion with active participation and interaction among adolescents.

**Key words:** Health education, Syphilis and Adolescence.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) exclusiva do ser humano, tratável, ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar diversas manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). A sífilis pode ser transmitida por relação sexual sem preservativo com uma pessoa infectada, ou da mãe para a criança durante a gestação ou parto. Nos estágios primário e secundário, a possibilidade de transmissão é aumentada (BRASIL, 2017).

Nos últimos cinco anos, no Brasil, foi observado um aumento constante na quantidade de casos de sífilis adquirida, congênita e em gestantes, que pode ser atribuído, em parte, pela ampliação do uso de testes rápidos, diminuição do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Primária, entre outros. Além do mais, o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Resultados de estudos epidemiológicos apontam que adolescentes e jovens constituem um grupo especialmente vulnerável as ISTs devido a fatores sociais, biológicos e comportamentais tais como o início precoce das relações sexuais, a multiplicidade de parceiros e uso inconsistente de preservativo bem como a falta de políticas adequadas para atendimento dessa população (BORGES; SCHOR, 2005; CHESSON; ZAIDI; ARAL, 2008; RISSER et al., 2005; VIEIRA et al., 2004).

O sistema prisional é considerado um problema de saúde pública no mundo, pois nos presídios existem condições que favorecem a propagação de ISTs, uma vez que estes estabelecimentos apresentam condições relacionadas à violência, ao espaço físico limitado e a assistência à saúde inadequada ou incompleta. O acesso à saúde pela mulher privada de liberdade é um direito civil dificilmente observado no ambiente prisional brasileiro, o qual poderia ser melhorado por meio da promoção da saúde, privilegiando-se medidas

preventivas e de promoção, que busquem transformar fatores que contribuem para que a coletividade vivencie situações de iniquidade e vulnerabilidade. Frente aos problemas expostos se faz necessário dedicar uma maior atenção à promoção da saúde da mulher privada de liberdade, tanto pelos maiores riscos presentes no ambiente prisional, como, também, pela deficiência de ações preventivas oferecidas no sistema de saúde carcerário (NICOLAU et al., 2012).

As ações educativas em saúde constituem uma das formas de prevenção da sífilis adquirida em adolescentes, além de apresentar benefícios no cuidado adequado àqueles que já possuem o diagnóstico de sífilis. Por meio do fornecimento de informação e troca de experiências é possível conhecer a doença, esclarecer dúvidas, atender as necessidades dos adolescentes e proporcionar um cuidado integral (ANDRADE et al., 2014).

Dessa forma, o presente artigo relata a experiência de um projeto de extensão que teve como objetivo realizar uma ação educativa sobre sífilis adquirida entre adolescentes do sexo feminino internadas em um centro sócio educativo do Município de Rio Branco, Acre.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto foi desenvolvido no período de abril a maio de 2018 durante a disciplina de Práticas Integradas do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre. O público-alvo foi composto por adolescentes do sexo feminino privadas de liberdade, com idade entre 14 a 18 anos, internadas no Centro Socioeducativo Mocinha Magalhães no município de Rio Branco – Acre.

Inicialmente foi realizado contato com o diretor e coordenador pedagógico, para entrega de ofício e elaboração conjunta de cronograma para execução das etapas do projeto. Na primeira etapa do projeto, fase exploratória, foi realizada uma roda de conversa com as adolescentes para apresentação sucinta do mesmo, sua finalidade e etapas, ressaltando-se a importância da discussão sobre o tema na fase da adolescência. Em observância as regras da unidade e com o objetivo de preservar a segurança das palestrantes e das adolescentes não foi possível a realização de dinâmicas com nenhum tipo de material. Além disso, foi aplicado um questionário para avaliação do conhecimento prévio das adolescentes sobre o tema.

A segunda etapa do projeto consistiu na fase de planejamento dos conteúdos que seriam abordados no treinamento, levando em consideração a identificação dos principais pontos fracos em relação ao conhecimento, tendo como base a análise das respostas do questionário e a conversa inicial com as adolescentes.

A terceira etapa, fase de execução, envolveu a realização de oficina e roda de conversa para apresentação dos conteúdos sobre o tema: microorganismo causador, transmissão, sinais e sintomas, tratamento e prevenção. Mello et al. (2007) referem a importância das rodas de conversa na medida em que priorizam discussões em torno de uma temática (selecionada de acordo com os objetivos da pesquisa) e, no processo dialógico, onde as pessoas podem apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias, sendo que, cada pessoa instiga a outra a falar, possibilitando se posicionar e ouvir o posicionamento do outro.

A quarta etapa consistiu na realização de uma roda de conversa e aplicação de questionário contendo questões para avaliação do conhecimento adquirido sobre o tema após a ação.

Para acompanhamento e análise das atividades desenvolvidas durante o projeto, foi utilizado um diário de campo, com o objetivo de registrar as atividades junto aos sujeitos da ação, bem como as impressões, falas, comportamentos e reações. Para análise dos dados foram utilizadas frequências absolutas e relativas e procedeu-se a leitura e análise das respostas dos questionários, dos relatos e falas para identificação das ideias principais, expressões e reações dos participantes.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram realizados dois grupos de rodas de conversa para contemplar as 40 adolescentes. Em relação ao nível de escolaridade, todas as adolescentes eram alfabetizadas sendo que 55% relataram ter o ensino fundamental incompleto, 10% tinham o ensino fundamental completo, 30% o ensino médio incompleto e 5% o ensino médio completo. Na faixa etária em questão, as adolescentes já deveriam no mínimo ter concluído o ensino fundamental, portanto os resultados mostram baixa escolaridade entre as mesmas, o que aponta um grande problema da nossa sociedade que é a evasão escolar. Segundo Rolim (2014), a prevenção da criminalidade e combate à evasão escolar estão

relacionados, aspecto que costuma ser negligenciado no Brasil. As adolescentes internadas no centro socioeducativo não frequentam instituições de ensino, elas dispõem de salas de aulas dentro da unidade onde são acompanhadas. As mesmas participam de atividades internas, como aula de violão e música. Segundo Oliveira (2000), as medidas socioeducativas não devem ser vistas como vingança ou castigo pois as medidas têm a finalidade de ressocializar e educar o adolescente.

Antes de iniciar a oficina foi aplicado um questionário com o objetivo de obter o conhecimento prévio das adolescentes sobre o tema. Quando questionadas se já tinham ouvido falar sobre sífilis, 77,5% das adolescentes responderam que sim. Sobre o local em que o tema foi abordado, 42,5% afirmaram ter sido na escola e 20% em conversa com amigos. Apenas 2,5% relataram ter ouvido falar sobre sífilis em casa e 7,5% responderam que nunca tinham ouvido falar sobre o assunto.

A partir desses resultados, percebe-se que a maioria das adolescentes, em algum momento, já havia tido contato com o tema de estudo, principalmente no ambiente escolar. A escola constitui espaço adequado para a implementação de programas educativos, levando-se em conta a participação dos pares (amigos), professores e familiares nessas ações (CAMARGO; FERRARI, 2009). A pequena porcentagem de adolescentes que referiram contato com o tema em casa, demonstra que embora a sexualidade humana seja um assunto muito discutido na atualidade, ainda existem muitos tabus a serem quebrados. Muitas famílias acreditam que esses assuntos devem ser tratados somente entre adultos, o que de certa forma prejudica o conhecimento e conseqüentemente o comportamento sexual nesta faixa etária.

Os adolescentes são considerados população vulnerável devido as transformações que ocorrem nessa fase da vida, que tornam possível a vivência da sexualidade intensamente, manifestando-a muitas vezes através de atividade sexual desprotegida, podendo se tornar um problema devido à falta de informações, de conversa entre os familiares, tabus ou mesmo pelo fato de ter medo de manifestá-la (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Ao iniciar a roda de conversa, observou-se que algumas meninas gostariam de compartilhar o conhecimento que possuíam a respeito do assunto, conforme as transcrições:

*“Sei que é uma doença que pega pelo sexo, mas não sei o que causa”*  
(ADOLESCENTE 01)

*“Acho que é um vírus que passa”* (ADOLESCENTE 02)

*“Já ouvi falar lá na escola, em palestras” (ADOLESCENTE 03)*

No início da oficina ressaltou-se a importância da capacitação das adolescentes para que pudessem praticar o auto-cuidado além de atuarem como agentes multiplicadoras do conhecimento adquirido. Durante a abordagem as participantes ficaram motivadas e demonstraram espanto durante a exposição das imagens de feridas nos órgãos genitais. Ao serem questionadas se tinham dúvidas, muitas levantaram a mão e perguntaram sobre diversos aspectos abordados, como pode ser observado nos comentários:

*“Será que meu namorado disse a verdade quando contou que fez o exame e deu negativo, mesmo o meu dando positivo?” (ADOLESCENTE 04).*

*“Sífilis tem cura?” (ADOLESCENTE 02).*

*“Sífilis passa se eu usar a roupa de outra pessoa?” (ADOLESCENTE 03).*

*“Se eu tomar Benzetacil é 100% de chance de eu curar?” (ADOLESCENTE 05).*

*“Se a pessoa estiver fazendo sexo e tiver uma penetração com o dedo, pode pegar sífilis?” (ADOLESCENTE 06).*

Todas as dúvidas foram esclarecidas ressaltando-se as formas de transmissão, principalmente em relação a transmissão sexual, sem o uso de métodos de barreira como o preservativo masculino e feminino.

Para avaliar o impacto da ação e a apreensão do conteúdo por parte das adolescentes foi aplicado um questionário composto por 5 perguntas de múltipla escolha. A maioria (97,5%) respondeu corretamente a questão sobre o microrganismo causador da sífilis (bactéria). Em relação aos principais sintomas, 85% afirmaram que são feridas nas partes íntimas. Sobre as formas de transmissão, 72,5% marcaram a alternativa que sífilis é transmitida através de uma relação sexual sem o uso de preservativos. No entanto, somente 5% afirmou que pode ser transmitida da mãe para o bebê durante a gestação, se a mãe estiver doente. Quando questionadas sobre o tratamento, as adolescentes responderam a alternativa sobre tratamento com antibióticos a partir de uma consulta médica. Apenas uma respondeu que a sífilis não tinha tratamento. Em relação a prevenção, 95% afirmaram que para evitar contrair a doença, deve-se usar preservativo em todas as relações sexuais.

Os percentuais de acertos foram relevantes no questionário final, demonstrando a aquisição de conhecimento no decorrer da oficina, em relação as formas de transmissão, prevenção e tratamento da sífilis, principalmente sobre o uso de preservativo masculino e

feminino nas relações sexuais. Apesar disso, algumas adolescentes tiveram dificuldade em acertar os sinais e sintomas, respondendo alternativas incorretas como gosto amargo na boca. Em relato de experiência sobre intervenção educativa com o tema sífilis adquirida, Martins et al. (2014), também observaram uma fragilidade no conhecimento acerca da transmissão, sintomas e outros aspectos da doença em seu estudo, dessa forma ressaltase a importância de enfatizar transmissão e sintomatologia nas ações educativas sobre a sífilis adquirida. Também é necessário destacar a relevância das ações preventivas de educação em saúde, com o objetivo de sensibilizar a população, para que perceba a necessidade de maior cuidado, oferecendo proteção a si e seus parceiros (RODRIGUES et al., 2016).

Sabe-se da maior vulnerabilidade da população privada de liberdade em relação à sífilis e outras ISTs. Apesar disso, existe uma deficiência no que diz respeito a estudos relacionados à temática nessa população, o que prejudica a implementação de políticas públicas direcionadas especificamente a esse público. Considerando essa fragilidade, a educação em saúde é uma ferramenta essencial quando se trata de prevenção e promoção da saúde. Através dela, é possível o empoderamento do cidadão com relação à sua saúde contribuindo para a manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

## 4. CONCLUSÃO

Pode-se perceber que grande parte das adolescentes já havia tido algum contato com a temática principalmente no ambiente escolar. Apesar disso, durante a abordagem foram observadas muitas dúvidas e informações equivocadas relacionadas principalmente aos sintomas e formas de transmissão, entretanto todas demonstraram interesse em adquirir mais conhecimentos e ampliar os já existentes.

A abordagem por meio da roda de conversa promoveu maior descontração ao tratar sobre um tema que causa constrangimento principalmente entre jovens tornando possível a discussão com participação ativa e interação entre as adolescentes. Espera-se que as mesmas coloquem em prática as medidas de prevenção e tornem-se multiplicadoras do conhecimento sobre a sífilis adquirida, contribuindo para as práticas sexuais seguras e conseqüentemente para a diminuição dos casos de sífilis adquirida.

## 5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.D.F.; FARIAS, K.E.E.; ARAÚJO, G.H.; COSTA, G.O.M.; NUNES, P.C.; SARAIVA, A.M. Promovendo ações educativas sobre sífilis entre estudantes de uma escola pública: relato de experiência. **Revista brasileira de ciências da saúde**, v. 18, n. 2, p. 157-160, 2014.

BORGES, A.L.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações do gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, v. 48, n. 36, 2017. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>>. Acessado em 02/11/2018.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 937-946, 2009.

CHESSON, H.W.; ZAIDI, A.A.; ARAL, S.O. Decreasing Age Disparities in Syphilis and Gonorrhea Incidence Rates in the United States. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 35, n. 4, p. 393-397, 2008.

MARTINS, K.M.; Sousa, A.J.C.; Lima, R.L.F.; Xavier, A.S.; Silva, M.A.M. Ação educativa para agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da sífilis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 422-427, 2014.

MÉLLO, R.P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C.; DI PAOLO, A.F. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.

NICOLAU, A.I.O; RIBEIRO, S.G; LESSA, P.R.A.; MONTE, A.S.; FERREIRA, R.C.N.; PINHEIRO, A.K.B. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.

OLIVEIRA, E.R. Dez anos do Estatuto da Criança e do Adolescente: observações sobre a política de atendimento a jovens em conflito com a lei no estado do Rio de Janeiro. In: BRITO, L.M.T. (Coord). **Jovens em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2000.

RISSER, W.L.; BORTOT, A.T.; BENJAMINS, L J.; FELDMANN, J.M.; BARRATT, M. S.; EISSA, M.A.; RISSER, J.M.H. The Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in Adolescents. **Seminars in Pediatric Infectious Diseases**, v. 16, n. 3, p. 160-167, 2005.

RODRIGUES A.R.M; MOREIRA, A.R.; SILVA, M.A.M; CAVALCANTE, A.E.S.; MOREIRA, A.C.A.; MOURÃO NETO, J.J.; GOYANNA, N.F. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na Atenção Primária. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 4, p.1247-55, 2016.



ROLIM, M.A. **Formação de jovens violentos: para uma etiologia da disponibilidade violenta.** (Tese) Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

VIEIRA, M.A.S.; GUIMARÃES, E.M.B.; BARBOSA, M A.; TURCHI, M.D.; ALVES, M.F.C.; SEIXAS, M.S.C.; GARCIA, M.M.D., MINAMISAVA, R. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 77-83, 2004.



## MENTE E CORPO ATIVOS NA TERCEIRA IDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO

Edilândia Melo de Souza<sup>1</sup>, Maria Maryland de Santana<sup>1</sup>, Raquel da Rocha Paiva Maia<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

O rápido crescimento da população idosa e aumento das doenças crônicas e incapacitantes reforçam a importância de estimular o autocuidado e promover a manutenção de um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável. O presente artigo relata a experiência de um projeto de extensão que teve como objetivo promover ações estimuladoras do desenvolvimento cognitivo, interação social e movimento corporal entre idosos. A ação ocorreu nos meses de abril e maio de 2018 e contou com a participação de quarenta idosos cadastrados no Centro de Convivência para a Pessoa Idosa Cosme Moraes, no município de Rio Branco, Acre. As atividades desenvolvidas incluíram dinâmicas que integravam movimentos corporais, raciocínio e interação social. A adesão, participação ativa e relatos dos idosos são indicativos de que o projeto proporcionou impactos positivos na saúde física, mental e social dos idosos e que as atividades em grupos contribuem potencialmente para a melhora da auto-estima e inclusão social.

**Palavras-chave:** Estimulação cognitiva, envelhecimento saudável e exercício físico.

### ABSTRACT:

The rapid growth of the elderly population and the increase of chronic and incapacitating diseases reinforce the importance of stimulating self-care and promoting the maintenance of an environment conducive to active and healthy aging. This article reports the experience of an extension project that aimed to promote actions that stimulate cognitive development, social interaction and body movement among the elderly. The action took place in April and May 2018 and was attended by forty elderly people enrolled in the Cohabitation Center for the Elderly Person Cosme Moraes, in the municipality of Rio Branco, Acre. The activities developed included dynamics that integrated body movements, reasoning and social interaction. Adherence, active participation and reports of the elderly are indicative that the project has provided positive impacts on the physical, mental and social health of the elderly and that the activities in groups contribute potentially to the improvement of self-esteem and social inclusion.

**Keywords:** Cognitive stimulation, healthy aging and physical exercise.

## 1. INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 1960 o Brasil tem passado por um progressivo processo de envelhecimento populacional resultante de diversos fatores como conquista

por melhores condições de trabalho e benefícios advindos da previdência social, infraestruturas urbanas organizadas, evolução da indústria farmacêutica, melhorias na qualidade de vida bem como do aumento da esperança de vida ao nascer (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; SIMÕES, 2016).

O processo de envelhecimento além de comprometer a saúde física, traz consigo uma nova fase de vida marcada por preconceitos, estigmas e desvalorização familiar e social, dado o decréscimo da vida produtiva, ligada ao trabalho. Assim, os idosos que não tiverem uma aceitação em relação à chegada da aposentadoria e problemas decorrentes da idade, poderão viver uma fase de dificuldades de ordem física, social e psíquica (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012). Além disso, associado ao avanço da idade há diminuição progressiva das respostas adaptativas do corpo frente ao meio ambiente e comprometimento gradativo das funcionalidades biológicas do organismo (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011; SAAD, 1990).

O rápido crescimento da população idosa e o conseqüente aumento e importância das doenças crônicas e incapacitantes dentro do quadro epidemiológico atual reforçam a necessidade da elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para o envelhecimento ativo e saudável. O envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde como um processo em que os indivíduos têm acesso a uma saúde de qualidade, onde seus direitos e segurança sejam garantidos. Portanto, a elaboração de políticas públicas de saúde nessa área envolve desafios que abrangem a população de forma coletiva e individual, reconhecendo a importância de estimular o equilíbrio entre o auto-cuidado e a manutenção de um ambiente favorável em que haja cumplicidade do cuidado entre os indivíduos de todas as faixas etárias, bem como a adoção de um estilo de vida saudável (SILVA, 2006).

A qualidade de vida no processo de envelhecimento está intimamente ligada à autonomia desenvolvida pelo indivíduo podendo ser observada na execução funcional das atividades diárias (GALISTEU et al., 2006). Seguindo essa linha de raciocínio é necessário pensar no processo de envelhecimento de uma forma holística, proporcionando condições para a manutenção da saúde do corpo e da mente. Nesse sentido, os grupos de convivência tem sido uma alternativa estimulada em todo o Brasil na medida em que promovem a interação e inclusão social e estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorando sua auto-estima e favorecendo sua qualidade de vida (ALMEIDA et al., 2010). Dentro desse contexto, o presente artigo relata a experiência de um projeto de extensão que teve como

objetivo promover ações estimuladoras do desenvolvimento cognitivo, interação social e movimento corporal entre os idosos de um Centro de Convivência.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de extensão foi desenvolvido nos meses de abril e maio de 2018 durante a disciplina de Práticas Integradas do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre. A ação contou com a participação de quarenta idosos cadastrados no Centro de Convivência para a Pessoa Idosa Cosme Moraes, no município de Rio Branco, Acre. A instituição é frequentada, em geral, por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que são encaminhados pela equipe do Centro de Saúde Rozângela Pimentel para acompanhamento multiprofissional no Centro de Convivência que conta com uma equipe formada por enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador físico, fisioterapeutas e um professor de alfabetização.

A primeira fase do projeto (fase exploratória) foi dividida em dois encontros. No primeiro houve o reconhecimento da estrutura física do local e da equipe responsável pelas atividades do Centro. Na ocasião, a proposta do projeto foi apresentada à equipe que concordou com a execução do mesmo, e a partir de então forneceu o apoio necessário durante toda a ação. Além disso, foi estabelecida uma parceria especial com a educadora física que ficou responsável pela condução de atividades que envolviam movimento corporal. No segundo encontro foi realizada uma reunião com o grupo de idosos para apresentação do projeto e de seus objetivos. Além disso, foi aplicado um questionário com o objetivo de conhecer o perfil dos idosos, identificar as preferências dos idosos em relação às atividades comumente realizadas no Centro e ainda coletar sugestões sobre possíveis atividades que os mesmos gostariam que fossem desenvolvidas durante o projeto. A segunda etapa do projeto consistiu na organização do cronograma e no planejamento das ações a serem desenvolvidas tendo como base a análise dos questionários aplicados.

A terceira fase do projeto (fase de execução) foi dividida em cinco encontros. O primeiro encontro iniciou com uma dinâmica chamada “a cobra não tem pé”, em que os participantes posicionados em círculo cantam uma música e fazem movimentos corporais de acordo com a letra da música. Em seguida, foram realizadas atividades de estimulação cognitiva com jogos de caça-palavras, montagem de quebra-cabeça e jogo da memória. Os idosos foram divididos em grupos de acordo com as atividades de sua preferência. No jogo

de caça-palavras, os participantes foram organizados em grupos de quatro pessoas com premiação para o grupo que encontrasse as dez primeiras palavras. O jogo de quebra-cabeça foi executado em duplas com o desafio de montagem do mesmo no menor tempo possível. Para as atividades de jogo da memória, os participantes deveriam acumular o maior número de peças possível durante um tempo determinado. Após a premiação dos ganhadores dos jogos, para encerramento das atividades, solicitou-se a um dos participantes que realizasse a leitura do poema "O tempo", de Mário Quintana, para realização de um momento de reflexão com o grupo.

O segundo encontro dessa fase teve início com a dinâmica "virando o espelho" que envolve concentração, atenção e interação entre os participantes. Os idosos formaram dois círculos (interno e externo) e foram organizados de modo que os participantes ficassem um de frente para o outro para desafiar seus pares a imitarem quaisquer gestos e movimentos executados por eles. A cada vinte segundos, os integrantes do círculo externo, após um comando, se movimentavam em sentido horário trocando de dupla. Em seguida, foi realizado um torneio com jogos de dominó e baralho onde os participantes foram divididos em grupos de acordo com a afinidade pelas atividades propostas. Além disso, foram oferecidas atividades de caça-palavras e quebra-cabeça. As atividades de caça-palavras foram executadas em forma de competição onde quem encontrasse o maior número de palavras em cinco minutos seria o ganhador. O jogo de quebra-cabeça foi realizado em forma de torneio sendo executado em cinco rodadas. Após a premiação dos vencedores, foi solicitado que um dos idosos recitasse um poema de Machado de Assis "Bons amigos". As atividades foram encerradas com uma reflexão sobre o poema.

No terceiro encontro as atividades iniciaram com a dinâmica "brincadeira do trem", que tem como objetivo promover a interação social, movimentos corporais e estimulação cognitiva por meio da música. Posicionados em círculo os participantes cantavam a música proposta para a brincadeira, caminhando e realizando movimentos corporais quando assim era solicitado. Em seguida foi realizado um concurso de dança (fórró) com premiação para o casal que obteve o melhor desempenho. O encerramento das atividades ocorreu com a premiação do casal vencedor e com a leitura e reflexão do poema "A palmeira", de Machado de Assis.

No quarto encontro foi realizada uma dinâmica "Dança circular" com o objetivo de promover a interação social e estimular a função motora por meio de movimentos coordenados. Foi solicitado aos idosos que realizassem os passos da dança nos sentidos horário e anti-horário, de mãos dadas, de modo que mantivessem a formação de um círculo

sempre aberto. Na sequência foi proposta uma atividade que envolveu movimentos corporais e estimulação cognitiva por meio de atividades de adivinhação. Posicionados em círculo e de posse de uma bola, os participantes foram orientados a caminhar no ritmo da música que estava tocando e arremessar a bola para o participante a sua frente. Quando a música era interrompida o participante que estava com a bola era desafiado a responder uma adivinhação.

O último encontro da fase de execução iniciou com a dinâmica “Para entrar na casa do Zé”. Posicionados em círculo, os participantes cantavam e a cada pausa da música eram desafiados a realizar determinadas tarefas como, por exemplo, tocar em determinado membro do seu corpo ou do corpo do colega, apertar as mãos e bater palmas. Em seguida os idosos participaram de um bingo com vários prêmios.

Na última fase do projeto (fase de avaliação) foi realizada uma roda de conversa com os idosos. Na ocasião, os mesmos puderam expor as experiências vivenciadas durante o projeto. Além disso, foi aplicado um questionário com o objetivo de avaliar o impacto da ação junto aos participantes. Aqueles que não sabiam ler e escrever receberam o auxílio das executoras do projeto que liam e explicavam as perguntas e gravavam as respostas em áudio.

O encerramento do projeto foi realizado em parceria com acadêmicos de um curso de graduação que realizavam estágio supervisionado curricular no local. O momento foi marcado pela comemoração do dia das mães, com a realização de atividades como bingos, dança, café da manhã e distribuição de lembrancinhas. Na ocasião, foi enfatizado a importância da realização de atividades que estimulassem o corpo e a mente na terceira idade.

Durante a execução do projeto utilizou-se de diário de campo com o objetivo de registrar todas as atividades junto aos sujeitos da ação, bem como as impressões, falas, comportamentos e reações. Para análise dos dados foram utilizadas frequências absolutas e relativas e procedeu-se a leitura e análise das respostas dos questionários e dos relatos para identificação das ideias principais, expressões e reações dos participantes.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O número de participantes variou em cada encontro com o mínimo de 28 e máximo de 40 idosos. A idade dos participantes variou de 60 a 80 anos. Responderam ao questionário inicial 32 idosos, sendo 81,25% do sexo feminino e 18,75% do sexo masculino.

Em relação ao estado civil 34,4% eram casados, 37,5% viúvos e 28,1% eram solteiros ou divorciados. Esses dados revelam elevada porcentagem de idosos sem companheiro (viúvos, solteiros e divorciados), uma característica que possivelmente leva os indivíduos a buscarem contato e convivência social com outros na tentativa de diminuir a solidão e a carência afetiva. De fato, muitos estudos que avaliaram o perfil de frequentadores de grupos de convivência na terceira idade têm encontrado uma predominância de indivíduos viúvos (BORGES, 2008; HOTT; PIRES, 2011; LOPES, 2014).

Do total de idosos, 21,9% declararam que moram sozinhos, 43,4% moram com parentes e 34,4% moram com o cônjuge. O apoio e a convivência familiar são particularmente importantes na terceira idade dado a deterioração das funções biológicas, mentais e da desvalorização social. Uma estrutura familiar bem estabelecida favorece a inclusão dos idosos no meio familiar e na sociedade, proporcionando autoconfiança e estimulando o autocuidado para os indivíduos na terceira idade, condição indispensável para a garantia de uma boa qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2012).

Quanto ao grau de escolaridade, foi observado predominância de baixo grau de instrução. Apenas 3,1% dos indivíduos cursaram o ensino superior, 34,4% o ensino fundamental, 37,5% estudaram o primário e 25% nunca frequentaram a escola. Reforça-se aqui a importância das práticas educativas na terceira idade. No centro há um trabalho de alfabetização oferecido pela Secretaria de Educação do Município com aulas que acontecem três vezes por semana. Além disso, ações que estimulam a leitura e escrita, independente do grau de escolaridade, são importantes, pois atividades educativas estimulam a capacidade cognitiva, motora e relações sociais, exercitam a habilidade intelectual tornando o indivíduo mais ativo, despertando, desenvolvendo e estimulando suas capacidades e suas aptidões esquecidas. Falando em educação em um aspecto mais vasto, possibilita ao idoso integrar-se na sociedade como um gestor da própria vida, estimulando as relações intergeracionais, trabalhando a auto-estima, tirando-os do isolamento social, promovendo a saúde e combatendo os preconceitos (SOUSA et al., 2014).

Em relação à renda, 65,6% afirmaram que são aposentados ou recebem algum tipo de auxílio financeiro, 12,5% não tem renda ou qualquer auxílio financeiro e 21,9% declararam ter vínculo empregatício. Esses resultados mostram que a maioria dos indivíduos não se encontra mais ativo profissionalmente. Para Rocha et al. (2014), o processo de aposentadoria ou inatividade profissional pode trazer desvantagens como a ociosidade, desvalorização e tristeza. O envelhecimento tem sido marcado por valores



negativos, tornando o envelhecer algo indesejável e causador de sofrimento, como apontam Moreira e Nogueira (2008), um forte estigma relacionado ao papel desempenhado pelos idosos na sociedade, sendo considerados, por vezes, um peso para a família, devido ao engendramento da lógica capitalista de descartar e tornar menos importante aqueles considerados incapacitados ou “velhos” para o trabalho. Destaca-se aqui a importância dos centros de convivência, pois entram como rede de apoio durante essa fase fornecendo socialização e valorização por meio de suas atividades.

Do total de idosos, 90,6% referiram que frequentam o centro de convivência três ou mais vezes por semana. Essa elevada frequência revela que o centro e as atividades desenvolvidas ocupam um espaço importante no cotidiano desses indivíduos. De fato, houve boa adesão e interesse nas atividades realizadas durante o projeto, mostrando o quanto o grupo valoriza a interação social e a convivência em grupo.

Quando questionados sobre quais atividades mais gostam de realizar no Centro, 34,4% responderam exercícios físicos em geral e 65,6% deram respostas variadas citando diferentes atividades em grupo como danças, jogos, dinâmicas e aula de alfabetização. Os idosos foram questionados quanto à existência de outras atividades que os mesmos gostariam que fossem oferecidas no Centro, sendo que 56,3% solicitaram mais atividades como, jogos em geral, dominó, baralho, dama, atividades lúdicas, palavra cruzada, caça-palavras, artesanatos, dança, hidroginástica, esteira e fisioterapia. Os demais consideraram suficientes as atividades oferecidas.

Durante a realização das atividades do projeto, observou-se maior interesse por aquelas que envolviam a movimentação corporal, o que pode estar relacionado ao trabalho de conscientização e estimulação à realização de atividades físicas que vem sendo realizado pelo centro que conta com o apoio de uma profissional da área de educação física para a realização dessas atividades. A prática de exercícios estimula funções cognitivas importantes, tais como: atenção concentrada, memória de curto prazo e desempenho dos processos executivos (STELLA et al., 2002).

Todos os idosos demonstraram ter consciência da importância da existência do centro de convivência para sua qualidade de vida, o que pode ser observado no relato de uma das participantes:

*(...) antes de começar a participar das atividades ficava sozinha em casa, estava muito esquecida das coisas, não tinha animação, aqui estou me sentindo bem melhor, não sinto mais tantas dores, me sinto muito feliz, fiz muitos amigos, tenho com quem conversar e me distrair (...)* (Participante 1)

Quando questionados sobre por quais motivos começaram a participar do grupo de idosos a maioria respondeu que foi por indicação médica, seguida de uma busca da velhice saudável, novas amizades e uma opção de lazer. Além disso, todos os participantes consideram que as atividades praticadas no centro de convivência proporcionam melhora na qualidade da saúde física, uma vida mais ativa, maior interação social, evita quadros de depressão, proporciona saúde mental e melhora na auto-estima.

De fato, a grande aceitação e participação ativa dos idosos nas atividades desenvolvidas, demonstraram que o centro ocupa parte importante de suas vidas. As falas, atitudes e reações de cada um são indicadores de que essa experiência proporcionou aos mesmos momentos de satisfação, diversão, construção da autoestima e socialização. O acolhimento e valorização dos mesmos parece ter levado a maior motivação e prazer pelas atividades, o que pode ser verificado por meio do relato de alguns participantes:

*(...) é importante, precisamos de atividades assim para despertar o nosso intelecto e nossa autoestima (...)* (Participante 2)

*(...) “ Com certeza foi momentos maravilhosos que passei aqui, melhorei bastante corpo e mente, estou muito feliz, parabéns para as professoras”(...)* (Participante 3)

*(...) “ Depois que eu comecei a participar melhorei muito minha saúde física, pois nós temos professoras abençoadas por Deus, para mim isso também conta” (...)* (Participante 1)

*(...) “ Precisamos ainda mais dos nossos professores para nos dar mais força, pena que custei a participar das atividades, gostaria que o projeto continuasse por mais tempo” (...)* (Participante 4)

Corroborando com as observações do presente estudo, Wichmann et al. (2013) estudaram os benefícios que a convivência em grupo proporcionou a idosos frequentadores de Centros de Convivência e relatam ser evidente que a interação social em grupo possibilita um maior enfrentamento diante das inseguranças e medos com troca de experiências e afetos reduzindo, portanto, situações como isolamento social e depressão. Os idosos foram unânimes em associar o bem-estar e a qualidade de vida a uma boa saúde do corpo e da mente, sendo considerada uma conquista alcançada pelos componentes dos grupos, onde dedicam uma parcela do seu tempo a realizar atividades que se refletem em felicidade, liberdade e qualidade de vida.

De acordo com as afirmações de Alvarenga et al. (2015), atividades que tem como propósito a estimulação cognitiva na terceira idade, devem ser planejadas pensando sempre nas necessidades e capacidades dos idosos, de forma a atrair sua atenção



promovendo a auto-estima, satisfação em participar e interação social, criando uma relação harmônica entre o ambiente e os indivíduos. Foi possível observar por meio do questionário de avaliação e da roda de conversas que o projeto proporcionou uma melhor compreensão por parte dos idosos sobre a importância da prática de atividades que estimulem tanto a parte física quanto a função cognitiva, visando à promoção do bem-estar, físico, mental e social durante o processo de envelhecimento.

Quando questionados se as atividades e exercícios físicos desenvolvidos são importantes para manter a saúde do corpo e da mente, todos os idosos consideraram que as mesmas têm impactos positivos para se alcançar uma velhice ativa e saudável. Afirmaram sentirem-se mais ativos, autoconfiantes, vivência de momentos de alegria e distração, como observado nas respostas dos participantes:

*(...)“Sim, porque se a gente não trabalhar a mente podemos esquecer e o corpo se parar de movimentar, atrofia.” (Participante 5)*

*(...) “Ficamos mais ativas, ficamos mais lembradas” (...) (Participante 6)*

*(...)” trouxe muita alegria e estima” (...) (Participante 2)*

*(...)“É muito bom fazer atividades e também conversar com os outros, rir, é legal” (...) (Participante 7)*

*(...) “Me trouxe alegria, conhecemos pessoas que nos ajudaram muito, sempre com amor tanto das nossas amigas da 3ª idade e o acompanhamento das professoras foi maravilhoso, sou feliz”(...) (Participante 8)*

Tendo em vista a grande aceitação por parte dos idosos em relação à proposta do projeto foram escolhidos dois participantes para dar continuidade às atividades. Essa escolha foi acordada previamente com a equipe do centro de convivência que indicaram quais idosos demonstravam interesse e perfil de liderança para tal função. Ficou acordado que as atividades seriam desenvolvidas uma vez por semana e acompanhadas pela educadora física do centro. Os materiais pedagógicos utilizados na execução do projeto foram doados e entregues aos responsáveis pela continuidade das atividades. O sucesso e contentamento com a continuidade das atividades pode ser observada por meio de mensagens de uma das participantes:

*(...)“Bom dia, hoje teve atividade foi maravilhosa, o grupo já está se habituando a caça palavras e logo pedem, também jogamos baralho e fizemos desenhos, recitei um poema que todos gostaram”(...).*

## 4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o presente projeto de extensão proporcionou impactos positivos para a saúde física, mental e social dos idosos. A experiência de realização da ação deixou claro, por meio da adesão, participação ativa e relatos dos idosos, a importância que as atividades em grupos exercem durante esta fase da vida com potencial para melhorar a auto-estima, proporcionar momentos de interação, lazer e inclusão social. Além disso, constituem excelente oportunidade para desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças no intuito de garantir um envelhecimento saudável e reduzir a carga de doenças, sendo esse um benefício tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde.

A solicitude e afeto demonstrados pelos participantes para com a equipe executora do projeto proporcionaram uma percepção ampliada da relevância de tais atividades para o bem estar dos idosos na medida em que se sentem valorizados e acolhidos, além de ser um estímulo para o desenvolvimento de outros projetos que não apenas contribuam para a produção do conhecimento mas que causem um impacto direto na realidade do público-alvo.

## 5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.A.; MEDEIRA, G.D.; ARANTE, P.M.M.; ALENCAR, M. A. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 435-444, 2010.

ALVARENGA, M.R M.; CERCHIARI, E.A.N.; ESPÍNDOLA, A.C.L.; MARTINS, P.C.S. **Oficina de Memória como Estratégia de Intervenção na Saúde Mental de Idosos**. (Tese) Doutorado em Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento - Faculdades Anhanguera de Dourados e Associação Brasileira Romain-Thiers, Porto Alegre, 2015.

ARAÚJO, C.K.; CARDOSO, C.M.C.; MOREIRA, E.P.; WEGNER, E.S.; AREOSA, V.C. Vínculos Familiares e Sociais nas Relações dos Idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, n. 1, p. 97-107, 2012.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 4, p. 869-875, 2011.

BORGES, P.L.C.; BRETAS, R.P.; AZEVEDO, S.F.; BARBOSA, J.M.M. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, 2008.

GALISTEU, K.J.; FACUNDIM, S.D.; RIBEIRO, R.C.H.M.; SOLER, Z. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Revista Arquivos da Ciência e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 209-14, 2006.

HOTT, A.M.; PIRES, V.A.T.N. **Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência**. (Monografia) Graduação em Enfermagem. Universidade do Leste de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

LOPES, D.A.C. Perfil sociodemográfico e clínico de uma instituição de longa permanência no Sul de Minas Gerais. **Revista em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 69-80, 2014.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Revista Psicologia da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 59-79, 2008.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde pública**, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

ROCHA, F.C.V.; PAZ, L.I.; NERY, N.K.B.; ALMEIDA, G.M.B.; ROCHA, L.P.V.; CARVALHO, M.L. Perfil de idosos internados no hospital de urgência. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 3, n. 3, p. 32-38, 2014.

SAAD, P.M. **O envelhecimento populacional e seus reflexos na área de saúde**. Disponível em <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/554>>. Acesso em 03/07/ 2018.

SCORTEGAGNA, P. A; OLIVEIRA, R. C. S. **Idoso: um novo ator social**. IX seminário de Pesquisa em educação da Região Sul, 2012. Disponível em <<http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>>. Acesso em 04/07/2018.

PNSPI. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em 11/03/2018.

SIMÕES, C.C.S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf>>. Acesso em 16/07/2018.

SOUSA, A.M.; LIMA, K.C.C.; MOURÃO.L.R.; SIQUEIRA, R.D.S.; SILVA, R.F.G. **Pedagogia e terceira idade: atuação e contribuições do pedagogo na educação não formal com idosos**. VI Fórum Internacional de Pedagogia, 2014. Disponível em <[http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/Modalidade\\_2datahora\\_25\\_05\\_2014\\_15\\_09\\_31\\_idinscrito\\_672\\_b667ed1fe6a431b5bdf0f64805f99a68.pdf](http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/Modalidade_2datahora_25_05_2014_15_09_31_idinscrito_672_b667ed1fe6a431b5bdf0f64805f99a68.pdf)>. Acesso em 16/07/2018.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

WICHMANN, F.M.A.; COUTO, A.N.; AREOSA, S.V.C.; MONTAÑÉS, M.C. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.

## ACOLHER PARA CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE RIO BRANCO-ACRE

**Fernanda Oliveira da Costa<sup>1</sup>, Katia Cilene Withs de Lima<sup>1</sup>, Patrícia Germano da Silva  
Lima<sup>1</sup>, Raquel da Rocha Paiva Maia<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão que teve como finalidade promover treinamento sobre acolhimento para profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Rio Branco, Acre. O projeto foi realizado com os profissionais responsáveis pelo acolhimento no período de abril a maio de 2018. O treinamento foi desenvolvido em formato de exposição dialogada, dinâmicas, situações-problema e rodas de conversas. Para o acompanhamento destas atividades, utilizou-se dos instrumentos de diário de campo e questionários aplicados prévia e posteriormente à ação para avaliação do impacto do treinamento. Os resultados indicam que embora a maioria dos profissionais admitam que conhecem e praticam as diretrizes da Política Nacional de Humanização, e que estão treinados para atender o usuário de forma humanizada, o acolhimento humanizado não está presente em todas as etapas do atendimento e ainda existem dificuldades e desafios relacionados a estrutura física e comunicação entre a equipe. O treinamento contribuiu para fornecer uma visão mais ampliada dos aspectos essenciais no processo de acolhimento, além da percepção da importância e valorização da relação entre profissionais e usuários nesse processo.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Humanização e Unidade de Pronto Atendimento.

### ABSTRACT

To report the experience of an extension project that had the purpose of promoting training on humanized care for professionals from a Emergency Care Unit in the city of Rio Branco, Acre. The project was developed with the professionals responsible for the reception from April to May 2018. The training was developed in a dialogue format, dynamic, problem situations and conversation wheels. In order to follow up these activities, the field diary instruments and questionnaires were applied before and after the action to evaluate the impact of the training. The results indicate that although most professionals admit that they know and practice the National Policy on Humanization guidelines, and that they are trained to serve the user in a humanized way, the humanized host is not present at all stages of care and there are still difficulties and challenges related to the physical structure and communication between the team. The training contributed to provide a broader view of the essential aspects in the reception process, besides the perception of the importance and value of the relationship between professionals and users in this process.

**Keywords:** Care, Humanization and Emergency Care Unit.

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil. Fatores como o crescimento populacional, o aumento significativo de doenças crônico-degenerativas, acidentes e violências bem como a falta de estruturação da rede de Atenção Básica, justificam a necessidade e importância desses serviços ao mesmo tempo em que contribuem para a elevada demanda (BRASIL, 2004; FEIJÓ, 2010; ROCHA, 2005).

A alta procura por esse tipo de serviço gera problemas como a superlotação do espaço físico, a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a falta de qualidade e humanização no atendimento prestado (SIMONS, 2008). Esses fatores, aliados a falta de estrutura física e organizacional e oferta insuficiente dos serviços interferem de forma negativa no processo de acolhimento nas unidades, constituindo um importante desafio a ser enfrentado. Tais problemas se disseminaram em todo o Brasil ocasionando frequentes crises no sistema de saúde, que incitaram a necessidade de mudanças. Em vista disso, o Ministério da Saúde (MS) adotou algumas estratégias com o objetivo de organizar a rede de atenção à saúde (RAS), dentre as quais: a implantação das Unidades de Pronto Atendimento na modalidade 24 horas (UPA 24h), em estados e municípios, como tentativa de acolher de forma mais rápida e oportuna a população que se acumulava nos prontos socorros do país (BRASIL, 2006).

Além disso, visando a melhoria da qualidade do acolhimento e assistência, a Política Nacional de Humanização (PNH) estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários construindo processos coletivos, além de propor o acolhimento com classificação de risco como uma intervenção potencialmente decisiva na reorganização do fluxo de atendimentos na rede favorecendo a ampliação do acesso, redução nas filas, e tempo de espera propondo. Essa política visa extrapolar o espaço de gestão local para se afirmar no cotidiano das práticas em saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento, uma das diretrizes que norteiam o trabalho da PNH, tem como objetivo construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva, valorizando a escuta do usuário em suas queixas e reconhecendo seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2013).

A partir da experiência profissional em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município de Rio Branco, Acre, percebeu-se a necessidade de melhorias no processo de acolhimento aos usuários constatado mediante a manifestação de queixas relacionadas principalmente a falta de informação sobre serviços ofertados, fluxo de atendimento, encaminhamento para setores dentro da própria unidade e extra unidade. Além disso, perceberam-se problemas relacionados a fluxo desordenado e intenso de acompanhantes nos corredores e dentro dos setores da UPA.

Diante do exposto e da complexidade envolvida no processo de trabalho da equipe de saúde nas UPAs, o presente relato descreve a experiência de realização de um projeto de extensão que teve como finalidade promover treinamento sobre acolhimento humanizado para profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento do município de Rio Branco, Acre.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi desenvolvido com profissionais de diferentes cargos e funções (assistente administrativo, maqueiro, assistente social, enfermeiro, etc) responsáveis pelo acolhimento na Unidade de Pronto Atendimento (24h), 2º distrito, do Município de Rio Branco - Acre, no período de abril a maio de 2018 durante a disciplina de Práticas Integradas do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre.

A referida UPA foi implantada em 2009 sendo considerada de Porte II na escala do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Possui área total de 3,9 mil metros quadrados e capacidade de acolher fluxo diário de mais de 400 pessoas. O treinamento foi realizado nas dependências do refeitório da própria unidade contando com a presença de 15 profissionais.

A primeira fase do projeto incluiu a apresentação da proposta à direção administrativa da unidade onde foi discutida a necessidade de conscientização da equipe de saúde em relação ao acolhimento humanizado. Houve receptividade da gestão, que se dispôs a colaborar com o projeto. Na ocasião organizou-se um cronograma para execução de todas as etapas do projeto de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

No primeiro encontro com os participantes, optou-se pela utilização da metodologia da roda de conversa para facilitar o processo do falar e ouvir. Após apresentação do projeto,



cronograma e etapas a serem desenvolvidas, os profissionais foram incentivados a relatar os principais problemas e desafios vivenciados no processo de acolhimento na prática diária. Definiu-se a confecção de um banner com os resultados, contendo informações para dinamizar e melhorar o processo de acolhimento bem como orientar os usuários do serviço.

No final da roda de conversa foi aplicado questionário com objetivo de identificar o conhecimento dos funcionários sobre a PNH e alguns aspectos do processo de acolhimento na unidade.

A etapa seguinte incluiu o planejamento dos conteúdos que foram abordados no treinamento levando em consideração a identificação dos principais pontos fracos em relação ao conhecimento sobre a PNH e acolhimento tendo como base as discussões realizadas na roda de conversa e as respostas do questionário. Essa fase também incluiu a elaboração de um convite para participação no treinamento cujas cópias que foram afixadas em locais visíveis nas dependências da unidade.

A fase de execução do treinamento iniciou com a realização de uma dinâmica, onde os presentes, um por um, tiveram 10 segundos para passar orientações a um dos participantes, que estava de olhos vendados, sobre o caminho que deveria ser seguido até uma cadeira onde o mesmo deveria sentar.

Após a dinâmica foi realizada apresentação de conteúdos sobre a PNH, humanização no acolhimento e sua importância, enfatizando as responsabilidades de cada profissional. Durante esse momento, os profissionais foram incentivados a fazer questionamentos e contribuições sobre o assunto. Em seguida, os participantes assistiram a um vídeo, com o tema: “Dilemas de uma usuária do SUS, que procura uma Unidade Básica de Saúde”. A finalidade do vídeo foi fazer uma reflexão sobre a importância da escuta qualificada, da informação precisa e da organização e orientação em relação ao fluxo de atendimento.

Na última etapa do projeto foi realizada roda de conversa para avaliação do treinamento onde os participantes foram incentivados a discutir sobre os conhecimentos adquiridos, pontos positivos e negativos. Além disso, foi aplicado um questionário com perguntas subjetivas, contendo questões sobre o conteúdo ministrado com o objetivo de avaliar o impacto sobre o conhecimento da PNH e do processo de acolhimento humanizado após o treinamento.

Para acompanhamento e análise das atividades desenvolvidas foi utilizado um diário de campo, com o objetivo de registrar as atividades junto aos sujeitos da ação, bem como as impressões, falas, comportamentos e reações. Para análise dos dados foram utilizadas frequências absolutas e relativas e procedeu-se a leitura e análise das respostas dos



questionários, dos relatos e falas para identificação das ideias principais, expressões e reações dos participantes.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam ao primeiro questionário 15 profissionais dos quais 11 eram do sexo feminino (73,3%). Em relação à faixa etária, 53,3% apresentavam idade entre 50 a 59 anos, 33,3% entre 40 a 49 anos, 6,7% entre 60 a 69 anos e 6,7% entre 20 a 29 anos. Sobre a escolaridade, 60% tinham o segundo grau completo e 40% tinham nível superior.

Na ocasião da apresentação do projeto e aplicação do questionário, os profissionais foram receptivos e manifestaram interesse em participar do treinamento. Entretanto, houve certa dificuldade ao responder o questionário revelando uma possível desatualização em relação ao conteúdo, portanto houve necessidade de auxiliar alguns profissionais na interpretação das questões.

Na Tabela 1 consta a distribuição das respostas em relação ao conhecimento dos profissionais sobre a PNH e organização do acolhimento na unidade. A maioria dos funcionários (60%), responderam que conhecem e aplicam as diretrizes da PNH e todos concordaram com as vantagens do acolhimento em deixar o ambiente mais acolhedor e humano. Em relação à sinalização do ambiente, 60% concordaram que a mesma é clara e suficiente para o direcionamento dos usuários aos atendimentos no acolhimento. Entretanto 93,3% admitiram que o espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante e 80% concordaram que a humanização não se faz presente em todas as etapas do atendimento. A maioria (73,3%) concordou que estavam treinados para atender o usuário de forma humana e acolhedora e 53,3% admitiram que as lideranças do serviço discutem propostas de mudança no serviço de acolhimento. Além disso, 73,3% concordaram que os trabalhadores que atuam no acolhimento não se comunicam frequentemente com toda a equipe. Esses resultados indicam que embora a maioria dos profissionais admitam que conhecem e praticam as diretrizes da PNH, e que estão treinados para atender o usuário de forma humanizada, o acolhimento humanizado não está presente em todas as etapas do atendimento e ainda existem dificuldades e desafios relacionados a estrutura física e comunicação entre a equipe.

Algumas dificuldades relacionadas ao processo de acolhimento também foram

citadas durante a primeira roda de conversa como: espaço físico insuficiente para atender a demanda, falta de segurança, agressividade de alguns usuários por não encontrar resolutividade no seu problema, falta de apoio da gestão, falta de conhecimento por parte dos usuários em relação ao fluxo e atendimentos realizados, além de falta de comunicação entre a equipe.

Shiroma e Pires (2018) referem que a concretização do acolhimento apresenta muitos desafios, pois depende da atuação conjunta de fatores envolvendo gestores, profissionais, usuários, processo organizacional e assistencial. De fato, todos esses fatores são relevantes, entretanto Trindade (2010) enfatiza o papel fundamental da equipe profissional na consolidação do acolhimento humanizado, sendo necessário treinamento, capacitação, valorização por meio de salários dignos, divisão de trabalho, organização, vínculo e comprometimento com a comunidade. Considerando tal importância, reforça-se aqui a necessidade do processo de educação em saúde no acolhimento e de seu potencial para concretização da proposta de humanização da atenção à saúde.

**Tabela 1.** Distribuição das respostas sobre o conhecimento da PNH e organização do acolhimento na UPA, Rio Branco, Acre, 2018.

Perguntas	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
	n (%)	n (%)	n (%)
Os profissionais conhecem e aplicam no serviço as diretrizes da PNH?	6 (40,0)	-	9 (60,0)
O acolhimento torna o ambiente mais acolhedor e humano?	-	-	15 (100,0)
A Sinalização do ambiente é clara e suficiente para o direcionamento dos usuários ao atendimento no acolhimento?	4 (26,7%)	2 (13,3%)	9 (60,0%)
Nesse serviço a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário?	3 (20,0%)	-	12 (80,0%)
Os profissionais que atuam no acolhimento estão treinados para atender o usuário de forma humana e acolhedora?	4 (26,7%)	-	11 (73,3%)
As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudança no serviço de acolhimento.	7 (46,7%)	-	8 (53,3%)
Os trabalhadores que atuam no acolhimento não se comunicam frequentemente com toda a equipe.	4 (26,7%)	-	11 (73,3%)

Em relação ao questionário aplicado após o treinamento, a maioria dos participantes (66,7%) respondeu que já havia realizado algum tipo de capacitação ou treinamento sobre acolhimento, enquanto 33,3% referiram não ter participado de treinamentos na área. Esses dados reforçam a importância do presente projeto, uma vez que o acolhimento precisa e deve ser realizado por todos os profissionais da equipe, pois cada um exerce um papel fundamental para a efetivação dessa ferramenta assistencial e humanizada e para a eficácia no atendimento (TRINDADE, 2010).

Com o objetivo de avaliar a compreensão do conteúdo abordado, os participantes foram questionados sobre o conceito de acolhimento. As respostas revelaram uma visão mais ampliada dos aspectos presentes no processo de acolhimento, além da percepção da importância e valorização da relação entre profissionais e usuários nesse processo, conforme observado nos seguintes escritos:

*“[...] receber o paciente com carinho, procurando passar ao mesmo confiança orientação e resolução dos seus problemas [...]”* (Participante 1).

*“[...] é prestar atendimento informando e auxiliando o usuário [...]”* (Participante 2).

Ayres et al. (2006) referem que por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só, suficientes para produzir saúde, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Daí a importância do acolhimento como uma ferramenta necessária para tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende.

Os participantes foram questionados sobre a existência de dificuldades para realizar o acolhimento adequado ao usuário. As principais dificuldades citadas estão relacionadas à disponibilidade de recursos humanos, principalmente médicos e equipe que atua nos laboratórios, além da elevada demanda e demora nos resultados dos exames, conforme observado nas seguintes respostas:

*“[...] Ausência de médicos, necessidades de exames e etc [...]”* (Participante 3).

*“[...] ausência de médicos nos consultórios, morosidade nos exames e algumas vezes ausência de técnicos de laboratório [...]”* (Participante 4).

*“[...] dependendo do momento o número do fluxo de pessoas [...]”* (Participante 5).

De fato, esses problemas inviabilizam a garantia da atenção resolutiva presente no conceito de acolhimento (BRASIL, 2015). Tais condições influenciam no cotidiano dos serviços de saúde já que a atuação dos profissionais depende fortemente das ferramentas disponíveis e do número de profissionais adequados de modo que carências nessas áreas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados influenciando diretamente na qualidade da assistência, na resolutividade dos problemas e conseqüentemente na satisfação dos usuários (COTTA et al., 2006).

## 4. CONCLUSÃO

Embora a maioria dos profissionais tenham admitido que conheciam e praticavam as diretrizes da PNH, e que estavam treinados para atender o usuário de forma humanizada, foi possível perceber que o acolhimento humanizado não estava presente em todas as etapas do atendimento e existiam dificuldades e desafios relacionados a estrutura física e comunicação entre a equipe. Tal conjuntura dificulta a prática do acolhimento sendo essencial o investimento na educação continuada dos profissionais, pois constitui uma ferramenta fundamental para atualização de conhecimentos e qualificação dos serviços prestados além de remodelar os saberes.

O treinamento contribuiu para fornecer uma visão mais ampliada dos aspectos essenciais no processo de acolhimento, além da percepção da importância e valorização da relação entre profissionais e usuários nesse processo. As experiências vivenciadas durante todas as fases deste projeto bem como os resultados observados reforçam ainda mais a importância da capacitação e da educação continuada na construção e promoção de um atendimento humanizado e eficaz.

## 5. REFERÊNCIAS

AYRES, R.C.V.; PEREIRA, S.P.O.E; ÁVILA, S.M.N.; VALENTIM, W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 306-311, 2006.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (documento base para gestores e trabalhadores do SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 675/GM de 30 de março de 2006.** Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização - PNH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

COTTA, R.M.M; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7 - 18, 2006.

FEIJÓ, V.B.E.R. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: análise da demanda atendida no pronto socorro de um hospital escola. 2010. 112p.** (Dissertação) Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ROCHA, A.F.S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** (Dissertação) Mestrado da Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SHIROMA, L.M.B; PIRES, D.E.P. Classificação de risco em emergência: um desafio para as/os enfermeiras/os. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 14 - 17, 2011.

SIMONS, D.A. **Avaliação do perfil da demanda na Unidade de Emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família.** (Tese) Doutorado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

TRINDADE, C.S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família.** (Monografia) Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2010.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: OFICINAS SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA VOLTADAS PARA PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR

**Tamires Sales de Andrade<sup>1</sup>, Elisângela da Silva Maia<sup>1</sup>, Alessandra Lima da Silva<sup>1</sup>,  
Raquel da Rocha Paiva Maia<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Relato de experiência resultante de um projeto de extensão sobre educação sexual promovida por meio de oficinas para adolescentes no âmbito escolar. O público alvo da ação foi composto por 46 adolescentes de uma Escola estadual de ensino fundamental e médio no município de Rio Branco, Acre. As oficinas foram desenvolvidas em formato de rodas de conversas, exposição dialogada, dinâmicas e vídeos pedagógicos. Para o acompanhamento das atividades utilizou-se instrumentos de diário de campo e questionários aplicados prévia e posteriormente a ação. Os achados revelaram que 80,4% e 69,6% dos adolescentes recorrem a conversa com amigos e redes sociais, respectivamente, na busca de informações sobre sexualidade indicando uma forte influência desses fatores na construção do conhecimento acerca do tema. A apreensão dos temas abordados nas oficinas pôde ser constatado por meio de alguns achados: 82,2% dos adolescentes reconheceram que o uso sistemático de métodos contraceptivos e de prevenção às ISTs é de corresponsabilidade tanto do homem quanto da mulher; 80,4% atribuíram que o risco de contrair ISTs está atrelado a um comportamento sexual passível de proteção; 86,9% concordaram em relação a exigência ao parceiro por parte das mulheres quanto ao uso de preservativo. A realização das oficinas por meio da metodologia participativa permitiu a construção de um espaço dialógico entre os mediadores e educandos, facilitando o exercício da reflexão crítica no processo de ensino-aprendizagem e valorizando os conhecimentos e experiências dos adolescentes.

**Palavras chaves:** Sexualidade, Adolescência e Promoção da Saúde.

### ABSTRACT

Report of experience resulting from an extension project on sex education promoted through workshops for adolescents in the school environment. The target audience of the action was composed of 46 adolescents from a state school of elementary and high school in the municipality of Rio Branco, Acre. The workshops were developed in the form of talk wheels, dialogues, dynamics and pedagogical videos. For the monitoring of the activities, field diary instruments and questionnaires were applied before and after the action. The findings revealed that 80.4% and 69.6% of adolescents use the conversation with friends and social networks, respectively, in the search for information about sexuality indicating a strong influence of these factors in the construction of knowledge about the subject. The understanding of the topics covered in the workshops could be verified through some

findings: 82.2% of the adolescents recognized that the systematic use of contraceptive methods and prevention of STIs is shared by both men and women; 80.4% attributed that the risk of contracting STIs is linked to protective sexual behavior; 86.9% agreed on women's demand for condom use. The realization of workshops through participatory methodology allowed the construction of a dialogical space between mediators and learners, facilitating the exercise of critical reflection in the teaching-learning process and valuing the knowledge and experiences of adolescents.

**Key words:** Sexuality, Adolescence and Health Promotion.

## 1. INTRODUÇÃO

A sexualidade está presente em todas as fases da vida humana e se refere a um somatório de condições anatômicas, fisiológicas, psicológico-afetivas que caracterizam cada sexo. É um aspecto essencial no processo de composição da identidade, não se restringindo ao ato sexual ou ao potencial reprodutivo, pois envolve a dimensão subjetiva e emocional do ser humano e a capacidade deste de se relacionar com o outro e com o meio em que vive (RABIN et al., 2014; ZERBINATI; BRUNS, 2017).

O período da adolescência é marcado por significativas mudanças psicossociais e corporais trazidas pela puberdade e, conseqüentemente, pelo interesse e vivência da sexualidade. Essas transformações normalmente são acompanhadas pelo fenômeno da crise circunstancial, onde os adolescentes passam a lidar com questões voltadas a responsabilidades, tomadas de decisões, identidade sexual e psicológica, e capacidade reprodutiva (CALIANI; APARECIDA, 2008).

Em face dessas mudanças biopsicossociais, a mais conflituosa consiste no início da vida sexual a qual vem se mostrando cada vez mais precoce entre os adolescentes. A notória carência de conhecimentos acerca da temática somada a reduzida existência de espaços de comunicação interferem na autonomia e no autocuidado dos púberes na vivência da sexualidade, resultando na adoção de comportamentos de maior risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como também numa gravidez não planejada (BRASIL, 2012; RABIN et al., 2014).

Segundo estudo de Silva et al. (2011) estima-se que ocorram 12 milhões de novos casos de ISTs curáveis anualmente no Brasil e, dentre esses a parcela de adolescentes acometida é de 25%, fator este que representa um prejuízo à saúde sexual e reprodutiva dos mesmos, a saber: esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo uterino,



gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos com baixo peso, além de aumentar o risco de infecção pelo HIV em 40%.

Em relação a prevalência de gravidez na adolescência, no Brasil e em Rio Branco, do total de nascidos vivos em 2015, 18,1% e 22,4% foram de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, respectivamente (DATASUS, 2017). Tal quadro epidemiológico associado às possíveis implicações decorrentes da gravidez precoce como aborto, baixo peso ao nascer e morbimortalidade materna caracterizam-se como uma condição de risco e vulnerabilidade e, portanto, um problema de saúde pública (GURGEL et al., 2008).

A fim de se intervir na realidade exposta, faz-se necessário uma abordagem positiva sobre sexualidade humana valorizando-se as relações pessoais e a adoção de comportamentos de prevenção e cuidado pessoal, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e oportunizar tomadas de decisões reflexivas e críticas quanto a vida sexual e reprodutiva (BUSS, 2003).

Conforme prevê a lei de nº 60/2009 a escola deve ser um espaço para abordar a educação sexual como um tema transversal, inerente à vida e à saúde, a ser tratado em todas as áreas de conhecimento desde o ensino fundamental ao ensino médio (BRASIL, 2009). Porém, o que se percebe, em geral, é que a escola não vem discutindo amplamente sobre o tema com os adolescentes, vindo a refletir-se em um prejuízo ao desenvolvimento integral dos mesmos, no que concerne ao seu papel enquanto processo formativo. Vislumbra-se, pois, que a escola por representar um ambiente de interação social com grande potencial de influenciar comportamentos e escolhas pode inclusive ser um espaço para desenvolvimento de promoção/ prevenção da saúde sexual (SILVA et al., 2013).

Nesse pressuposto, o presente artigo tem o objetivo de relatar a experiência da implementação de oficinas participativas sobre educação sexual para adolescentes no cenário escolar, referente a um projeto de extensão realizado durante a disciplina de Práticas Integradas do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto foi executado por meio de oficinas nos meses de agosto e setembro do ano de 2017 na instituição pública de Ensino Fundamental e Médio Henrique Lima no



município de Rio Branco, Acre. O público alvo da ação foi composto por 46 adolescentes de turmas do 9º ano, do período vespertino, na faixa etária de 14 a 17 anos. As oficinas foram realizadas durante o horário de aula regular, correspondendo a quatro oficinas em um total de cinco encontros.

O projeto foi mediado pela pesquisa-ação, devido a maior facilidade de se alcançar envolvimento entre membros da extensão e sujeitos de pesquisa, conforme define Thiollent (2000) é: “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”, o que veio a possibilitar melhor compreensão e interpretação dos dados coletados. Para a execução do projeto fez-se opção pela metodologia pedagógica interacionista, na qual se buscou a ênfase na interação entre a equipe de intervenção e os educandos numa prática participativa; fazendo com que o conhecimento fosse construído de forma contínua e dialógica (MINAYO, 2006).

No primeiro encontro com o público alvo foi feita uma apresentação sucinta do projeto e das atividades educativas que seriam desenvolvidas. Posteriormente, foi aplicado um questionário de avaliação prévia dos conhecimentos.

A primeira oficina abordou sobre os direitos sexuais e reprodutivos, onde em forma de exposição dialogada foram atribuídos para cada direito os deveres e responsabilidades a serem assumidos, já que para o exercício pleno do direito implica-se também a assunção de responsabilidades. Após isso foi realizada uma dinâmica onde os alunos se dividiram em quatro grupos para realizar um estudo de caso. Cada caso abordava uma situação em que um ou mais direito havia sido lesado; a tarefa de cada grupo era a de identificá-los. A partir disso, foram levantadas discussões acerca da temática.

A segunda oficina realizada denominada de maternidade/ paternidade na adolescência contou com a apresentação de um vídeo breve no qual foram mostrados casos de adolescentes relatando a experiência pessoal de ser mãe/ pai na adolescência, sendo posteriormente feito alguns questionamentos em formato de roda de conversa, permitindo o levantamento de discussões e reflexões. Em seguida, foi realizada uma dinâmica visando promover a vivência de forma concreta de uma situação de gravidez na adolescência, onde os educandos por meio de encenação criaram uma solução para uma história que tinha como principal problemática uma gravidez não planejada entre adolescentes. Para os debates finais houve a identificação das semelhanças e diferenças dos desfechos de cada roteiro.

Na terceira oficina promoveu-se uma discussão e reflexão sobre fatores individuais, familiares, sociais, culturais e religiosos e sua influência na expressão da sexualidade na sociedade, por meio de exemplos de diversas situações que acontecem no meio social, as quais foram apresentadas em formato de figuras e vídeos, onde os educandos puderam julgá-las como algo com pouca, média ou muita influência sobre a expressão da sexualidade, utilizando-se, para isso, de fichas nas cores verde, amarelo e vermelho, respectivamente.

Na quarta oficina denominada de métodos contraceptivos e de prevenção às ISTs foram citadas as principais infecções sexualmente transmissíveis. Explanou-se sobre como usar corretamente os métodos contraceptivos e preservativos masculino e feminino, salientando as principais diferenças entre eles. Foi realizada também uma atividade educativa com o intuito de desmistificar as diversas informações sobre as formas de transmissão e prevenção às IST/ aids. A atividade consistiu em responder como reagiriam em situações que envolvem mitos e verdades sobre prevenção às DSTs/ aids, onde os educandos declararam concordância ou discordância.

Foi realizado um último encontro com objetivo de revisar as discussões das oficinas por meio da utilização de um jogo educativo chamado de cruzada de palavras onde foram feitas perguntas norteadoras para que os adolescentes pudessem descobrir qual palavra estava ocultada. À cada palavra desvendada foi dado abertura para esclarecer os assuntos das oficinas de forma a reforçar os conhecimentos construídos. Ao término, foi aplicado um questionário avaliativo das atividades.

Utilizou-se dos seguintes instrumentos para registro das atividades: 1) Diário de campo, no qual foram registrados os dados coletados durante o acompanhamento dos sujeitos da ação, em virtude de seu escopo trazer as notas e impressões diárias sobre as diferenciações entre falas, comportamento e, reações, tornando mais precisa a pesquisa de campo (MINAYO, 2006). 2) Questionários semiestruturados, aplicados prévia e, posteriormente às ações desenvolvidas, cujos objetivos se destinaram a avaliar os conhecimentos prévios acerca da temática como também o impacto e assimilação dos conteúdos abordados por parte do público alvo.

No processo de análise dos dados foi empregado um enfoque diferenciado às questões discursivas e objetivas. Enquanto na primeira priorizou-se a análise do conteúdo lexical por meio de leituras das respostas dadas pelos adolescentes; as objetivas tiveram uma análise descritiva e exploratória que forneceram dados quantitativos a esse estudo.

Foram realizadas estatísticas descritivas com frequências absolutas e relativas e medidas de posição e dispersão.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A idade dos estudantes variou entre 14 a 17 anos, com idade média de 14,9 anos (desvio padrão = 1,01 anos). Do total de 46 alunos, 61% eram do sexo feminino.

No questionário aplicado previamente a realização das oficinas, os adolescentes foram interrogados em relação às fontes de acesso às informações sobre sexualidade podendo marcar mais de uma opção (Tabela 1). As três fontes mais citadas foram as conversas com amigos (80,4%), redes sociais (69,6%) e televisão (58,7%). A escola apareceu em quarto lugar sendo citada por 54,4% dos estudantes. Um total de 30,4% dos adolescentes citaram a conversa com os pais.

**Tabela 1.** Fontes de acesso às informações sobre sexualidade referidas por adolescentes, Rio Branco - Acre, 2017.

Fontes de Informação	N	%
Conversas com amigos	37	80,4
Redes sociais	32	69,6
TV	27	58,7
Escola	25	54,3
Filmes	25	54,3
Novelas	21	45,6
Musicas	16	34,8
Conversas com os pais	14	30,4
Revistas	12	26,1
Séries	9	19,6

Diante desses dados percebe-se a forte influência dos amigos e da mídia na construção do conhecimento acerca da sexualidade. Tal constatação é preocupante considerando as limitações de conhecimento e inexperiência dos amigos, que geralmente

se encontram na mesma fase de descobertas, bem como o nível questionável da qualidade da informação fornecida pela mídia que frequentemente explora e aborda o tema por meio de inúmeros programas de TV de forma irresponsável. A nítida preferência dos adolescentes pelos círculos de amigos e mídia pode atribuir-se à ausência de diálogos no ambiente familiar e escolar, submetendo-os a uma falta de referencial confiável (CARVALHO, 2013; SILVA et al., 2011). Os pais, muitas vezes, se deparam com questões religiosas, valores morais e falta de preparo que convergem em um bloqueio para abordagem do assunto com seus filhos e acabam sendo omissos no processo de educação sexual dos mesmos, conferindo conformidade à afirmação de uma aluna:

*“Tem muitas coisas que meus pais não falam comigo e não sei como perguntar”.* C.R.F. 15 anos.

Em razão disso, é cabível reforçar a necessidade de diálogo entre pais e filhos como fator de proteção à vivência da sexualidade sendo primordial para a formação dos adolescentes, uma vez que vínculos afetivos e de confiança estabelecidos possibilitam posturas mais seguras perante os desafios da vida social, bem como, maior capacidade de discernimento nas tomadas de decisões; cabendo à escola o papel de fortalecer os conhecimentos construídos oriundos do convívio familiar. Além desses, também importam participar como fatores de proteção, as instituições legais e médicas (CORSINI, 2011).

Em relação a idade ideal para início da vida sexual 41,3% (Tabela 2) consideraram a idade ideal acima de 18 anos. Parte dos adolescentes (23,91%) assinalou a idade de 15 anos que se somado às categorias restantes, de menor que 12 aos 17 anos, torna-se um número bastante expressivo, compreendendo um total de 50,0%, o que indica um dado preocupante no que diz respeito ao nível de maturidade intelectual e emocional destes para a vivência da sexualidade, tal como afirmou uma aluna, mãe aos 15 anos que engravidou de uma relação casual:

*“Me envolvi com um cara maior de idade e acabei engravidando, se pudesse voltar atrás não ficaria”.* N.S. 17 anos,

Tais achados corroboram com aqueles observados por Malta et al. (2011) que indicam que o início da vida sexual se apresenta cada vez mais precoce entre os adolescentes. Segundo Ramos (2014), no Brasil, a média de idade da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e de 15 anos para o feminino, embora outros

estudos como o de Kernitof et al. (2016) tenham revelado que esse início vem ocorrendo entre 13 e 14 anos em ambos os sexos. Aspectos culturais, sociais e econômicos se mostram vinculados a essa precocidade, como o estímulo sexual precoce através da mídia, baixa escolaridade e renda familiar. Estes condicionantes socioeconômicos, por sua vez, acabam exigindo a assunção de responsabilidades financeiras, implicando na antecipação de algumas etapas evolutivas, inclusive a do início da vida sexual.

**Tabela 2.** Classificação da idade ideal para início da vida sexual segundo os adolescentes, Rio Branco - Acre, 2017

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
15 anos	11	23,9
Acima de 18 anos	19	41,3
17 anos	5	10,9
14 anos	5	10,9
Menor de 12 anos	2	4,3
Não responderam	4	8,7
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Estudos argumentam que esse início precoce acarreta em maior chance de envolvimento com vários parceiros ao longo da vida, aumento do número de gravidezes indesejadas e no risco de contrair ISTs, já que também tende a estar atrelado ao inadequado uso de métodos contraceptivos, tendo em vista o teor de imaturidade identificado nessa fase de vida que os tornam mais suscetíveis a comportamentos de risco (LOPES, 2013; PINTO et al., 2013).

Características dessa imaturidade, tem-se a falta de conhecimentos sobre a importância do uso de métodos contraceptivos, que mesmo estando presente tende a vir acompanhada de sentimentos de onipotência e imunidade; além de motivações equivocadas, como a ideia de que o preservativo tira o prazer ou que a pílula engorda, remetendo-se a uma fragilização da saúde sexual e reprodutiva (RAMOS, 2014). Em estudo de Borges et al. (2006) ressalta-se que os adolescentes geralmente não possuem maturidade necessária para criar e educar uma criança dado que os mesmos também se encontram em processo de formação não só física, mas também emocional.

Durante a oficina maternidade e paternidade na adolescência foram elencadas algumas questões sobre o tema:

**- Existe diferença entre uma gravidez numa relação duradoura e numa transa eventual? Quais são elas?**

*Resposta 1: "Claro! E como tem!". T.S. 14 anos.*

*Resposta 2: "Quando é barriga de ficada o cara some!". L.F.R.S. 15 anos.*

*Resposta 3: "No namoro ainda ficam juntos!". A.C.N. 14 anos.*

**- Toda gravidez na adolescência é indesejada?**

*Resposta 1: "Minha amiga ficou grávida porque quis do namorado dela". K.K.S. 14 anos.*

*Resposta 2: "Não, nem todas". F.M.S. 15 anos.*

**- O que muda na vida de um menino e, de uma menina quando se tornam pais e mães?**

*Resposta 1: "No menino não muda nada, a coisa muda mais para a menina". I.S. 16 anos.*

**- De quem é a responsabilidade de cuidar dos filhos?**

*Resposta 1: "Da mãe é claro". T.M. 15 anos.*

*Resposta 2: "É das avós". I.R.O. 15 anos.*

Por meio dos relatos é perceptível a imaturidade dos educandos quando discutem sobre as responsabilidades da maternidade e paternidade nessa fase da vida. De muitos relatos se extrai a ideia de fuga de tal situação verbalizada com mais naturalidade por meninos, contudo, nota-se um consenso de que a gravidez precoce acarreta maiores mudanças para as adolescentes.

Antes das oficinas, ao serem questionados sobre o que os mesmos entendiam sobre sexualidade, 46,6% não detinham nenhum conhecimento sobre o termo, enquanto 53,4% associaram ao ato sexual e reprodutivo, como se verifica nas seguintes respostas:

*"É quando um homem e mulher fazem sexo", M.O.S. 15 anos;*

*“Sexualidade é o ato de fazer sexo”, K.K.P. 14 anos;*

*“É formar uma família”, D.J.C. 14 anos.*

Tais respostas indicam que a percepção dos mesmos sobre sexualidade ainda se mostra fortemente ligada ao ato sexual e a reprodução humana, embora a maioria tenha considerado que sexualidade e sexo não sejam sinônimos. Para Pereira (2007) percebe-se que há uma expressão normalizada popularmente sobre sexualidade, oriunda de valores sociais construídos, que restringem o conceito a uma prática sexual e reprodutiva. Somase a isso o predomínio de tabus e estigmas que se mostram arraigados na sociedade, caracterizados pela repressão da sexualidade, que resultam na desinformação, além de contribuir para uma percepção fragmentada da relação afetiva/sexual dos indivíduos.

Dentro desse contexto, os adolescentes responderam ainda a seguinte pergunta: “A cultura e a religião influenciam na sexualidade?” A análise das respostas mostrou que 76% reconhecem a influência de tais fatores na construção da sexualidade individual, como afirmou uma aluna sobre a festa de carnaval:

*“A maioria das meninas que vai volta grávida”. M.N.P 14 ANOS*

Segundo estudos o conceito de sexualidade é representado pelos comportamentos e valores sociais legitimados historicamente em uma sociedade, sendo muito mais do que o ato sexual em si, devido este estar associado a uma condição fisiológica; enquanto que a sexualidade em seu sentido mais amplo envolve dimensões psicológicas, anatômicas, fisiológicas bem como aspectos afetivos, biológicos e eróticos, os quais conotam a totalidade do ser humano (PEREIRA, 2007; RABIN et al., 2014).

Cabe ressaltar que o estado de vulnerabilidade sexual a que uma pessoa está exposta depende da atuação de diversos fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política, os quais se dividem em três grandes principais, a saber: a individual, que está ligada aos comportamentos e aos fatores cognitivos no que tange a carência conhecimentos que fazem um indivíduo não adquirir práticas de proteção às ISTs; social, que está relacionada ao contexto social, influenciando a incorporação de comportamentos de risco; e a institucional que se refere à ausência de políticas públicas de enfrentamento das diversas doenças sexualmente transmissíveis, e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (LOPES, 2013).

Nessa linha de raciocínio, a conjuntura desses fatores finda, pois, favorecendo a vulnerabilidade do adolescente. Considerando a relação de risco e autocuidado, evidenciou-se em 80,4% dos adolescentes uma certa atribuição do risco de contrair ISTs a um comportamento sexual passível de proteção, indicando compreensão quanto ao conceito de risco.

No momento da explanação sobre os métodos contraceptivos os estudantes se mostraram bastante curiosos e realizaram inúmeras perguntas. O interesse e a interação durante essa oficina conferiram sobremaneira proveito destas informações, conforme observado por meio da análise das respostas no questionário final onde 82,2% dos adolescentes reconheceram a corresponsabilização tanto do homem quanto da mulher pela conduta de uso sistemático de métodos contraceptivos e de prevenção às ISTs; 86,9% concordaram em relação a exigência ao parceiro por parte das mulheres quanto ao uso de preservativo fazendo jus ao sexo seguro.

No questionário prévio, os estudantes também foram questionados sobre a importância da abordagem do tema no ambiente escolar. A aquisição de novos conhecimentos/esclarecimento de dúvidas e a prevenção da saúde foram as respostas mais frequentes sendo referidas por, respectivamente, 56,5% e 21,7% dos estudantes. Falas extraídas do questionário aplicado posterior a ação, corroboram com esses dados:

*“Algumas coisas sobre esses assuntos eu não sabia lidar”, E.F. 14 anos.*

*“Muitas atividades foram desenvolvidas, esclareceram muitas dúvidas e mostraram muitas consequências e de como usar o preservativo”, I.S. 16 anos.*

*“Aprendi coisas que não sabia e aprendi como e por que se prevenir”, B.L. 16 anos.*

A consolidação de canais de comunicação e de discussão permanentes no ambiente escolar e o acolhimento das demandas dos jovens nos serviços de saúde considerando-se as condições de vulnerabilidade, ou seja, a realidade social e cultural onde estão inseridos, podem ajudar no processo de tomada de decisão sobre sua vida sexual, assim como, no processo de fortalecimento da autonomia e do autocuidado, pois acredita-se que dessa forma os adolescentes e jovens serão capazes de fazer escolhas conscientes lidando com elas de forma positiva e responsável permitindo uma vivência saudável da sexualidade (ALMEIDA et al., 2011; PINTO et al., 2013).



## 4. CONCLUSÃO

A realização das oficinas por meio da metodologia participativa proporcionou a vivência de situações concretas substanciadas pelo confronto de comportamentos, valores e conhecimentos relativos às temáticas abordadas, facilitando o processo de reflexão pessoal e de ensino-aprendizagem. Durante o desenvolvimento das atividades foi possível construir um espaço dialógico, onde os educandos participaram como sujeitos ativos, expressando suas opiniões, entendimentos e dúvidas, rompendo-se, dessa forma com o tradicional processo de educação, onde os mesmos são tidos apenas como receptores de informações e meros espectadores.

O implemento da educação sexual no contexto escolar partindo-se de uma prerrogativa validada em lei cuja estratégia prioritária inclina-se à redução dos casos de ISTs e gravidezes não planejadas, traduz-se num importante instrumento de mudança da conjuntura atual de saúde dos adolescentes.

## 5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.R.S.; OLIVEIRA, N.C.; MOURA, E.R.F.; SABÓIA, V.P.A.; MOTA, M.V.; PINHO, L.G.M. Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. **Rev Rene.**, v. 12 (n. esp.), p. 1052-8, 2011.

BORGES, A.L.V.; NICHATA, L.Y.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: A rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v. 14, n. 3, p. 422-7, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Semana Saúde na Escola: Guia de Sugestões de Atividades.** Brasília, 2012, 78 p.

BRASIL. **Lei nº 60 de 06 de agosto de 2009.** Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar [Internet]. Brasília, DF; 2009. Disponível em: <[http://www.plataformarn.org/site/images/files\\_rn/documentos/lei\\_ed\\_sexual\\_60\\_2009.pdf](http://www.plataformarn.org/site/images/files_rn/documentos/lei_ed_sexual_60_2009.pdf)>. Acesso em 12/09/2017.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA, D.F.; FREITAS, C.M. (org). **Promoção da saúde: conceitos reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, P. 17-37.

CALIANI, M.F.C.J.; APARECIDA, P.O.M. Ações educativas com adolescentes: uma intervenção necessária. **Revista Mineira de Enfermagem.**, v. 12, n. 2, p. 195-200, 2008.

CARVALHO, M.A.F. **Sequência didática sobre sexualidade nas séries finais do ensino fundamental da escola polivalente de Muritiba – BA.** (Monografia). Curso de Licenciatura em Ciências da Natureza da Universidade Federal da Bahia, Cruz das Almas, Bahia, 2013.

CORSINI, R.A. **Sexualidade na adolescência: “Educação sexual na escola”.** (Monografia) Curso de Especialização em Saúde para Professores, Universidade Federal do Paraná, Cidade Gaúcha, Paraná, 2011.

DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em 29/09/2017

GURGEL, M.G.I.; ALVES, M.D.S.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C.; BARROSO, G.T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery.**, v. 12, n. 4, p. 799-05, 2008.

KERNTOF, M.R.; LACERDA, J.F.E.; FONSECA, N.E.; NASCIMENTO, E.P.N.; LEMOS, I.C.S.; FERNANDES, J.P.; MENEZES, I.R.A. Sexualidade na adolescência: Uma revisão crítica da literatura. **Revista Adolescência e Saúde.**, v. 13, n. 2, p. 106-113, 2016.

LOPES, I.D.R. **DSTs – Sexualidade na adolescência: Meios de prevenção.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, Minas Gerais, 2013.

MALTA, D.C.; SILVA, M.A.L.; MELLO, F.C.M.; MONTEIRO, R.A.; PORTO, D.L.; SARDINHA, L.M.V.; FREITAS, P.C. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia.**, v. 14, n. 1, p. 147-156, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10ª ed. São Paulo: Huncitec, 2006.

PEREIRA, K.C. **Sexualidade na adolescência: trabalhando a pesquisa-ação com referenciais teóricos-metodológicos de Paulo Freire.** (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

PINTO, M.B.; SANTOS, N.C.C.B.; ALBUQUERQUE, A.M.; RAMALHO, M.N.A.; TORQUATO, I.M.B. Educação em saúde para adolescentes de uma escola municipal: a sexualidade em questão. **Ciência Cuidado e Saúde.**, v. 12, n. 3, p. 587-592, 2013.

RABIN, E.G.; WATERKEMPER, R; CAREGNATO, R.C.A.; SOUZA, E.N. Falando sobre sexualidade na adolescência: relato de experiência. **Revista Brasileira de Extensão Universitária.**, v. 5, v. 1, p. 7-11, 2014.

RAMOS, M.I.A. **Estudo sobre o início precoce da atividade sexual em adolescentes do Distrito Simão Campos.** (Monografia) Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Januária, Minas Gerais, 2014.

SILVA, D.M.; ALVES, M.R.; SOUZA, T.O.; DUARTE, A.C.S. Sexualidade na Adolescência: relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE.**, v. 7, n. 1, p. 820-3, 2013.

SILVA, K.L.; MAIA, C.C.; DIAS, F.L.A.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 607-610, 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ZERBINATI, J.P.; BRUNS, M.A.T. Sexualidade e Educação: revisão sistemática da literatura científica nacional. **Revista Travessias.**, v. 11, n. 1, p.: 76-92, 2017.

## PROMOVENDO AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE TOXOPLASMOSE ENTRE GESTANTES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eder Ferreira de Arruda<sup>1</sup>, Aline Rayça Moura Lima<sup>1</sup>, Herzem Ramos Carioca Júnior<sup>1</sup>, Sarha Jhersyka Mendes Lira<sup>1</sup>, Raquel da Rocha Paiva Maia<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência nas atividades de educação em saúde realizadas com gestantes atendidas em uma unidade da atenção primária de Rio Branco - Acre, bem como descrever o perfil e os conhecimentos das gestantes sobre a doença. As ações foram desenvolvidas por meio de um projeto de extensão e a metodologia utilizada baseou-se na pesquisa-ação. Os resultados demonstraram que as gestantes ao início das atividades apresentavam um grande desconhecimento sobre a afecção, entretanto, com o desenvolver da intervenção, o saber teórico-prático apresentado pelas mesmas sobre a doença passou a ser considerado satisfatório. Concluiu-se que as ações e atividades de educação em saúde desenvolvidas promoveram o conhecimento correto e necessário sobre a doença.

**Palavras-chave:** Toxoplasmose, Gestação e Educação em Saúde.

### ABSTRACT

The objective of this study was to report the experience in health education activities performed with pregnant women attended at a primary care unit in Rio Branco - Acre, as well as to describe the profile and knowledge of pregnant women about the disease. The actions were developed through an extension project and the methodology used was based on action research. The results showed that pregnant women at the beginning of activities had a great lack of knowledge about the condition, however, with the development of the intervention, the theoretical and practical knowledge presented by the pregnant women about the disease was considered satisfactory. It was concluded that the actions and activities of health education developed promoted the correct and necessary knowledge about the disease.

**Keywords:** Toxoplasmosis, Gestation and Health Education.

## 1. INTRODUÇÃO

A toxoplasmose gestacional é uma doença zoonótica causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, atingindo cerca de cinco a cada 1000 gestantes suscetíveis, podendo

apresentar até 100% de chance de transmissão ao feto (ROBERT-GANGNEUX et al., 2012; REMINGTON et al., 2015).

A infecção da gestante ocorre por via oral por meio da ingestão de cistos teciduais presentes em carne crua ou mal cozida e/ou ingestão acidental de oocistos eliminados pelas fezes de felídeos e dispersos em água ou solo (CUNHA et al., 2016; MONTOYA et al., 2008; TENTER et al., 2000).

O protozoário pode atravessar a placenta, e infectar o feto, podendo-o levar a diversas consequências como a morte intrauterina, retardamento mental, coriorretinite e cegueira (EVANGELISTA et al., 2017). A transmissão congênita pode culminar em diversos resultados dependendo da cepa, virulência e genótipo do agente associado, bem como da imunidade da gestante, parasitemia materna, idade gestacional e quimioterapia instituída (CARNEIRO et al., 2013).

A educação em saúde é a única estratégia capaz de reduzir os riscos de exposição das gestantes ao *T. gondii* (RODRIGUES et al., 2015; MOURA et al., 2016). A prevenção é a medida mais eficaz para combater a toxoplasmose gestacional (RODRIGUES et al., 2015; EVANGELISTA et al., 2017; MOURA et al., 2016). A prevenção primária inclui programas de educação em saúde voltados principalmente para gestantes soronegativas; a prevenção secundária baseia-se no rastreamento sorológico para detecção de soroconversão; e a prevenção terciária atua sobre o recém-nascido infectado, evitando o desenvolvimento de sequelas por meio da instituição de tratamento (PAUL et al., 2001; CONTIERO-TONINATO et al., 2014).

No Brasil, inexistem notificações de toxoplasmose congênita em muitas localidades, o que dificulta a vigilância do agravo além do fato de que muitas mulheres ainda não realizam o pré-natal ou procuram o serviço de maneira tardia, o que dificulta o controle efetivo da doença (ROSA et al., 2014; VAZ et al., 2011).

As taxas de incidência de toxoplasmose congênita no Brasil são variáveis dependendo da região do país analisada e do método diagnóstico empregado e situam-se entre 0,2 a 5,0 casos por mil 1.000 nascimentos (NETO et al., 2000; SEGUNDO et al., 2004). Pesquisa realizada em São José do Rio Preto no estado de São Paulo verificou infecção por *T. gondii* em gestantes com soroprevalência de 2% para anticorpos IgM anti-*T. gondii* (MATTOS et al., 2011).

A identificação do conhecimento das gestantes sobre a doença permite a utilização de uma abordagem profissional mais adequada (EVANGELISTA et al., 2017), focando nos pontos críticos observados, permitindo a maximização da relação de ensino-aprendizagem,

possibilitando a compreensão mais exata sobre a história natural da doença, o que permite uma melhor prevenção (BERNARDES et al., 2008).

O objetivo do trabalho foi relatar as experiências vivenciadas durante as ações educativas desenvolvidas com gestantes atendidas em uma unidade da atenção primária, sobre a temática da toxoplasmose, suas formas de transmissão e prevenção.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão realizado durante o Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre. O projeto foi desenvolvido no mês de setembro de 2017 na Unidade de Saúde da Família Dr. Nímio Insfran Martinez no município de Rio Branco, Acre. Participaram das atividades do projeto grávidas entre o primeiro e segundo trimestre de gestação, vinculadas ao grupo de gestantes da unidade de saúde.

Utilizou-se como estratégia metodológica para a realização do projeto a pesquisa-ação, um método que une técnicas de pesquisa social, com as quais se forma uma estrutura coletiva, participativa e ativa no nível da captação da informação, exigindo, portanto, a participação direta das pessoas envolvidas no problema investigado (GONÇALVES et al., 2004).

Durante o projeto de extensão foram realizados 4 encontros onde foram aplicadas as fases da pesquisa-ação:

a) *Fase exploratória*: realizou-se a aplicação de um questionário no intuito de identificar os pontos críticos do conhecimento sobre a toxoplasmose e as características sociodemográficas das gestantes.

b) *Fase de planejamento das ações*: foram definidas, juntamente com as gestantes, as formas de abordagens que seriam utilizadas nas ações e atividades, tendo sido delimitada nesta fase a realização de palestras e rodas de conversa.

c) *Fase de execução*: foi dividida em 2 encontros onde foram abordados os temas: O que é toxoplasmose, formas de prevenção e mitos sobre a transmissão. Os encontros iniciavam com a realização de uma palestra com exibição de slides utilizando ferramentas de animação, notícias e um design adaptado às gestantes. Ao final de cada palestra,

realizava-se uma roda de conversa com o objetivo de fomentar a participação de cada participante sobre seu entendimento, dúvidas e experiências sobre a temática apresentada.

d) *Fase de avaliação*: foi realizada de forma contínua durante o decorrer da pesquisa, atentando-se ao nível de participação das gestantes no que se refere às respostas dadas aos questionamentos e aos relatos pessoais sobre a temática. Após o término dos encontros, era redigido pelos pesquisadores um relatório como forma de registro dos discursos das participantes e percepção dos pesquisadores.

Os dados quantitativos foram digitados no programa Microsoft Excel onde foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Para a análise qualitativa, realizou-se a leitura e análise das respostas e relatos para identificação das ideias principais, expressões e reações das gestantes.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos encontros 16 gestantes, sendo que a maioria encontrava-se na faixa etária entre 18 e 24 anos (59,0%), tinha ensino fundamental (34,0%), cor parda (73,0%), casada (64,0%) e com renda familiar de até um salário mínimo (67,0%). Quanto ao número de gestações, a maior parte era multípara (42,0%) e relataram ter realizado o exame sorológico para toxoplasmose (58,0%).

Na pesquisa realizada por Dias et al. (2011) sobre fatores associados à infecção por *T. gondii* em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Rolândia – Paraná, identificou-se a baixa escolaridade, baixa renda familiar e mais de uma gravidez como fatores de risco para a toxoplasmose gestacional. Em outro estudo realizado por Câmara et al. (2015) com 561 gestantes verificou-se associação entre a infecção por *T. gondii* e multiparidade. De forma semelhante, Bittencourt et al. (2012) verificaram que o baixo nível de escolaridade e mais de uma gestação foram fatores de risco para a toxoplasmose. De acordo com Avelar (2013), as características sociodemográficas são importantes aspectos no ciclo de transmissão da doença, tendo em vista que as baixas condições socioeconômicas propiciam a condições ambientais e comportamentais que favorecem a disseminação do agente, principalmente durante o período gravídico.



Em relação ao conhecimento sobre o tema, dentre os diversos aspectos analisados, verificou-se que as formas de transmissão e prevenção da toxoplasmose foram os pontos que as gestantes apresentaram maior deficiência de informações, conforme relatos abaixo:

*“É só não criar gato em casa.” (Gestante 1, 20 anos);*

*“Gato é um perigo nisso.” (Gestante 2, 18 anos);*

*“Tem que evitar pegar em gato, essas coisas.” (Gestante 3, 21 anos);*

*“É um perigo essas coisas de gato.” (Gestante 4, 23 anos);*

*“Parece que mata até o bebê né?” (Gestante 5, 19 anos).*

Também ficou evidente a forte crença popular de que o principal agente transmissor da toxoplasmose para as gestantes é o gato doméstico. Neste sentido, os relatos evidenciaram a ideia equivocada de que apenas criar gato doméstico próximo a gestante é o fator de risco para transmissão da doença.

Uma das gestantes demonstrou o posicionamento de que o simples contato com o gato era suficiente para a transmissão da toxoplasmose ao referir:

*“Eu não quero nem chegar perto de gato, minha irmã teve que se livrar até dos dela” (Gestante 6, 22 anos).*

Segundo, Fragata (2014) estes posicionamentos e conhecimentos reforçam e contribuem para o abandono de gatos em virtude do receio de gestantes em adquirir a toxoplasmose.

De todas as gestantes, apenas uma descreveu a forma correta de transmissão da doença ao dizer:

*“Parece que pega ingerindo as fezes do gato e também através da alimentação” (Gestante 7, 25 anos).*

Contudo, a maioria das grávidas demonstrou entender que a toxoplasmose era adquirida através do simples contato com o animal felino, fato este que pode prejudicar a prevenção efetiva da doença, uma vez que o desconhecimento sobre o modo correto de infecção propicia risco de exposição ao agente.



De acordo com Moura et al. (2016), a baixa escolaridade e nível socioeconômico são importantes fatores determinantes para o baixo conhecimento sobre toxoplasmose entre as gestantes, fato este que pode justificar os resultados encontrados na presente pesquisa.

Durante os encontros, constatou-se uma surpresa das gestantes sobre as principais formas de transmissão da toxoplasmose que seriam a ingestão de alimentos não higienizados ou através do consumo de carne crua ou mal passada. Durante as rodas de conversa percebeu-se que nenhuma das gestantes sabia que existiam outros animais, como bovinos, suínos e silvestres participando do ciclo epidemiológico de *T. gondii*, além do gato doméstico, confirmado pelo relato:

*“Não fazia ideia que se pudesse pegar toxoplasmose pela comida” (Gest.8, 23 nos).*

O estudo realizado por Branco et al. (2012) em Maringá – Paraná, apontou que 42,0% das gestantes entrevistadas consumiam carne crua, 13,63% afirmaram consumir leite *in natura* e 20,84% relataram não lavar utensílios ao trocar de alimento. Apenas 16,23% disseram ter recebido alguma informação sobre a prevenção da toxoplasmose durante a gestação.

Ao final dos encontros verificou-se efeito positivo das ações e atividades, pois quando questionadas as gestantes passaram a responder corretamente sobre as formas de transmissão e prevenção da doença, conforme relatos abaixo:

*“Tem que lavar verduras e alimentos.” (Gestante 2, 18 anos);*

*“Limpar a caixa de areia do gato direito.” (Gestante 6, 22 anos);*

*“Comer carne de boa procedência e bem cozida.” (Gestante 4, 23 anos);*

O medo eminente de contato com o felino doméstico demonstrado no início da pesquisa-ação, constatado no questionário inicial foi substituído por uma compreensão de que boas práticas de higiene e manejo são mais importantes do que evitar o total toque à superfície da pele ou pelos do gato, constatado pelo relato:

*“Não é preciso se livrar dos gatos e só tomar os cuidados necessários na hora de fazer a comida”(Gest. 1, 20 anos).*

Boas práticas de higiene e alimentação das gestantes são suficientes para prevenir a toxoplasmose gestacional e congênita. Para isso, a prevenção da toxoplasmose é a estratégia mais importante a ser utilizada (BRANCO et al., 2012).

Trabalhos realizados na Europa demonstram que a educação em saúde voltada para a toxoplasmose gestacional provocou redução de 63,0% na taxa de soroconversão materna (FOULON et al., 1994). Na Polônia, por exemplo, o conhecimento populacional sobre os fatores de risco associados ao modo de infecção pelo *T. gondii* quase dobrou em quatro anos de atividades de educação em saúde (PAWLOWSKI et al., 2001).

## 4. CONCLUSÃO

As respostas iniciais sobre o conhecimento da doença mostraram que as gestantes desconheciam as principais vias de infecção e as formas de transmissão e prevenção da toxoplasmose, porém depois das ações e atividades de educação em saúde houve ampliação do conhecimento sobre a doença entre as participantes.

Dessa forma, ficou evidente a necessidade de se estabelecer medidas de educação em saúde voltadas para a prevenção da toxoplasmose, uma vez que o conhecimento adequado leva a uma redução concreta dos riscos de exposição.

## 5. REFERÊNCIAS

AVELAR, J.B. **Toxoplasmose crônica em gestantes. Avaliação da prevalência, fatores de risco e acompanhamento de um grupo de recém-nascidos em Goiânia – Goiás.** 2013. 105 f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública) Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

BERNARDES, E.H. et al. Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção. **Ciência et Praxis.**, v. 1, n. 1, p. 47-52, 2008.

BITTENCOURT, L.H.F.B. et al. Soroepidemiologia da toxoplasmose em gestantes a partir da implantação do Programa de Vigilância da Toxoplasmose Adquirida e Congênita em municípios da região oeste do Paraná. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.34, n. 2, p. 63-68, 2012.

BRANCO, B.H.M. Prevenção primária da toxoplasmose: conhecimento e atitudes de profissionais de saúde e gestantes do serviço público de Maringá, estado do Paraná. **Scientia Medica.**, v. 22, n. 4, p. 185-190, 2012.

CÂMARA, J. T. et al. Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 37, n. 2, p. 64-70, 2015.

CARNEIRO, A. et al. Genetic Characterization of *Toxoplasma gondii* Revealed Highly Diverse Genotypes for Isolates from Newborns with Congenital Toxoplasmosis in Southeastern Brazil. **Journal of Clinical Microbiology.**, v. 51, p. 901-907, 2013.

CONTIERO-TONINATO, A.P. et al. Toxoplasmosis: an examination of knowledge among health professionals and pregnant women in a municipality of the State of Paraná. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v. 47, n. 2, p. 198-203, 2014.

CUNHA, N.C. et al. Seroepidemiology of *Toxoplasma gondii* in dogs in the State of Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Veterinary Medicine.**, v. 38, n. 3, p. 15-20, 2016.

DIAS, R. C. F. et al. Factors associated to infection by *Toxoplasma gondii* in pregnant women attended in basic health units in the city of Rolândia, Paraná, Brazil. **Rev Inst Med Trop.**, v.53, n. 4, p.185-191, 2011.

EVANGELISTA, F. et al. Análise do controle da toxoplasmose gestacional e ocular nos serviços de Atenção Primária da 15ª Regional de Saúde do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná.**, v. 8, n. 1, p. 39-44, 2017.

FOULON, W. et al. Evaluation of the possibilities for preventing congenital toxoplasmosis. **Am J Perinatol.**, v. 11, p. 57-62, 1994.

FRAGATA, F. A. toxoplasmose e o gato. **Revista Época.** Publicado em 16 de dezembro de 2014.

GONÇALVES, V.L.M. et al. A pesquisa-ação como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. **Cogitare Enfermagem.**, v 9, n. 1, p. 50-59, 2004.

MATTOS, C. C. B. et al. Anti-*Toxoplasma gondii* antibodies in pregnant women and their newborn infants in the region of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. **São Paulo Med J.**, v. 129, n. 4, p. 261-266, 2011.

MONTOYA, J.G. et al. Management of *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy. **Clin Infect Dis.**, v. 47, n. 4, p. 554-566, 2008.

MOURA, F.L. Fatores associados ao conhecimento sobre a toxoplasmose entre gestantes atendidas na rede pública de saúde do município de Niterói, Rio de Janeiro, 2013-2015. **Epidemiol Serv Saúde.**, v.25, n.3, p. 1-10, 2016.

NETO, E.C. et al. High prevalence of congenital toxoplasmosis in Brazil estimated in a 3-year prospective neonatal screening study. **Int J Epidemiol.**, v. 29, n. 5, p. 941-947, 2000.

PAUL, M. et al. Prevalence of congenital *Toxoplasma gondii* infection among newborns from the Poznań region of Poland: validation of a new combined enzyme immunoassay for *Toxoplasma gondii*-specific immunoglobulin A and immunoglobulin M antibodies. **J Clin Microbiol.**, v. 39, n. 5, p. 1912-1916, 2001.

PAWLOWSKI, Z.S. et al. Impact of health education on knowledge and prevention behavior for congenital toxoplasmosis: the experience in Poznan, Poland. **Health Ed Res.**, v. 16, p. 493-502, 2001.

REMYINGTON, J.S et al. Toxoplasmosis. In: Remington J S, Klein JO editors. Infectious disease of the fetus and newborn infant. 6 ed. **Philadelphia: Elsevier Saunders.**, p. 947-1091, 2015.

ROBERT-GANGNEUX, F. et al. Epidemiology of and diagnostic strategies for toxoplasmosis. **Clin Microbiol Rev.**, v. 25, p. 264-296, 2012.

RODRIGUES, B.J. et al. Conhecimento de gestantes sobre Toxoplasmose no município de Teresina, Piauí. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 41-46, 2015.

ROSA, C.Q. et al. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Ver. Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SEGUNDO, G.R. et al. Congenital toxoplasmosis in Uberlândia, MG. **Brazil J Trop Pediatr.**, v. 50, n. 1, p. 50-53, 2004.

TENTER, A. M. et al. *Toxoplasma gondii*: from animals to humans. **Int J Parasitol.**, v. 30, n. 12, p. 1217-1258, 2000.

VAZ, R.S. et al. Toxoplasmose congênita: uma doença negligenciada na atual política de saúde pública brasileira. **Facts Reports.**, n. 3, p. 5-17, 2011.

## PERFIL DE USUÁRIOS E CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A FORMA DE BUSCA PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD)

Pâmera Katrinny Nascimento Silva<sup>1</sup>, Rozilaine Redi Lago<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre – UFAC, Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade, AC, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre - UFAC, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto – CCSD, AC, Brasil.

### RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, realizado junto a pessoas do sexo masculino atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) localizado na Amazônia Ocidental Brasileira. Foi descrito o perfil dos usuários do serviço e analisadas as características relacionadas a forma de busca deles por atendimento no CAPSad, com base nos respectivos prontuários (n=735), entre 2012 e 2013. Os resultados indicaram uma população composta por adultos (n=662, 92,0%), com características socioeconômicas e demográficas críticas, fazendo uso de múltiplas substâncias psicoativas (n=267, 36,5%), cuja minoria chegou ao CAPSad sozinho ou acompanhado por familiares (n=205, 35%). Usuários que moravam sozinhos ou com familiares buscaram mais o CAPSad de forma espontânea (RC 6,48; IC 3,04-13,79), em comparação com aqueles que estavam em acolhimento público/filantropico ou situação de rua. Usuários que informaram uso de três ou mais substâncias psicoativas (RC 0,57; IC 0,35-0,91), bem como aqueles que receberam atendimento individual com a equipe de enfermagem (RC 0,99; IC 0,98-0,99) apresentaram menor busca espontânea pelo CAPSad. Os resultados revelam um perfil crítico de demandas por parte dos usuários atendidos no CAPSad e sugerem que aqueles que chegam ao serviço de forma espontânea são os que apresentam um perfil mais autônomo de moradia, ou maior suporte social/familiar. Portanto, reforça-se a necessidade de abordagem das dimensões pessoais (moradia autônoma), sociais (suporte de familiares e amigos) e programáticas (articulação intra e intersectorial) no atendimento integral às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

**Palavras-chave:** Cuidados em saúde mental, Usuários de drogas e Saúde pública.

### ABSTRACT

This is a cross-sectional study carried out with male patients attended at a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs (CAPSad), located in the Brazilian Western Amazon. The profile of service users was described, additionally, the characteristics related to their search by treatment at the service was analyzed, based on the respective medical records (n = 735), between 2012 and 2013. The results indicated a population composed of adults (n = 662, 92.0%), with critical socioeconomic and demographic characteristics, making use of multiple psychoactive substances (n = 267, 36.5%), whose minority reached CAPSad alone or accompanied by relatives (n = 205, 35%). Users living alone or with family members sought CAPSad more spontaneously (RC 6.48, CI 3.04-13.79) compared to those

who were in public / philanthropic shelter or street situation. Users who reported use of three or more psychoactive substances (RC 0.57; CI 0.35-0.91), as well as those that received individual care with the nursing team (RC 0.99; CI 0.98-0.99) presented a lower search for the CAPSad. The results reveal a critical profile of the demands of users served at CAPSad and suggest that those who come to the service spontaneously are those with a more autonomous profile of housing or greater social / family support. Therefore, the results reinforce the need to approach the personal (autonomous housing), social (support of family and friends) and programmatic (intra and intersectoral articulation) dimensions in the integral care of people who use psychoactive substances.

**Keywords:** Mental health care; Drug users and Public health.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Relatório Mundial sobre Drogas (2016), lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), sigla em inglês, o número de pessoas descritas como dependente de drogas em todo o mundo aumentou de 27 milhões em 2013 para 29 milhões em 2014 (UNITED NATIONS, 2016).

Destaca-se que neste mesmo relatório expôs-se que do ano de 2014 em diante o número de usuários não teve crescimento relevante, visto que o referido quantitativo cresceu na mesma proporção da população mundial. No entanto, destacou-se um crescimento no número de usuários que apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas, o que confirmou um dado relevante para a realização deste estudo, visto que, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – CAPSad III, onde ocorrera a pesquisa é o único Centro de Atenção Psicossocial voltado ao atendimento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas existente na cidade de Rio Branco até a presente data (UNITED NATIONS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (2002) apresentou, também, dados do relatório *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, afirmando que distúrbios mentais, neurológicos e por uso de substâncias são comuns no mundo, afetando diversas populações onde 75% das pessoas afetadas não têm acesso ao tratamento (WHO, 2002).

O consumo abusivo dessas substâncias representa um fator desafiador exigindo das Políticas Públicas ações efetivas. Hunt e Backman (2008) afirmam que as Políticas Públicas referentes às drogas devem ser de prevenção, intervenção, tratamento e reabilitação, norteadas assim com intuito de promover saúde e bem estar entre todos os indivíduos, família e comunidade (HUNT; BACKMAN, 2008).

Baseada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) estabeleceu como prioridade a não hospitalização e o tratamento comunitário dos sujeitos em sofrimento mental enfatizando assim, a concepção de um modelo de atenção à saúde com ações e serviços que interfiram para além da centralidade na doença (OMS, 2002).

É neste movimento de 'desospitalização' dos usuários em saúde mental, que surgem alguns serviços substitutivos ao hospital como o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo (ONOCKO; FURTADO, 2006).

Diante de uma temática com complexidade significativa devido as demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais o CAPS é um serviço em saúde de importante relevância para a Saúde Pública e deve operar em articulação com os demais serviços de saúde, outros setores públicos, privados e comunitários, com ênfase na Atenção Primária à Saúde e no território (BRASIL, 2004; BASTOS, 2013).

A escassez de informações sobre o perfil de uso por parte dos usuários do sexo masculino vinculados ao CAPSad III foi um dos fatores que impulsionou a realização desta pesquisa.

Diante do exposto, percebeu-se a relevância em pesquisar sobre a temática, principalmente, devido a região onde está localizada a instituição em tela ser inserida num cenário de tríplice fronteira com os principais países emergentes na produção de cocaína: Bolívia e Peru. Além disso, há um extenso território de mata fechada nas proximidades dos rios que facilitam a entrada e a saída de substâncias psicoativas pelo país, estimulando até o tráfico de entorpecentes (LIMA; SILVA; ALMEIDA, 2011).

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e analítica, visando analisar a atenção à saúde de indivíduos do sexo masculino quanto a forma de busca por tratamento para o uso de substâncias no CAPSad III.

A pesquisa foi realizada no CAPSad III localizado em uma cidade da Amazônia Ocidental Brasileira, onde é o único serviço existente nesta modalidade no município. Os



sujeitos de pesquisa foram indivíduos do sexo masculino que buscaram atendimento na instituição no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, totalizando 735 usuários. Foram excluídos da pesquisa os prontuários de usuários identificados como sendo do sexo feminino (só haviam essas possibilidades de identificação de gênero de usuários no período da pesquisa).

A coleta de dados foi realizada junto aos prontuários de todos os usuários atendidos no referido período, por uma equipe de pesquisadores previamente treinada, de acordo com roteiro semiestruturado previamente construído. Foi realizado teste piloto no dia 13 de janeiro de 2016 com 40 prontuários escolhidos aleatoriamente. Após a realização deste, foram adequados alguns itens no questionário a fim de facilitar a visualização e interpretação dos dados.

O processo de coleta de dados ocorreu no período de janeiro a outubro de 2016, obedecendo tanto à rotina de trabalho do CAPSad III, como também, disponibilidade da estrutura física e técnica do serviço.

Foi construído um banco de dados a partir da análise dos prontuários dos pacientes, os quais estavam organizados por pastas em ordem de chegada na instituição. Em seguida, os dados foram inseridos, processados e analisados utilizando-se o softwares Excel e SPSS v.22.

Os registros dos prontuários foram analisados considerando variáveis socioeconômicas (nível educacional, renda pessoal e/ou familiar, situação de moradia [casa alugada, própria, situação de rua, em situação de acolhimento – albergue, comunidade terapêutica, CAPS, etc.], situação laboral), demográficas (idade, sexo, naturalidade, status conjugal e se tem filhos), de uso do serviço (número, período, duração, tipo, profissional responsável, intervenção adotada, dentre outras características do atendimento) e resposta terapêutica (conforme registro de profissionais no prontuário do paciente, tais como: motivo de busca pelo atendimento, acesso ao serviço, demanda espontânea, acompanhada de amigos ou familiares ou encaminhamento).

A análise bivariada examinou a prevalência em cada variável estudada. As associações foram testadas utilizando-se o teste qui-quadrado, e consideradas significativas diferenças com valor de  $p \leq 0,05$ , bem como intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Para analisar a associação da variável dependente: a forma de chegada ao serviço, em busca de tratamento e a contribuição de cada fator associado, ajustado pelas demais variáveis presentes no modelo, foi desenvolvido um modelo múltiplo de regressão logística



onde foram testados todos os fatores que na análise univariada apresentaram valor de  $p < 0,20$ .

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre de acordo com o parecer n. 516.907, emitido em: 28/01/2014.

No percurso metodológico foram obedecidos todos os termos da Portaria 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, dentre eles a garantia de consentimento prévio por parte da instituição, em representação à responsabilidade sobre os dados dos usuários nela atendidos (BRASIL, 2012).

### 3. RESULTADOS E DISCUSÃO

Participaram do estudo 735 prontuários de usuários identificados como pertencentes ao sexo masculino. Os dados obtidos expuseram que 92% (n=722) eram adultos com idades entre 20 e 59 anos, a média de idade foi 35 anos, 57% (n=392) possuíam filhos, 72,7% (n=559) não tinham companheira ou convivente, 55% (n=661) não trabalhavam, destes 46,2% (n=324) não trabalhavam devido problema de saúde (seja por causa da dependência química ou outra doença), 61% (n=683) moravam com familiares ou amigos e 49% (n=530) apresentaram nível de escolaridade inferior ao nível fundamental completo.

Além do citado, os dados apresentam a cocaína como a droga mais usada (72,4%, n=731), seguida por álcool (71,8%, n=731) e maconha (61,1%, n=731), sendo que a maioria (85%, n=731) faz uso de duas ou mais drogas.

Quanto ao uso do serviço a maioria dos homens chegaram à instituição por determinação externa (65%, n=590) quando comparada com a decisão particular. O atendimento médico (clínico geral e psiquiatra) é o atendimento predominante (91%, n=735), com destaque para o clínico geral, pois o serviço só teve o médico psiquiatra por um período de tempo determinado. O segundo grupo profissional com maior contato com os usuários foi a equipe de enfermagem (54%, n=735). Em seguida aparece o atendimento junto ao assistente social (43%), psicólogo (30%), oficineiro (19%) e outros (14%).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e demográficas, de uso de drogas e uso do serviço de homens atendidos em um CAPSad III (N = 735).

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS		(N = 735) *	(%)
Trabalho/atividade remunerada (N=661)	Não	362	55%
	Sim	299	45%
Status conjugal (N=559)	COM companheira ou convivente	153	27,3%
	SEM companheira ou convivente	406	72,7%
Filhos (N=392)	Não	169	43%
	Sim	223	57%
Escolaridade (N=530)	Ensino Fundamental Incompleto	233	44%
	Ensino Fundamental Completo	40	7,5%
	Ensino Médio Incompleto	94	18%
	Ensino Médio Completo	85	16%
	Ensino Superior Incompleto	30	5,6%
	Ensino Superior Completo	18	3,4%
	Pós Graduação	2	0,4%
	Não frequentou escola, mas <b>sabe</b> ler e escrever	5	1%
	Não frequentou escola e <b>não sabe</b> ler/escrever	23	4%
	Mora com familiares/amigos	416	61%
Moradia (N=683)	Situação de Rua	134	20%
	Acolhimento Público/ Filantrópico	58	8%
	Própria	42	6%
	Alugada	12	2%
	Outros	21	3%
	De 13 a 19 anos	37	5%
Faixa etária (N=722)	De 20 a 59 anos	662	92%
	De 60 a 84 anos	23	3%
	CARACTERÍSTICAS DE USO DE DROGAS		
Tipos de Droga (N=731) *	Cocaína	532	72,4%
	Álcool	528	71,8%
	Maconha	449	61,1%
	Tabaco/Cigarro	262	35,6%
	Merla	198	26,9%
	Crack	158	21,5%
	Outros	217	29,5%
	Um Tipo	109	15%
Uso associado de drogas (N=731)	Dois Tipos	185	25,3%
	Três Tipos	170	23,2%
	Quatro ou mais	267	36,5%
CARACTERÍSTICAS DE USO DO SERVIÇO			
Chegada ao Serviço (N=590)	Acompanhado de amigo ou familiar / Demanda Espontânea	205	35%

	Encaminhado por outra instituição	385	65%
Atendimento Individual*	Médico clínico geral	437	59%
	Enfermeiro/Tec.Enf.	397	54%
	Assistente Social	313	43%
	Médico Psiquiatra	233	32%
	Psicólogo	221	30%
	Oficineiro	143	19%
	Outros	106	4%
	Permanência no seguimento em meses (N=735)	Menos de um mês	324
De um a quatro meses		103	14%
Mais de quatro meses		308	42%
Nenhum registro		539	73%
Atendimento em Grupo (N=735)	Participação em um grupo	115	16%
	Participação em mais de um grupo	81	11%
	Um profissional	160	22%
Atendimento por Nº de diferentes Profissionais (N=735)	Dois profissionais	274	37%
	Três profissionais	131	18%
	Quatro ou mais profissionais	170	23%

\*Os valores de N podem variar de acordo com as perdas, por falta de preenchimento dos dados no prontuário.

\*Os valores de N podem superar o total de participantes da pesquisa, considerando que pode haver mais de uma resposta por participante.

Também foi possível verificar que as instituições que mais realizaram encaminhamentos de usuários ao serviço foram o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB (26%, n=385), seguido do Centro de Referência Especializado para População de Rua – CENTRO POP (20%, n=385) e Casas Terapêuticas/Instituições Religiosas (10%, n=385).

Destaca-se também, as instituições do Poder Judiciário que expõe-se como o segundo grupo de instituições que mais encaminharam usuários ao CAPSad III no mesmo período. Em contrapartida, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Unidades Básicas de Saúde apresentaram quantidade de encaminhamentos bastante reduzida.

Utilizou-se o modelo de regressão logística univariada (bruta) e múltipla (ajustada) para calcular as razões de chance como estimativa de medida de associação das características investigadas e a forma de chegada do usuário à unidade.

Na primeira análise múltipla foi calculada a razão de chance para aferir a associação de todas as variáveis, ajustada por características socioeconômicas e demográficas, tais como: idade, status conjugal, situação de moradia, escolaridade, situação de trabalho.

**Tabela 2.** Chegada do usuário ao serviço encaminhado por outra instituição (N=385).

Nº	Quantitativo por instituição	(N = 385)	(%)
1	Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco	100	26%
2	Centro de Referência Especializado para População de Rua	78	20%
3	Comunidades Terapêuticas/Instituições Religiosas	40	10%
4	Poder Judiciário	38	9,8%
5	Instituto Socioeducativo	24	6%
6	Hosmac	17	4%
7	CRAS/CREAS	14	3,6%
8	Atenção Básica	10	3%
9	Segurança Pública	10	3%
10	Unidade de Acolhimento	9	2,3%
11	Outras instituições	45	10,6%

Nesta análise, após o ajuste efetuado, evidenciou-se que a chegada do usuário ao serviço sozinho ou acompanhado por familiares/amigos esteve associada as seguintes características: moradia sozinho ou acompanhado por familiares/amigos (OR 6,48,  $p=0,00$ ), fazer uso de maconha (OR 0,60,  $p=0,05$ ), fazer uso associado de drogas (OR 0,57,  $p=0,01$ ) e ter sido atendido pela equipe de enfermagem (OR 0,99,  $p=0,02$ ).

Como forma adicional de visualização das características associadas a forma de chegada dos usuários ao serviço, foi realizada uma segunda análise múltipla ajustada. Nesta, o ajuste foi feito a partir das variáveis que apresentaram  $p$  valor  $<0,20$  na análise univariada, a saber: o status conjugal, a moradia, as drogas mais usadas, uso de maconha, o uso associado de drogas, três tipos ou mais e o atendimento individual por profissional o oficinheiro.

Desta forma, foi possível observar que a chance do indivíduo chegar sozinho ou acompanhado por familiares/amigos ao serviço com semelhante situação de moradia do mesmo (própria ou com familiares/amigos), cerca de seis vezes maior que daqueles com diferente situação de moradia.

Os dados obtidos apresentaram a mesma média de idade do constatado no recente estudo de Lacerda et al. em 2015 sobre usuários de drogas em Centros Terapêuticos no Estado do Rio Grande do Norte. A média da idade entre os pesquisados em ambos os estudos foi de 35 anos (LACERDA et al., 2015).

**Tabela 3.** Análise univariada e múltipla das características relacionadas a chegada ao serviço de pacientes do sexo masculino em um CAPS AD III.

		Chegada ao serviço		Análise univariada (Bruta)		Análise múltipla (Ajustada 1)	
		Por encaminhamento	Acompanhado/ Demanda Espontânea	OR (95% CI) <sup>(a)</sup>	P-valor	OR (95% CI) <sup>(b)</sup>	P-valor
Trabalho remunerado	Não	197 (66,8 %)	98 (33,2%)	1 (Ref.)		-	-
	Sim	152 (65,5%)	80 (34,5%)	1,05 (0,73-1,52)	0,76	-	-
Situação Conjugal	Sem companhia ou convivente	229 (68,0%)	108 (32,0%)	1 (Ref.)		-	-
	Com companhia ou convivente	60 (56,1%)	47 (43,9%)	1,66 (1,06-2,59)	0,02***	1,41 (0,76-2,62)	0,26
Filhos	Não	88 (63,3%)	51 (36,7%)	1 (Ref.)		-	-
	Sim	111 (62,0%)	68 (38,0%)	1,05 (0,66-1,67)	0,81	-	-
Escolaridade	≤Ens. Fund. Completo	162 (67,8%)	77 (32,2%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	≥Ens. Méd. Completo	100 (57,5%)	74(42,5%)	1,55 (1,03-2,33)	0,03***	0,96 (0,58-1,59)	0,89
Situação de Moradia	Acolhimento público/filantropico ou situação de rua	151 (87,8%)	21 (12,2%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sozinho ou com familiares/amigos	211 (55,8%)	167 (44,2%)	5,69 (3,45-9,37)	0,00***	6,48 (3,04-13,79)	0,00***
Faixa Etária (anos completos)	36 anos ou mais	167 (66,0%)	86 (34,0%)	1 (Ref.)		-	-
	Até 35 anos	211 (64,5%)	116 (35,5%)	1,06 (0,75-1,50)	0,71	-	-
<b>Tipos de Substâncias Utilizadas</b>							
Maconha	Não	137 (60,6%)	89 (39,4%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	244 (67,8%)	116 (32,2%)	0,73 (0,51-1,03)	0,07**	0,60 (0,35-1,01)	0,05
Cocaína	Não	102 (64,6%)	56 (35,4%)	1 (Ref.)		-	-
	Sim	280 (65,3%)	149 (34,7%)	0,98 (0,81-1,19)	0,87	-	-
Crack	Não	295 (63,2%)	172 (36,8%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	87 (72,5%)	33 (27,5%)	0,86 (0,74-1,00)	0,05***	0,92 (0,76-1,11)	0,39
Merla	Não	285 (65,5%)	150 (34,5%)	1 (Ref.)		-	-
	Sim	97 (63,8%)	55 (36,2%)	1,01 (0,92-1,12)	0,70	-	-
Álcool	Não	99 (62,3%)	60 (37,7%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	283 (66,1%)	145 (33,9%)	0,97 (0,92-1,03)	0,38	0,95 (0,89-1,02)	0,20
Tabaco/derivados	Não	231 (61,8%)	143 (38,2%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	151 (70,9%)	62 (29,1%)	0,95 (0,90-0,99)	0,02***	0,97 (0,91-1,03)	0,33
Outros tipos	Não	322 (64,5%)	177 (35,5%)	1 (Ref.)		-	-
	Sim	60 (68,2%)	28 (31,8%)	0,84 (0,52-1,37)	0,50	-	-
Uso Associado de Substâncias	Um ou dois tipos	144 (61,8%)	89 (38,2%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Três tipos ou mais	240 (67,6%)	115 (32,4%)	0,77 (0,54-1,09)	0,14**	0,57 (0,35-0,91)	0,01***
<b>Atendimento no serviço</b>							
Com Médico Psiquiatra	Não	252 (62,2%)	153 (37,8%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	133 (71,9%)	52 (28,1%)	1,00 (1,00-1,01)	0,02***	1,00 (0,99-1,00)	0,49
Com Enfermeiro ou Técnico enfermagem	Não	189 (68,7%)	86 (31,3%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	197 (62,3%)	119 (37,7%)	0,99 (0,99-1,00)	0,10**	0,99 (0,98-0,99)	0,02***
Com Oficineiro	Não	301 (63,8%)	171 (36,2%)	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
	Sim	84 (71,2%)	34 (28,8%)	1,00 (0,99-1,00)	0,13**	1,00 (0,99-1,00)	0,89
Com outros profissionais	Não	323 (64,3%)	179 (35,7%)	1 (Ref.)		-	-
	Sim	62 (70,5%)	26 (29,5%)	1,00 (0,99-1,01)	0,26	-	-
	Até quatro meses	226 (66,3%)	115 (33,7%)	1 (Ref.)		-	-

<b>Permanência no seguimento em meses</b>	Mais de quatro meses	160 (64,0%)	90 (36,0%)	1,10 (0,78-1,55)	0,56	-	-
	Não	282 (65,1%)	151 (34,9%)	1 (Ref.)		-	-
<b>Atendimento em Grupo</b>	Sim	104 (65,8%)	54 (34,2%)	0,97 (0,66-1,42)	0,87	-	-

(a) OR (95% CI) Odds-Ratio estimada pela regressão logística univariada (crua).

(b) OR (95% CI) Odds-Ratio estimada pela regressão logística múltipla (ajustada). Foram incluídas nessa etapa de regressão todas as variáveis socioeconômicas e demográficas p valor <0,05.

Neste, 92% (n=722) possuem entre 20 e 59 anos de idade, a menor idade entre os usuários que buscaram tratamento foi 13 anos e a maior 84 anos de idade.

No que se refere ao atendimento a crianças e adolescentes, cita-se a Portaria/GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Caps i, que destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes, com idade até os 18 anos de idade, onde o atendimento deve ser direcionado de acordo com as necessidades e características específicas para esta faixa etária; todavia devido ausência do serviço especializado para este público no município onde foi realizada a pesquisa, o CAPSad III torna-se a referência no atendimento a estes casos (BRASIL, 2002).

Na amostra, foram encontrados 25 adolescentes com idade entre 13 e 18 anos e 26 idosos com idade entre 60 e 84 anos de idade, semelhante a outros estudos que afirmam que o uso de substâncias psicoativas afetam todas as faixas etárias (SILVA et al., 2011).

Os dados apresentaram que a maior proporção dos participantes possuem filhos (57%, n=392). A indagação deste fator biológico foi essencial para conhecimento do perfil do público estudado, principalmente, devido as influências que o uso possui diante dos filhos. A exemplo pode-se citar a constatação de alguns autores que consideram que filhos biológicos do sexo masculino de pais considerados dependentes de álcool, possuem quatro vezes mais chance de desenvolver também a mesma dependência (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

Constatou-se pelos dados coletados nesta pesquisa que 55% (n=661) não trabalhavam, 61% (n=683) residem com familiares ou amigos e 49% (n=530) afirmaram nível de escolaridade inferior ao nível fundamental completo. Os números encontrados nesta pesquisa, no que se refere a escolaridade, foram similares aos encontrados em outros estudos, a exemplo cita-se Scheffer et al. (2010) que realizou um estudo numa comunidade para dependentes químicos em Porto Alegre, onde 41,2% afirmaram ter o ensino fundamental incompleto como escolaridade (SCHEFFER et al., 2010).

Quanto ao estado civil, nesta pesquisa 72,7%(n= 406) são solteiros, assim como em outros estudos onde Formiga (2009) afirma que 67% eram solteiros, ratificando o constatado também por Monteiro (2011) que identificou em seu estudo que dos 1.043

prontuários dos usuários analisados, que passaram por um tratamento em um hospital no estado de Piauí, 50,2% eram solteiros (FORMIGA et al., 2009; MONTEIRO, 2011).

Neste estudo, os usuários que buscaram tratamento na referida instituição eram oriundos de 126 bairros diferentes de Rio Branco, 14 outros municípios do referido estado, 15 outros estados brasileiros e 2 outros países: Portugal e Bolívia. Isso indica uma significativa migração de indivíduos que buscam tratamento para uso de substâncias e demonstra o quanto torna-se mais complexo o cuidado dos usuários no território, visto que nos dados obtidos foram identificados pouquíssimas referências e contra-referências dos usuários entre as instituições que fazem parte da rede de cuidado.

No que refere-se às características de uso de drogas, os dados obtidos neste estudo corrobora com a pesquisa de Oliveira (2012) que caracterizou usuários de substâncias num CAPSad localizado na região metropolitana de Curitiba, onde as mesmas drogas apareceram como uma das 5 mais usadas entre os pesquisados e 56,4% dentre eles também faziam uso de múltiplas drogas (OLIVEIRA, 2012).

Stuart e Laraia (2001) também constataram em seu estudo a existência de pessoas que fazem uso de mais de uma droga simultaneamente ou em sequência, demonstrando assim, um fato que comumente é encontrado entre a população estudada (STUART; LARAIA, 2001).

Dentre as substâncias mais utilizadas entre os usuários desta pesquisa, destaca-se a cocaína em pó, que de acordo com Formigoni (2014), os usuários desta droga compõem uma população de alta vulnerabilidade. Alguns estudos citados por esta mesma autora indicam que estes usuários ainda possuem pouco acesso aos serviços de atenção e tratamento com relação a dependência química, o que faz-se questionar sobre a existência de muitos outros usuários que ainda não buscaram ou foram encaminhados ao referido serviço de assistência a indivíduos que buscam este tipo de tratamento (FORMIGONI, 2014).

Quanto às características de uso do serviço, um dos aspectos analisado, foi a identificação de como esses indivíduos chegaram ao serviço e porque buscaram tratamento. Assim, percebe-se que apenas 35% (n=590) da amostra chegou ao serviço por demanda espontânea (acompanhado ou não de amigo e/ou familiar) e que a maioria (65%, n=590) deles chegaram a utilizar o serviço por encaminhamento de outra instituição.

A equipe do CAPSad III é composta atualmente pelo médico clínico geral, psicólogo, assistente social, oficinheiro, enfermeiro e técnico de enfermagem. Do total de participantes deste estudo, os profissionais que obtiveram maior percentual nos atendimentos individuais



foram o médico clínico geral (59%, n=735), equipe de enfermagem (54%, n=735) e o Serviço Social (43%, n=735). O médico psiquiátrica também obteve quantitativo significativo (32%, n=735), no entanto, imprescindível citar que este profissional realizou atendimento na instituição durante um determinado período e foi substituído, posteriormente, pelo médico clínico geral.

Nesta pesquisa, foi possível perceber que uma das principais estratégias utilizadas para o tratamento dos indivíduos que deram entrada no serviço no período analisado são os grupos terapêuticos. Quanto a participação em grupos e oficinas, diante do público analisado, a parcela mais significativa foi dos que não obtiveram nenhum registro nos prontuários (73%), o que não significa que necessariamente estes não participaram de nenhum grupo. Poderia ter havido participação, porém, sem registro.

Ribeiro (2007) aponta que estes grupos realizados em instituições que atendem indivíduos que buscam tratamento são dispositivos de extrema relevância no processo de Reforma Psiquiátrica e são instrumentais utilizados que possibilitam a utilização de diversos modos de expressão (RIBEIRO, 2007).

Todavia, o fato do indivíduo ter participado do grupo ou de uma oficina não é garantia de uma participação eficaz. Cedraz e Dimenstein (2005) alertam que os grupos não podem reduzir-se apenas a momentos de lazer para os participantes, eles devem ir além alcançando subjetividades e funcionando, assim, como aparelho de mudança social (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Diante de todos os usuários encaminhados por outra instituição, no período de 2012 a 2013, percebe-se que a maioria deles (26%, n=385) chegou ao serviço após alguma crise de abstinência ou devido algum outro tipo de prejuízo à saúde, pois foram encaminhados pelo Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad), localizado no Hospital de Urgência e Emergência do município de Rio Branco, Acre.

Nesta situação, pode-se afirmar que a instituição em questão é de fato referência no atendimento a estes usuários, pois a maioria dos usuários acolhidos chegaram à instituição encaminhados por outras instituições que compõem uma rede de assistência à saúde e social. Confirma-se assim, o avanço que estas instituições em conjunto com o CAPSad III vem realizando perante situações relacionadas a esta temática.

O fato da maior proporção dos usuários serem encaminhados pelo SHR-ad, demonstra o exposto na Portaria 2.197 (2004), no artigo 5º, inciso VII, onde expõe-se a



necessidade de evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Esse fortalecimento no atendimento dos usuários em rede configura-se para um caminhar em compromisso a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. É com interação entre os serviços que verifica-se a possibilidade de acolhimento, encaminhamento, prevenção e reabilitação, construindo assim possíveis alternativas de enfrentamento das dificuldades apresentadas pelo usuário e seus familiares (BRASIL, 2004).

Cita-se uma análise realizada das internações ao longo de 20 anos entre o período de 1988 a 2008, onde foi exposta a redução do total de internações no período analisado, de 64.702 internações em 1988 para 24.001 em 2008, refletindo o modelo de assistência a estes usuários adotados nos últimos anos no país, destacando-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) a partir de 2002, e do desincentivo às internações em hospitais psiquiátricos (FORMIGONI, 2014).

Alguns autores apresentam algumas fragilidades na atenção a este público afirmando que a construção de uma rede de cuidado se faz necessária, porém, é desafiadora. Citam a incoerência dos serviços da atenção básica com o serviço de Saúde Mental, uma vez que afirmam que os usuários devem possuir continuidade no cuidado em saúde no seu território (MORETTI et al., 2011; SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Assim, cita-se a necessidade de avançar neste aspecto, pois, diante de toda a amostra do estudo, foi identificado o registro de apenas dez instituições da Atenção Básica encaminharem indivíduos em busca de tratamento ao CAPS. Em contrapartida, identificou-se que o CAPS realizou encaminhamento de retorno do caso, encaminhando de volta informações pertinentes ao cuidado do usuário apenas uma vez para uma determinada Unidade Básica de Saúde.

Com a realização da análise multivariada por fatores socioeconômicos e demográficos foi possível verificar condições associadas à busca dos indivíduos pelo referido serviço, assim, diante os dados obtidos afirma-se que independente da situação socioeconômica e demográfica do público pesquisado, os que moravam sozinho ou com familiares ( $P=0,0$ ), os que faziam uso associado de três ou mais tipos de substâncias psicoativas ( $P=0,01$ ) e os que realizavam atendimento individual com a equipe de enfermagem ( $P=0,02$ ) foram os que buscaram o serviço espontaneamente, ou seja, sem que fosse necessário o encaminhamento do mesmo por outras instituições.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo possibilitou conhecer e analisar o perfil dos usuários que buscam tratamento no CAPSad III existente no município de Rio Branco - Acre e pode ser utilizado como um dispositivo de importante relevância para o aperfeiçoamento do atendimento aos indivíduos que buscam tratamento para o uso de substâncias psicoativas. Além de fornecer ao gestor público, dados a serem utilizados para o estabelecimento e organização da rede de atenção em saúde mental de acordo com as características e especificidades de tratamento a estes usuários.

Diante da coleta, análise e interpretação dos dados, percebeu-se que os encaminhamentos de usuários por outras instituições ao CAPSad III possuíam quantitativos significativos o que demonstra que a referida instituição é referência em situações de drogadição.

Observou-se que o acolhimento e acompanhamento destes indivíduos, adequando-se as normatizações das legislações na Rede de Atenção Psicossocial em conjunto as demais esferas é um dos maiores desafios a serem enfrentados neste setor, dado que estes indivíduos devem ser acolhidos na rede como um todo e acompanhados em seu território respeitando a integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Cita-se ainda a ausência de informações de diversos aspectos nos prontuários dos usuários e a dificuldade em realizar a leitura e identificar os dados diante um manuscrito, feito por vezes de forma rápida, devido as demandas crescentes e diárias e, por vezes até, sem preocupação com detalhes, além da escassez de assinaturas e outros dados relevantes para a pesquisa, foram apenas alguns exemplos que dificultaram a realização deste estudo de forma mais ampla e completa.

E ainda, cita-se a relevância desta pesquisa pois refere-se a um órgão público de grande renome nacional diante de uma realidade de mudanças no contexto histórico brasileiro no que refere-se ao processo da Reforma Psiquiátrica e numa nova forma de prestar assistência a indivíduos em busca de tratamento para o uso de substâncias.

## 5. REFERÊNCIAS

BASTOS, I. T. **Os processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da**

Infância e Adolescência (CAPS ADi). Dissertação de Mestrado em Ciências. Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 336** de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde**, 2012.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: Modalidades desinstitucionalizantes ou não? Fortaleza: **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v.5 n.2, 2005.

FORMIGA, L. T. et al. Comparação do Perfil de Dependentes Químicos Internados em uma Unidade de Dependência Química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. **Revista HCPA**, v. 29, n.2. **Clinical & Biomedical Research. Porto Alegre**: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

FORMIGONI, M. L. O. S. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas, 7ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

HUNT, P; BACKMAN, G. **Health systems and the right to the highest attainable standard of health**. Health and Human Rights, v. 10, n. 1. 2008.

LACERDA, B. M. et al. Perfil de usuários de drogas em Centros Terapêuticos do estado do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Saúde Nova Esperança** – João Pessoa, PB, 2015.

LIMA, R. B.; SILVA, R. G.; ALMEIDA, E. **Avaliação econômica do tráfico de drogas no estado do Acre**. Redes. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2011.

MONTEIRO, C. F. S. et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Anna Nery, 2011.

MORETTI, P. R. O. et al. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, SP:USP, 2011.

OLIVEIRA, V.C. **Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de dependentes químicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas da região metropolitana de Curitiba**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Programa e Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2012.

ONOCKO, C. R. T.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.5, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra, Suíça, 2002.

RIBEIRO, S. F. R. Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo.** Ribeirão Preto: SPAGESP, v. 8, n.1, 2007.

SCHEFFER, M. et al. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 26, n. 3. Brasília, DF: Instituto de Psicologia, 2010.

SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na Rede Básica em Saúde.** Revista Psico. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

SILVA, L. H. P. et al. **Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma Unidade de Reabilitação de um Hospital Psiquiátrico.** Rio de Janeiro, RJ: Escola Anna Nery, 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de um indivíduo em tratamento em um CAPS AD: o ecomapa como recurso. **Revista da escola de enfermagem da USP,** v. 43, n.2. São Paulo: USP, 2009.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

UNITED NATIONS. **The World Drug Report.** United Nations Office on drugs and crime. New York: UNODC, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report: Reducing risks, promoting healthy life.** Genebra, Suíça, 2002.

## PROTEÇÃO À SAÚDE DE COMUNIDADES AMAZÔNICAS EM ÁREAS FRONTEIRIÇAS BRASIL, PERU E BOLÍVIA

Isabela Nogueira Pessôa<sup>1</sup>, Maria da Penha Vasconcellos<sup>2</sup>, Danúzia da Silva Rocha<sup>3</sup>

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, São Paulo, Brasil;

3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Interessou-nos compreender os cuidados à saúde, no cotidiano da fronteira Brasil, Peru e Bolívia, como produtos da articulação de identidades culturais desse contexto amazônico. A pesquisa de perspectiva etnográfica, cuja análise segue a lógica de narração das práticas cotidianas de Michel de Certeau, foi realizada entre fevereiro e julho de 2011. Iniciou-se em Assis Brasil, ponto brasileiro de convergência dessa tríplice fronteira, e avançou em direção a Brasileia, Eitaciolândia e Rio Branco, além das cidades Bolpebra e Cobija - BO e Iñapari - PE. Os *esquemas de ação* relacionados às práticas de cuidados à saúde são: o uso de serviços biomédicos, o emprego de produtos naturais e a crença na cura através de rezadores. A utilização desses equipamentos e recursos configura uma cultura local orientada, sobremaneira, pela disponibilidade desses recursos e pela tradição cultural dos povos da floresta, dando visibilidade a articulação de identidades culturais.

**Palavras-chave:** Áreas de fronteira, Cultura amazônica e Saúde Pública.

### ABSTRACT

It was interesting to understand the health care, in the daily life of the border Brazil, Peru and Bolivia, as products of the articulation of cultural identities of this Amazonian context. The research of ethnographic perspective, whose analysis follows the logic of narration of the daily practices of Michel de Certeau, was carried out between February and July of 2011. It began in Assis Brasil, Brazilian point of convergence of this triple border, and advanced towards Brasileia, Eitaciolândia and Rio Branco, besides the Bolpebra and Cobija - BO and Iñapari - PE cities. The action plans related to health care practices are: the use of biomedical services, the use of natural products and the belief in healing through prayers. The use of these equipments and resources configures a local culture oriented, especially, by the availability of these resources and by the cultural tradition of the forest peoples, giving visibility to the articulation of cultural identities.

**Keywords:** Border áreas, Amazonian culture and Public health.

## 1. INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a vida cotidiana permitem compreender – o que, de que forma e como significam – em contextos socioculturais, transformações em suas vivências concretas. O comportamento social é orientado, até certa medida, por fatores como os papéis sociais, as normas e as expectativas compartilhadas, contudo, os sujeitos percebem a realidade conforme sua origem social, motivações e interesses, configurando-a constantemente através das decisões e dos atos que praticam, tornando a realidade uma “criação das interações humanas” (GIDDENS, 2010).

Para Certeau (2009) investigar o cotidiano diz respeito a “narrar práticas comuns”. O estudo dessas práticas “refere-se a modos de operação ou esquemas de ação e não diretamente ao sujeito que é o seu autor ou seu veículo”. A análise dessas práticas revela que as relações sociais determinam suas condições e que cada individualidade compreende uma multiplicidade de determinações relacionais.

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre a vida cotidiana de moradores em uma zona de fronteira considerando suas experiências, negociações, identificações, rejeições, tensões e hibridismos, entre características que emergem de pessoas que vivem na e da fronteira, como referência da vida em comunidade. A fronteira em foco, refere-se a região sudoeste do Brasil, compondo uma linha de fronteira com Peru e Bolívia. Nas áreas locais fronteiriças localizam-se as cidades de Assis Brasil (BR), Iñapari (PE), e Brasileia e Cobija, entre Brasil e Bolívia.

Os fluxos migratórios internos e externos são inerentes a formação do Acre (SOUZA, 2006). Sua ocupação se fez historicamente pelos brasileiros de outros estados, pelos migrantes procedentes do Peru e Bolívia e de outros países da América Latina, e pelos seus primeiros habitantes, os povos indígenas das etnias Jaminawá, Manchineri, Kaxinawá, Yauanauwá, Shanenawa, dentre outras (ACRE, 2011), que compuseram uma população que articula práticas cotidianas heterogêneas, compartilhando a construção de identidades híbridas.

No contemporâneo a identidade é constantemente transformada, sendo definida na perspectiva sociohistórica e não pelo biológico, “à medida que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, somos confrontados por uma multiplicidade de identidades possíveis, com cada uma das quais poderíamos nos identificar [...]” (HALL, 2006).

Na linha de fronteira amazônica, a articulação de identidades e suas práticas socioculturais são acionadas conforme as origens e necessidades dos sujeitos e o contexto em que vivem, desenvolvendo assim, seus itinerários cotidianos construídos a partir de valores e significados hibridizados e particularizados pelos seus relevos, navegação, plantações e economia própria. Dessa forma, considerando a presença multicultural, interessou-nos nesse estudo compreender os cuidados à saúde nas áreas fronteiriças Brasil, Peru e Bolívia.

Interessava refletir como as ações em saúde planejadas pelas políticas públicas governamentais reconhecem as diferenças e proporcionam aos profissionais de saúde condições de lidar com as particularidades da tríplice fronteira.

Pessôa; Vasconcellos (2013) afirmam que:

Na medida em que existe uma dinâmica de interação significativa entre as práticas cotidianas e o processo de saúde-doença-cuidado (...) entender o cotidiano dos usuários é se apropriar de possibilidades de trabalho em saúde que, de fato, sejam integrais e equânimes, pois os indivíduos seriam percebidos em suas dimensões específicas.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa, de natureza qualitativa na perspectiva etnográfica, foi realizada entre fevereiro e julho de 2011. Iniciando-se na cidade acriana de Assis Brasil, na época com aproximadamente 6.072 habitantes (IBGE, 2010), que constitui ponto de convergência da fronteira Brasil-Peru-Bolívia.

O início do percurso no campo destacou como interesse os modos de viver locais, o comércio em geral, escolas públicas, praça central, ruas, moradias, centro comunitário, unidades de saúde e igrejas (católica e evangélicas).

Nesses ambientes, institucionais e públicos, observamos o cenário, os atores e posteriormente as regras locais, com o objetivo de impedir a dispersão, dada a grande variedade de estímulos (MAGNANI, 1991).

No desenvolvimento do trabalho foi se constatando a necessidade de ampliar geograficamente o campo, pelas relações presentes econômicas, de trabalho e serviços com as cidades acrianas de Brasileia, Epitaciolândia e Rio Branco, além das cidades bolivianas de Bolpebra e Cobija e da cidade peruana de Iñapari.



Foram realizadas em Assis Brasil e Brasileia conversas informais e entrevistas semi-estruturadas com moradores (brasileiros, peruanos, bolivianos) e profissionais de diversas áreas, tais como: professores; comerciantes; vendedores ambulantes; atendentes de supermercados/farmácias/lojas; taxistas; profissionais de saúde; religiosos; canoeiros e policiais (militares, civis, federais). Na cidade de Assis Brasil, permanentemente, encontram-se agentes da força nacional e da receita federal.

Nas cidades de Iñapari (PE), Eptaciolândia (BR), Cobija e Bolpebra (BO) também foram realizadas observações e conversas com moradores, visitantes e comerciantes, o que possibilitou levantar informações a respeito da dinâmica local. Na cidade de Rio Branco (BR) foram realizadas entrevistas complementares.

No trabalho de campo verificou-se intensificação de trocas e circuitos sociais e de serviços, na fronteira entre Brasil e Peru (Assis Brasil e Iñapari) e entre Brasil e Bolívia (Brasileia e Cobija), razão de mais tempo presente entre essas cidades. As demais cidades da área estudada (Eptaciolândia, Rio Branco e Bolpebra) apareceram como participantes nas dinâmicas identificadas.

O emprego da observação etnográfica pode ser muito proveitoso para adentrarmos no campo dos cuidados à saúde, pois procura compreender a diversidade inerente às formas como as distintas sociedades concebem o corpo e os cuidados que dispensam a ele, e as concepções de saúde e de doença, quando toma como objeto de estudo o corpo, a saúde e a doença (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Estabelecemos contato com os sujeitos por meio de nossa participação na rotina das cidades e através de relações com moradores instituídas pela permanência em campo. Esses moradores detinham, por sua vez, alguma relação de parentesco e/ou vizinhança com as pessoas entrevistadas, cujas informações contribuíram para o entendimento dos diversos itinerários identificados.

Foram utilizadas questões norteadoras no sentido de conduzir a entrevista para identificarmos como é viver em uma cidade fronteiriça, quais as atividades cotidianas (laborais, de estudo, de lazer), quais as práticas religiosas, alimentares e de cuidados à saúde, pessoais e familiares.

Os registros de campo foram submetidos à leitura compreensiva e exaustiva, a partir dos quais surgiram as categorias empíricas dos cuidados à saúde no cotidiano, entre os saberes locais, os valores e regras do conhecimento constituído e institucionalizado. A abordagem etnográfica, na lógica de narração das práticas cotidianas, foi construída em



diálogo com a produção de Michel de Certeau. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, parecer nº 021/11.

Os nomes dos informantes apresentados neste texto são fictícios para manter o sigilo das informações.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Destacamos como *esquemas de ação* (CERTEAU, 2009) relacionados às práticas de cuidados à saúde: o uso de serviços biomédicos, o emprego de produtos naturais e a crença na cura através de rezadores e populares. A utilização desses equipamentos e recursos, de forma isolada ou combinada, constitui as maneiras de cuidar da saúde nesses limites amazônicos, configura uma cultura local orientada, sobremaneira, pela disponibilidade desses recursos e pela tradição cultural dos povos da floresta, dando visibilidade a articulação de identidades multiculturais.

Na maior parte das sociedades, as pessoas que estejam passando por algum desconforto físico ou emocional lançam mão de diversas formas de auxílio, desde automedicação até acionar suas redes de relação, consultar um curandeiro, um sacerdote, um sábio local ou mesmo buscar assistência médica. Os sujeitos podem também usufruir todas essas alternativas ou parte delas, em qualquer ordem. Ainda que essas estratégias terapêuticas convivam num mesmo espaço, são, quase sempre, fundamentadas em premissas distintas e podem proceder de culturas diferentes. Para o indivíduo enfermo, entretanto, a gênese dos tratamentos é secundária, o que importa é sua eficácia na diminuição do sofrimento (HELMAN, 2003).

A proximidade e a circulação de pessoas entre as cidades de fronteira apresentam-se como oportunidade para os sistemas de trocas de rituais e formas de predomínio do uso, particularmente, da produção vegetal local e apicultura na formulação terapêutica, no caso de Assis Brasil, os conhecimentos da Pastoral da Terra sobre infusões e alimentações protetivas à saúde é de grande riqueza. O circuito no comércio local entre as diferentes vizinhanças, demonstra contínuo uso entre compra-se aqui e vende-se lá, e todos consomem.

### 3.1 “EU CONHEÇO QUEM JÁ FEZ E EU MESMA JÁ FUI LÁ...”: O USO DOS SERVIÇOS DE TECNOLOGIA MÉDICA.

Em Assis Brasil não existem estabelecimentos privados de saúde, a rede pública compõe-se de uma unidade mista de saúde e duas unidades de saúde da família, com assistência médica, de enfermagem e odontológica.

A unidade mista de saúde oferece atendimento a casos de urgência e emergência, com doze leitos para internação. Na ocasião, não era realizado qualquer procedimento cirúrgico, inclusive cirurgias cesarianas, sendo encaminhadas, em princípio, ao hospital em Brasileia.

Dependendo da gravidade do caso, após contato com a Central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, encaminha-se o paciente para hospitais em Rio Branco.

Moradores brasileiros, peruanos e bolivianos, indígenas e não indígenas são atendidos nesses estabelecimentos de saúde, contudo, o convívio constante entre nacionalidades e etnias diferentes não garante harmonia permanente nas relações sociais, fazendo parte dessa trama cotidiana ideias pré-concebidas sobre determinada nacionalidade e sentimentos vinculados ao pertencimento local.

*Com minha esposa teve um pequeno desentendimento, foi no posto de saúde (...) é que a atendente falou que tinha muito peruano, que deveriam ser atendidos do outro lado (Santiago, 45 anos, peruano de Cajamarca, morador de Assis Brasil, vendedor).*

Esta problemática não é sentida apenas por imigrantes que vivem no Brasil. Em estudo com mulheres imigrantes no Canadá ficou evidenciada dificuldade em acessar o sistema de saúde oficial, além disso, o sentimento de pertencimento local revelou-se forte preditor para a busca e acesso aos serviços (GAGNON et al, 2013).

A estrutura de serviços de saúde em Assis Brasil não contempla as necessidades dos moradores. Inadequações, como a modalidade de atendimento das unidades de saúde da família, em parte, por distribuição de fichas, ou insuficiências, representadas pela falta de profissionais em determinadas especialidades e ausência de equipamentos e serviços, provocam a migração dos usuários para os serviços de saúde peruanos em Iñapari ou Puerto Maldonado, quando o caso não oferece risco de morte, exigindo apenas consulta médica e medicamentos que podem ser administrados em casa.

O atendimento de saúde em Iñapari foi especialmente referido por peruanos que moram em Assis Brasil, sendo atribuídas vantagens como celeridade para início das consultas; assistência mais atenciosa, com anamnese e exame físico mais completos; horário de atendimento estendido, inclusive aos domingos; e o preço cobrado pela consulta considerado irrisório por muitos.

*Aqui quando você vai pro posto, você chega lá os médicos, muitas vezes, nem olham pra você, não pergunta nada que você tem, passa uma receita e pronto. Então ultimamente eu tenho ido me consultar lá no Peru, lá o tratamento você paga uma taxinha, mas o tratamento é totalmente diferenciado (...) você paga 2,50 soles, que seria quase um real e oitenta centavos, o médico lhe examina, olha, pergunta o que você tem, palpa, faz realmente o trabalho dele (Juan, 39 anos, peruano de Lima, morador de Assis Brasil, professor de Língua Espanhola).*

Além disso, destaca-se que em Iñapari os medicamentos são vendidos de forma fracionada, o que contribui para torná-los mais baratos. A venda fracionada de fármacos em Assis Brasil ainda é pouco praticada, nas drogarias locais apenas alguns medicamentos são comercializados dessa maneira, tais como analgésicos e antigripais, que estão entre os mais vendidos acompanhados dos antiinflamatórios.

Entretanto, são identificadas também desvantagens no atendimento de saúde em Iñapari: o pouco desenvolvimento científico; condições precárias de trabalho, como baixos salários e falta de exames para apoio ao diagnóstico, que refletiriam negativamente na qualidade da assistência.

A migração de usuários de Assis Brasil em busca de assistência à saúde também é verificada para os serviços, públicos e privados, em Brasileira ou mesmo em Rio Branco, quando a situação exige determinadas especialidades (ginecologia, obstetrícia, ortopedia, dentre outras) e/ou procedimentos cirúrgicos e exames de saúde mais sofisticados, como, por exemplo, os de imagem (ultrassonografia, radiografia, mamografia, densitometria óssea, dentre outros).

*Aqui é meio complicado, porque tem médico, mas tem exame que a gente não pode fazer aqui. Então a gente vai com um desconforto no hospital aqui e geralmente o médico nem pode lhe dá uma medicação correta porque não tem o exame que ele quer (...) eu prefiro ir logo pra Rio Branco onde tem tudo, né?. E Brasileira também é limitado, não tem tudo (María, 33 anos, dupla nacionalidade, brasileira e peruana, professora em Assis Brasil, mora com o marido e o filho, ambos brasileiros).*

*Eu vou ter que ir pra Rio Branco, to sofrendo de osteoporose, vou ter que ir pra Rio Branco, porque eu to mal desse jeito (...) Não tem como tratar isso aqui não, não tem médico, não tem exame (...) de vez em quando eu to indo pra Rio Branco (Luzia, 73 anos, peruana de Iñapari, moradora de Assis Brasil, dona de casa).*

A configuração dos serviços oficiais de saúde públicos em Brasileia apresenta seis unidades de saúde da família, sendo quatro na área urbana e duas na zona rural. Nas unidades encontra-se um médico (especialista em Clínica-Geral), um odontólogo e um auxiliar de consultório dentário, além da equipe de enfermagem e pessoal de apoio. Existe um centro de saúde com um ginecologista e dois clínicos, e um hospital que oferece atendimento de urgência e emergência, inclusive em odontologia; internação hospitalar (40 leitos); maternidade; procedimentos cirúrgicos e/ou ambulatoriais nas áreas de fisioterapia, obstetrícia, psicologia, ortopedia e pediatria.

Na prática, pessoas procedentes das cidades acrianas de Assis Brasil, Xapuri e Epitaciolândia, Cobija (Bolívia) e Iñapari (Peru) comumente são atendidas nesse hospital, sobretudo, nos serviços de ortopedia, maternidade e cirurgia. Quando não há resolutividade os pacientes são encaminhados para serviços em Rio Branco.

A dinâmica de interação fronteiriça, com suas ações de complementaridade e rivalidade acontece ainda na procura por serviços oficiais de saúde nas contíguas Brasileia, Epitaciolândia (Brasil) e Cobija (Bolívia).

A busca desses serviços, públicos ou privados, por brasileiros em Cobija tem variadas motivações, desde consultas com clínicos ou tratamento dentário até realização de cirurgias plásticas e oftalmológicas.

*A consulta no hospital custa R\$5,00, se for em clínica particular R\$30 a 50, aí depende da especialidade, tem especialidade mais cara e outras mais baratas (...) Tem muito brasileiro fazendo cirurgia nos olhos aqui em Cobija (...) Cirurgia plástica é bom é na clínica Burgos, bem barato (Julia, 41 anos, boliviana, moradora em Cobija, vendedora ambulante em Brasileia).*

*Umam amigas minhas colocaram silicone, ficou bem bonito! (...) Com R\$ 1.500, R\$ 2.000 tu põe silicone (...) paga tudo em real, qualquer consulta, tudo em real. Tem lipo, outros tipos de cirurgia, é mais barato que aqui (Alice, 22 anos, brasileira, moradora de Brasileia, atendente em uma representação de uma faculdade particular).*

Parecem ser fatores de atração para os serviços de saúde bolivianos as facilidades para o atendimento como os preços mais baixos do que os praticados no Brasil para os mesmos procedimentos e consultas; o rápido processo de atendimento em comparação com o serviço brasileiro e facilidade de pagamento em nossa moeda (real); além da diversidade de especialidades e procedimentos oferecidos, que contemplaria, ao menos em parte, as necessidades e aspirações dos usuários locais e extra locais, dado que foi amplamente referido que moradores de outras cidades, inclusive da capital Rio Branco, também frequentam tais estabelecimentos de saúde.

No entanto, algumas pessoas chamam atenção para as condições em que podem ser realizados os procedimentos no lado boliviano da fronteira.

*Eu conheço quem já fez e eu mesma já fui lá (Cobija) e fiz. Fiz cirurgia nos seios e uma lipoaspiração, já faz tempo. Fiz a cirurgia e logo recebi alta, deu tudo certo, mas não sei se faria de novo, lá as coisas são um pouco precárias (Ruth, 50 anos, brasileira, moradora em Rio Branco, funcionária pública).*

*Tem muita gente que vai em Cobija atrás de atendimento, mas eu não tenho coragem não! Conheço uma mulher que foi operar a perna e acertaram um nervo dela, ela não mexe mais direito e ficou com a perna fina. Num ta vendo que eu não vou num negócio desses! (Rosa, brasileira, descendente de bolivianos, moradora em Eptaciolândia, atendente em uma loja de produtos naturais em Brasileia).*

Em contrapartida, a procura por serviços de saúde realizada por bolivianos em Brasileia parece ser menos frequente e ter outras motivações, como por exemplo, a obtenção de dupla nacionalidade para usufruto dos benefícios concedidos nos dois países.

*Eles (bolivianos) não costumam vir pro hospital daqui não, mas quando é parto, quando querem fazer dupla nacionalidade, aí elas (bolivianas) dão um jeito de ter o bebê aqui, pra registrar aqui no Brasil, mas o pessoal do cartório ta ficando esperto e já sabem o que eles querem. Só por isso eles vêm aqui, porque o hospital de lá (Bolívia) é melhor, no mesmo hospital tu tem tudo, exame, cirurgia, consulta (Alice).*

Em estudo realizado com secretários de saúde de municípios fronteiriços do Mercado Comum do Sul foram identificados, pela percepção e experiência dos entrevistados, como principais motivos que levam estrangeiros a buscar atendimento no Sistema Único de Saúde: proximidade geográfica; ausência ou insuficiência de serviços públicos no país de origem; facilidade e qualidade de atendimento; e urgência e gravidade do caso (GIOVANELLA et al., 2007).

Ressaltamos que a atenção a saúde oficial representa uma parcela pequena do atendimento em saúde na maioria dos países, sendo que grande parte dessa assistência é realizada nos setores: informal (alternativas terapêuticas sem pagamento e sem consulta a provedores tradicionais ou praticantes da medicina, tais como automedicação e tratamentos recomendados por conhecidos) e popular (formas de cura sagradas e/ou seculares mediadas por curandeiros). Além disso, o setor médico deve sempre ser considerado no contexto dos valores básicos, da ideologia e dos sistemas político e econômico da sociedade em que se apresenta, pois, assim como os outros dois setores, é em certa medida delimitado pela cultura (HELMAN, 2003).

Na dinâmica de trocas entre cidadãos e serviços, podemos constatar uma rede de assistência público – privada, de influências sobre critérios e avaliações nas escolhas, na forma de uso e valor monetário para cada serviço a ser acionado pelos moradores dos diferentes países envolvidos nessa pesquisa.

Observa-se também nessa prática de consumo a importância de novos estudos sobre as redes de comércio e as práticas sobre o corpo na porosidade presente nos entroncamentos fronteiriços.

### 3.2 “SERVE PARA REUMATISMO, OSTEOPOROSE, ARTRITE, ARTROSE, TUDO QUE É PROBLEMA NAS JUNTAS ELE É BOM”: O USO DAS TERAPÊUTICAS NATURAIS.

Com a intensificação do contato com as sociedades ocidentais, o saber fitoterápico dos povos da floresta passou a incorporar conhecimentos e práticas ditas civilizadas, especialmente, da medicina popular europeia. Acrescido da intensa movimentação de nordestinos que introduziria elementos das tradições africanas, como conhecimentos já legitimados por uma formação cultural sincrética, característica do nordeste do Brasil. Os povos amazônicos acostumados a enfrentar, com recursos próprios, moléstias por vezes desconhecidas de outras regiões, criaram técnicas de manipulação e ingestão na utilização de plantas conhecidas, considerando as particularidades geocológicas em interação com aspectos e trocas culturais, incluídos no seu cotidiano. Os saberes amazônicos organizados em suas variadas nuances (indígenas, caboclos, seringueiros, nordestinos, colonos, pescadores, dentre outros) confirmaram-se em suas práticas, destacando-se o uso dos “remédios do mato” como um de seus distintivos culturais (SANTOS, 2000).

O emprego de produtos naturais nos cuidados à saúde foi referido pelos agentes sociais dessa fronteira como alternativa à terapêutica com medicamentos alopáticos ou como seu complemento, e ainda, como modalidade para prevenção de agravos mais comuns.

*Geralmente os filhos acabam usando remédio caseiro, por exemplo, quando estão gripados, inflamada a garganta, a gente dá mel de abelha com copaíba, é um remédio muito bom e geralmente tem melhorado. Antibiótico, pelo que eu vejo, não faz efeito. Se ajuda é por pouco tempo (...) geralmente a gente trata com remédio caseiro (Santiago).*

O óleo de copaíba é mencionado, frequentemente, nas comunidades amazônicas como um eficiente agente antiinflamatório, sendo largamente utilizado nas receitas de remédios caseiros para tratar dor de garganta, febre, gripe e feridas em geral (SANTOS, 2000).

Em estudo sobre plantas de uso medicinal cultivadas em quintais urbanos em Rio Branco-Acre verificou-se como espécies mais usadas: o crajirú (para lesões e infecções), a babosa (para lesões, infecções e estética dos cabelos), a corama (para afecções do sistema respiratório), o malvarisco (para afecções do sistema respiratório) e a alfavaca (para afecções do sistema respiratório e gastrointestinais). A indicação terapêutica das plantas seguiu um padrão constante nos bairros considerados (SIVIERO et al., 2012). Pesquisando o emprego de plantas medicinais em uma comunidade do Rio Grande do Sul, constatou-se que as indicações terapêuticas populares são semelhantes às encontradas na literatura científica (BADKE et al., 2011; BADKE et al., 2012).

O principal modo de preparo do medicamento caseiro relatado no estudo em Rio Branco foi a decoção das folhas com o objetivo de obter o chá (SIVIERO et al., 2012). Na região sul, além desse método, foram relatadas as modalidades de infusão e maceração das plantas (BADKE et al., 2011).

A cultura de plantas medicinais em quintais urbanos auxilia no combate a moléstias e promove a biodiversidade agroflorestal, além do bem-estar dos moradores pela melhoria da paisagem, ambiência microclimática e espaço de lazer (SIVIERO et al., 2012).

Situação comparável é encontrada nos municípios de fronteira considerados, onde plantas, extratos, seivas e néctares da floresta são usados para cuidar de crianças e adultos com enfermidades das mais diversas (processos infecciosos e inflamatórios, hipertensão arterial, afecções ginecológicas, dentre outras), seguindo a lógica da constância de doses e da melhor absorção (por exemplo, tomar em jejum), sendo referido também o chá, mormente por infusão, como principal forma de preparo do medicamento caseiro. Tais produtos naturais são cultivados nos quintais urbanos e nas colônias da zona rural, extraídos diretamente da floresta e/ou adquiridos através do comércio local.

*Eu gosto de tomar o chá da folha do abacate quando eu to ruim das urina (...) coloco a água pra ferver, quando a água tá fervendo coloco dentro do copo, a folha já tá dentro do copo, aí abafo (...) ponho a folha inteira, se tiver seca, põe seca, se tiver verde, põe pra secar (...) é bom pra infecção urinária, quando eu tomo faço um litro (...) O chá de carambola pra pressão alta faz do mesmo jeito (...) com a folha da carambola (...) o alface, o suco do alface também pra baixar a pressão, tudo é bom (Fernanda, 28 anos, brasileira, moradora de Assis Brasil, proprietária de um pequeno restaurante).*



*Um problema que eu sei que não vai me prejudicar aí eu tomo um chá. Eu tomo de folha de algodão, não sei se você conhece aquela planta que chamam de corama e babosa, eu bato os três juntos, depois de coado aí eu tomo. Assim, quando eu sinto dor na barriga, cólicas. É muito bom, eu, por exemplo, tenho 46 anos, sempre faço acompanhamento médico, mas eu nunca tive problema de cauterização de ferida, eu nunca fiz, sempre eu trato, eu tomo de manhã e a noite. Eu tomo e Graças a Deus eu me sinto bem, porque eu tomo junto com mel de abelha, tomo de manhã antes de tomar outra coisa (Antonia, 46 anos, brasileira, auxiliar de cozinha em Assis Brasil).*

Entretanto, a cultura ou a tradição local podem não ser suficientes para instituir a utilização desses produtos. Alguns moradores referem insegurança quanto à maneira correta de administrar esses agentes terapêuticos, têm receio dos possíveis efeitos adversos (certamente, esses receios também aparecem nos fármacos industrializados), dúvidas relativas a quantidade de doses a ser administrada e a concentração dos princípios ativos, além de ignorar a forma mais adequada de preparar esses elementos para torná-los eficientes no processo de cura ou alívio.

*Eu tinha um tio que ele era fanático da unha-de-gato, então eu via aqueles vidros enormes cheios de pauzinho de gato, eu dizia “Meu Deus se ele tomar isso daí vai dá uma intoxicação!”, porque na verdade tá tudo concentrado. Você não sabe o tanto que tem que tomar (...) remédio não é assim, tem que ter a dose certa, mesmo ele sendo natural (María).*

A prática de utilizar produtos naturais nessa fronteira amazônica, sobremaneira, para cuidados à saúde alimenta significativo comércio de elementos, tais como: folhas, raízes, cascas, frutos, sementes, mel e seivas, apresentados frescos ou com algum grau de processamento (desidratados, cozidos, triturados), isolados ou em combinações diversas (garrafadas, xaropes, pomadas), constituem parte de uma cultura local de cuidados.

*Saí muito o leite de mururé, R\$ 20,00 a garrafinha (...) serve para reumatismo, osteoporose, artrite, artrose, tudo que é problema nas juntas ele é bom (...) Unha de gato (casca) saí bastante também, uxi-amarelo (casca), copaíba (seiva), andiroba e sangue de grada, que é o sangue de dragão (extrato de uma árvore usado no tratamento de úlceras gástricas, gastrite e feridas em geral), mas eu não sei pra quê que serve todos. Geralmente as pessoas que vêm aqui já sabem o que querem e pra quê que serve, aí eu só vendo (Rosa).*

Os produtos naturais comercializados nessa fronteira são adquiridos e/ou cultivados em propriedades rurais ou mesmo em áreas de floresta amazônica das localidades de Rio Branco e nos municípios vizinhos, inclusive em Cobija, na Bolívia.

Não há comprovação científica da ação das propriedades de muitos deles no organismo humano, no entanto, as relações sociais entre as pessoas dessa região, instituídas no passado e na atualidade, configuraram práticas cotidianas variadas, inclusive de cuidados à saúde, que extrapolam o âmbito da ciência comum, pois fazem parte da esfera dos modos de vida, da cultura local, cuja sofisticada dinâmica entrelaça os saberes, as crenças, as práticas e os costumes dessas populações fronteiriças.

No trabalho de campo nos municípios de Assis Brasil e Brasileia, novamente foi possível observar a expressiva contribuição das ações de saúde desenvolvidas pela Pastoral da Criança. Suas líderes visitam, mensalmente, as famílias com gestantes e crianças até 06 anos para acompanhamento das condições de saúde, além disso, fabricam e distribuem a Multimistura, suplemento alimentar artesanal que é entregue gratuitamente, sobretudo, às mães de crianças com baixo peso. Em cada município são verificadas variações na composição da Multimistura, seguindo princípios nutricionais e também de acessibilidade aos ingredientes. A Multimistura local contém: folhas de macaxeira (mandioca) secas, farelo de arroz e cascas de ovos caipiras. Esses ingredientes são liquidificados e podem ser consumidos combinados ao leite da mamadeira e/ou nas demais refeições. A quantidade recomendada é de uma colher de chá por dia para bebês, essa quantidade é aumentada conforme o peso da pessoa.

Outro produto fabricado pelo coletivo da Pastoral da Criança é o xarope contra tosse, gripe e resfriado, composto natural de: alho, cebola, corama, gengibre, folha de manga, laranja, mastruz, hortelã, limão, mangará da banana, graviola, casca de jatobá, vick e açúcar cristal.

As atividades da Pastoral da Criança, especialmente a fabricação e distribuição da Multimistura e do xarope, além das orientações alimentares para consumo de produtos regionais frescos estimulam a utilização de produtos naturais para manutenção ou restabelecimento do estado de saúde. Do mesmo modo, fomentam a prática do cultivo de plantas medicinais e outros produtos naturais uma vez que os ingredientes, sobretudo em Assis Brasil, são adquiridos nos quintais das líderes e famílias cadastradas ou nas colônias adjacentes.

O fortalecimento dessa cultura de cultivo e utilização de produtos naturais regionais ainda contribui para a preservação e disseminação de espécies vegetais amazônicas, mantendo um acervo amplo de princípios ativos que ainda não foi totalmente apreciado pela ciência comum. Igualmente, reforça relações e práticas sociais que organizam e dão

dinâmica ao cotidiano desses agentes fronteiriços, contribuindo para que se (re)apropriem constantemente do espaço em que vivem e negociem sua atuação na sociedade.

A cultura popular amazônica configurou-se como uma vertente da cultura brasileira, entretanto, apresenta em seu âmago adequações locais determinadas pelas “formas adaptativas às condições ecológicas e de produção, além da preexistência de culturas autóctones, o que gerou peculiaridades determinadas por sua própria história” (SANTOS, 2000).

### 3.3. “ISSO QUE DEU NELA FOI QUEBRANTO”: CRENÇA NA CURA POR MEIO DE REZADORES

O setor popular de assistência à saúde, que abrange formas de cura sagradas e/ou seculares mediadas por curandeiros, é especialmente presente em sociedades não-industrializadas. A maioria dos curandeiros populares participam dos mesmos valores culturais fundamentais e da mesma forma de ver o mundo das comunidades onde moram, inclusive as crenças sobre a gênese, o significado e a terapêutica da ausência de saúde (HELMAN, 2003).

Moradores dos municípios estudados e pessoas procedentes das comunidades vizinhas procuram nos rezadores a possibilidade de cura ou alívio pelo mágico, mantendo esse fenômeno na cultura e no imaginário amazônico. O processo de rezar para e pela saúde e bem estar do outro, é prática usual nas localidades e emergem do saber caboclo, indígena e africano, expressado nas crenças, habilidades e conhecimentos dos rezadores, acreditando que podem curar ou ser uma mediação para a cura, correspondido pela crença de quem busca esse recurso para si, ou para terceiros.

*Quando eu sei que vou rezar em alguém, vem na minha cabeça uma oração, que se você me perguntar agora como é, eu não sei (...) qualquer doença pode ser curada com reza, mas eu tenho que pegar um compromisso com essa pessoa. Um compromisso de rezar quantas vezes for preciso (Antonio, 78 anos, morador e rezador em Assis Brasil, aposentado).*

Os estados mórbidos tratados pelos rezadores incluem males físicos (feridas, afecções respiratórias, fraqueza, dores em geral) e espirituais (quebranto, mau-olhado). As crianças geralmente são levadas a um rezador por motivo de *quebranto, vento caído, mau-olhado* e *susto*, casos em que, geralmente, basta a reza. Os adultos procuram os rezadores, especialmente, por motivo de *peito aberto, espinhela caída, dor de cabeça, dor de dente e dores em geral*, e quando a pessoa tá *atoando* (agitado, ideias confusas), *que é encosto*

*mesmo! aí usa o cigarro e reza. Graças a Deus que eu posso fazer esse trabalho* (Marileide, 52 anos, brasileira, indígena da etnia Manchineri, moradora e rezadeira em Assis Brasil).

O *quebranto* foi um estado de doença frequentemente mencionado pelos moradores desses municípios amazônicos. Pode acometer pessoas de qualquer idade, entretanto, geralmente incide em crianças pequenas que passam a apresentar vômitos, inapetência (*fastio*), apatia e tônus muscular diminuído. O *quebranto* seria causado, propositalmente ou não, por *mau olhado* de alguém, uma espécie de emanção de energia contraproducente motivada por inveja, cobiça, raiva ou mesmo por um desequilíbrio, determinado, por exemplo, pela fome.

*Isso que deu nela foi quebranto. Às vezes é até os de casa que botam quebranto na criança, sem querer. Às vezes a pessoa chega em casa com muita fome, aborrecida, com raiva e quando coloca os olhos na criança, pronto!* (José Branco, 73 anos, brasileiro, morador e rezador em Rio Branco, aposentado).

*Quando eu morava no seringal sempre ouvi dizer que quando chegar alguém na sua casa, primeiro, antes de tudo, deixa a pessoa esfriar o corpo, oferece um café, uma água, pra aplacar a fome, passado um tempo é que vai apresentar uma criança pra ela, principalmente se for menino novo. (...) É, tem gente que saí da sua casa e murcha até planta, chega até a matar a planta. Tem delas que nem sabe que é assim, é da pessoa mesmo* (Iracema, 64 anos, brasileira, moradora em Brasileira, aposentada).

Pode haver a associação entre rezas e uso de produtos naturais (assa-peixe, gengibre, raiz de sapé, folhas de manga e de graviola, dentre outros) em forma de chá e de *lambedor* (espécie de xarope composto de plantas e seivas), ou ainda a combinação desses recursos com a medicina biomédica. Observou-se também o uso de plantas na forma de cigarro com tabaco, onde a fumaça é lançada no doente durante a reza.

Nas comunidades do rio Acre/Purus apreendeu-se que a busca por rezadores é definida pelo tipo de doença – as “doenças do espírito” são, majoritariamente, tratadas com rezas – ou ainda como uma alternativa à carência de serviços públicos de saúde. Se houvesse assistência médico-hospitalar e medicamentos acessíveis a todos, o recurso do rezador resistiria, fundamentalmente, premido pelo imaginário cultural e religioso, no atendimento às enfermidades espirituais (SANTOS, 2000).

No processo de cura por meio de rezadores o número de vezes que se reza tem relação com a gravidade do caso, quanto mais grave maior número de vezes se deve rezar sobre a pessoa, às vezes, em sessões por vários dias. Geralmente são ditas palavras de cunho religioso ou mesmo frases ininteligíveis, repetidas enquanto durar a reza, que costuma ser de alguns minutos. Compõe também o ritual de cura a utilização de

determinadas partes de plantas (ramos ou folhas) que são movimentadas sobre o corpo do paciente ou, por vezes, utilizadas para aspergir água limpa ou água com sal.

Alguns cuidados podem ser recomendados pelos rezadores aos doentes depois da reza como parte do processo de cura: beber um cozimento de pinhão roxo; não tomar mais banho naquele dia; evitar comer comida *remosa* (carne de animais caçados, carne de porco/pato/jabuti, peixe de couro, dentre outros), pois esses produtos exacerbariam os processos inflamatórios.

Na concepção popular dominante das comunidades amazônicas existe uma intensa relação entre enfermidade e alimentação. Um alimento pode ter uma propriedade capaz de demorar a cura ou provocar doença. As carnes de caça e de peixe consideradas “remosas”, por exemplo, podem ser proibidas durante determinados tratamentos (SANTOS, 2000).

O que se observa nessas práticas é uma articulação singular entre a biologia, a ecologia e o cultural, fatores indissociáveis na paisagem amazônica que coloca uma questão para os que ali não vivem, sobre a necessidade de refletir e não dissociar homem da natureza, na produção da cultura.

## 4. CONCLUSÕES

As mobilidades e as sociabilidades estudadas expressam a capacidade de adaptação às circunstâncias de origem histórica, ambiental, política, econômica e sociocultural, e são inerentes à construção do cotidiano, sendo orientadas pelos imperativos de atendimento às necessidades sociais, dentre eles os de cuidados para restabelecimento da saúde. Os *esquemas de ação* demonstram que os espaços da área estudada se nutrem e se complementam, sem que isso represente uma configuração sempre harmônica, ao contrário, se imiscuem também nas relações sociais as ideias pré-concebidas contra o “outro”, que pode ser de outra nacionalidade, mas também portador de outro universo simbólico e de significações como os indígenas amazônicos.

A assistência em serviços médicos, a utilização de produtos naturais e a crença na cura através de rezadores referem-se aos *esquemas de ação* exercidos pelos moradores locais, relacionados à procura de alívio ou resolução da enfermidade. Essas formas de usar e se apropriar do espaço e dos recursos são orientadas pela lógica da acessibilidade e da eficiência: dos serviços de saúde, independente de pertencerem ao seu território natal; dos

produtos naturais e dos rezadores, na ausência de serviços de saúde ou se os que existem não oferecem resolutividade a determinados agravos.

Nessa conjuntura, principalmente as classes mais populares ficam sujeitas à própria capacidade adaptativa, engendrando, dessa forma, as solidariedades cotidianas e a produção de novos saberes pela combinação de conhecimentos, práticas e técnicas com diferentes procedências, construindo suas redes de referências.

O emprego de produtos naturais e a crença na cura através dos rezadores representam *estratégias* e *táticas* que articulam a cultura nordestina (híbrida de conhecimentos de populações tradicionais, de portugueses e outros europeus, africanos e indígenas), a cultura indígena autóctone e a dos demais povos tradicionais da floresta amazônica. Como esses saberes não conhecem limites geográficos permeiam os municípios brasileiros, peruanos e bolivianos, e, assim como a utilização de serviços de atenção à saúde, são resultado da articulação das diversas identidades culturais e conjunto de experiências.

O entendimento do cotidiano da fronteira Brasil, Peru e Bolívia nos proporciona conceber essa zona de trocas materiais e simbólicas como um espaço que necessita ser pensado em suas especificidades. Conhecer a realidade vivida pelos agentes locais pode subsidiar políticas públicas, especialmente, as de saúde, tornando-as mais próximas das legítimas necessidades das populações fronteiriças, com efetivo controle de agravos e acesso à atenção à saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

ACRE. Secretaria de Estado de Planejamento do Acre. **Acre em números 2011**. Rio Branco: Secretaria de Estado de Planejamento do Acre, 2011.

BADKE, M.R; BUDÓ, M.L.D; ALVIM, N.A.T; ZANETTI, G.D; HEISLER, E.V. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto & Contexto Enfermagem**., v. 21, n. 2, p. 363-70, 2012.

BADKE, M,R; BUDÓ, M.L.D; SILVA, F.M; RESSEL, L.B. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**., v.15, n. 1, p. 132-9, 2011.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. 1. Artes de fazer. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GAGNON, A.J; CARNEVALE, F; MEHTA, P; ROSSEAU, H; STEWART, D.E. Developing population interventions with migrant women for maternal-child health: a focused ethnography. **BMC Public Health.**, v. 13, n. 471, 2013.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 8ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.

GIOVANELLA, L; GUIMARÃES, L; NOGUEIRA, V.M.R; LOBATO, L.V.C; DAMACENA, G.N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 23, n. 2, p.251-66, 2007.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Acre – Assis Brasil. 2010. Acesso em 29 maio 2019. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ac>>.

MAGNANI, J.G.C. A rua quinze, de praça a praça: um exercício antropológico. **Núcleo de Antropologia Urbana**. 1991. Acesso em: 30 maio de 2013. Disponível em: <<http://www.n-a-u.org/magnaniruaquinze.html>>.

PESSÔA, I.N; VASCONCELLOS, M.P. Aproximações do cotidiano de pessoas com Hepatite B. **Revista Enfermagem UERJ.**, v. 21, n.3, p. 343-8. 2013.

SANTOS, F.S.D. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. **História, Ciência, Saúde.**, v. 6, p. 919-39, 2000.

SIVIERO, A; DELUNARDO, T.A; HAVERROTH, M; OLIVEIRA, L.C; MENDONÇA, A.M.S. Plantas medicinais em quintais urbanos de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais.**, v. 14, n. 4, p. 598-610, 2012.

SOUZA, C.A.A. **História do Acre: novos temas, nova abordagem**. 3ª ed. Rio Branco: Carlos Alberto Alves de Souza, 2006.

VÍCTORA, C.G; KNAUTH, D.R; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.



## PERFIL SOCIOECONÔMICO E O USO DO SERVIÇO PELOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RIO BRANCO – ACRE: CONTRIBUIÇÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL

Eveline Penedo da Silva<sup>1</sup>, Géssica Moura Lima<sup>1</sup>, Isabela Nogueira Pessôa<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Neste trabalho buscamos descrever o perfil socioeconômico e o uso do serviço pelos usuários do CAPS ad de Rio Branco – Acre, admitidos no ano de 2016, e analisar as implicações desta clientela para o desenvolvimento da assistência de enfermagem em saúde mental, com enfoque para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool. Trata-se de estudo descritivo, cujos dados foram coletados através de um instrumento desenvolvido para este fim, com base na ficha de admissão dos clientes. Foram coletadas informações de 473 prontuários. Verificou-se que a maioria dos participantes da pesquisa eram: homens, entre 16 e 20 anos, solteiros, com ensino fundamental incompleto, que possuíam filhos, desempregados, sem renda familiar, cuja principal substância de uso é o álcool; em relação ao atendimento no serviço, procuraram acolhimento, de forma espontânea, e geralmente acompanhados, iniciaram o uso de substância psicoativa entre 10 a 15 anos, fazem uso das substâncias diariamente e não realizaram anteriormente tratamento e/ou internação devido ao abuso da substância psicoativa. A assistência de enfermagem proposta visa a prevenção dos casos de abuso de substâncias psicoativas na adolescência, o incentivo à educação e a autonomia dos pacientes, tendo em vista o modelo psicossocial. Neste sentido, destaca-se o trabalho na lógica intersetorial, contemplando as escolas, órgãos de cidadania, justiça e assistência social.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem, Alcoolismo e Saúde mental.

### ABSTRACT

In this paper we seek to describe the socioeconomic profile and use of the service by CAPS ad users from Rio Branco - Acre, admitted in the year 2016, and analyze the implications of this clientele for the development of nursing care in mental health, focusing on people with necessities arising from the use of alcohol. It is a descriptive study, whose data were collected through an instrument developed for this purpose, based on the admission form of the clients. Information from 473 medical records was collected. It was verified that the majority of the participants of the research were: men between 16 and 20 years old, unmarried, with incomplete elementary school, who had children, unemployed, without family income, whose main substance is alcohol; in relation to the service, spontaneously

sought care and generally followed up, began to use the psychoactive substance between 10 and 15 years of age, use substances daily and did not previously perform treatment and / or hospitalization due to the abuse of the psychoactive substance . The proposed nursing care aims to prevent cases of abuse of psychoactive substances in adolescence, the incentive to education and the autonomy of patients, in view of the psychosocial model. In this sense, we highlight the work in the intersectoral logic, contemplating the schools, organs of citizenship, justice and social assistance.

**Keywords:** Nursing Care, Alcoholism and Mental health.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a história da assistência às pessoas com problemas mentais tem início com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, em 1852, pelo o imperador Dom Pedro II. A partir disso, foram criadas várias instituições de modelo hospício em todo o país, chegando-se até cogitar o desenvolvimento de colônias asilares. Embora ineficiente, o modelo asilar se perpetuou por várias décadas, somente na década de 1970 teve início o processo da chamada reforma psiquiátrica brasileira, paralelo ao período de redemocratização do país (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; AMARANTE, 2012).

A partir de denúncias realizadas pelos profissionais de saúde que trabalhavam nas instituições psiquiátricas, relatando as diversas violências que os pacientes dessas instituições sofriam, teve início uma organização social pela saúde mental em favor da dignidade das pessoas com diagnóstico psiquiátrico. O primeiro movimento social nessa direção foi denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; AMARANTE, 2012).

O MTSM fomentou a organização da sociedade rumo a reforma psiquiátrica com atividades como o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ambos em 1978. Após vários eventos que alimentaram a discussão sobre uma assistência à saúde mental mais digna, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, cujo centro do debate foi a criação de uma nova legislação com uma reflexão profunda sobre o modelo centrado na hospitalização, até então em vigor. Fortaleceu-se, então, a discussão sobre o desenvolvimento de serviços extra hospitalares e o movimento nacional de luta antimanicomial (AMARANTE, 2012).

Seguindo o raciocínio dos serviços extra hospitalares, em 1987, foi criado em São Paulo, o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, denominado de Centro de

Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, ficando conhecido como CAPS (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; AMARANTE, 2012).

Os CAPS constituem uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Destinam-se a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é procurar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004b).

Existem diversas modalidades de CAPS, quais sejam: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad. Este último é direcionado para assistir aos indivíduos que sofrem com a dependência do álcool e/ou outras substâncias psicoativas. Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento da terapêutica dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitando ainda intervenções preventivas, limitando o estigma associado ao tratamento (BRASIL, 2004b).

Os CAPS são regulamentados através da portaria n.336/2002, tendo como objetivo funcionar junto a uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2004b; AMARANTE, 2012). Devem seguir a lógica da lei da reforma psiquiátrica n.10.216/2001, cujo objetivo é ampliar os espaços de atenção às pessoas com transtornos mentais, com a finalidade de inclusão social e garantindo seus direitos (ZURITA et al., 2013).

Neste contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada mais recentemente, pela portaria nº 3088/2011, oferta assistência a pessoas que possuem transtornos mentais e são usuários de crack, álcool e/ou outras drogas. Dentre seus princípios e diretrizes, o que mais se destaca é a Redução de Danos (RD), que objetiva a prevenção do uso indevido de drogas, com ações que minimizam os riscos aos indivíduos, bem como contribuem para terem suas escolhas mais conscientes, sem que, necessariamente, parem o uso das substâncias (BRASIL, 2008).

A inserção do enfermeiro no CAPS representa uma assistência inovadora, sendo responsável por ajustar a atenção psicossocial e contribuir para a articulação intersetorial, utilizando técnicas mais humanizadas e mais próximas das reais necessidades dos usuários, considerando sempre o contexto social dos indivíduos (FERNANDES et al., 2012).

Nessa direção, acreditamos que ao identificarmos o perfil dos clientes atendidos em um CAPS Ad, pode-se aprimorar os cuidados de saúde ofertados, além de ampliarmos o conhecimento da assistência de enfermagem, pois a atuação do enfermeiro neste ambiente é relativamente recente. Dessa forma, poder-se-á desenvolver cuidados de enfermagem mais condizentes com as características da clientela, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Logo, o objetivo desse estudo é descrever o perfil socioeconômico e o uso do serviço pelos usuários do CAPS ad de Rio Branco – Acre, admitidos no ano de 2016, e analisar as implicações desta clientela para o desenvolvimento da assistência de enfermagem em saúde mental, com enfoque para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas - CAPS Ad III do município de Rio Branco, Acre, dispositivo considerado referência na assistência a usuários de álcool e outras drogas para todo o estado do Acre.

Os dados foram coletados através de um instrumento desenvolvido para este fim, com base na ficha de admissão dos usuários. Tendo como referência base o livro de admissão, que contém os registros dos prontuários dos usuários admitidos, foram coletadas informações de 473 prontuários gerados no ano de 2016. Posteriormente, as informações foram armazenadas em uma planilha no Excel, pelo o sistema Windows 8.1, e analisadas à luz dos objetivos do estudo.

Foram coletadas informações de todas as fichas de admissão dos clientes admitidos no ano de 2016, de ambos os sexos e de todas as faixas etárias. A coleta foi realizada no período de 01/11/2017 a 04/12/2017, pelas autoras deste trabalho.

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto intitulado “O cuidado em saúde no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras drogas – CAPS AD III”, de autoria da Dr<sup>a</sup> Rozilaine Redi Lago, docente da Universidade Federal do Acre. O projeto principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, parecer nº 558.009/2014.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 473 prontuários, referentes ao total das admissões realizadas no CAPS AD de Rio Branco no ano de 2016.

Dentre os pacientes admitidos houve predomínio de pessoas do sexo masculino (79,5%, n=376). Quanto a faixa etária a maioria se encontrava entre 16-20 anos (22,6%, n=107). Em relação ao estado civil, a maioria estava solteiro (61,9%, n= 293). A respeito da escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (40,7%, n= 190).

Quanto a possuir filhos, a maior parte respondeu afirmativamente (51,8%, n=245). Em relação a situação empregatícia foi constatado que a maioria não possuía vínculo empregatício (62,4%, n=295), tendo uma relação direta com a ausência de renda familiar, para mais de 1/3 da amostra (35,5%, n= 168), ou desse dado ter sido ignorado no ato da admissão (37%, n=175), conforme tabela 1.

**Tabela 1.** Perfil socioeconômico da população em estudo. Rio Branco/AC-2016.

Características socioeconômicas	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	97	20,5
Masculino	376	79,5
<b>Faixa etária</b>		
10-15	25	5,3
16-20	107	22,6
21-25	53	11,2
26-30	73	15,5
31-35	63	13,3
36-40	52	11
41-45	39	8,2
46-50	25	5,3
51 e mais	36	7,6
<b>Estado civil</b>		

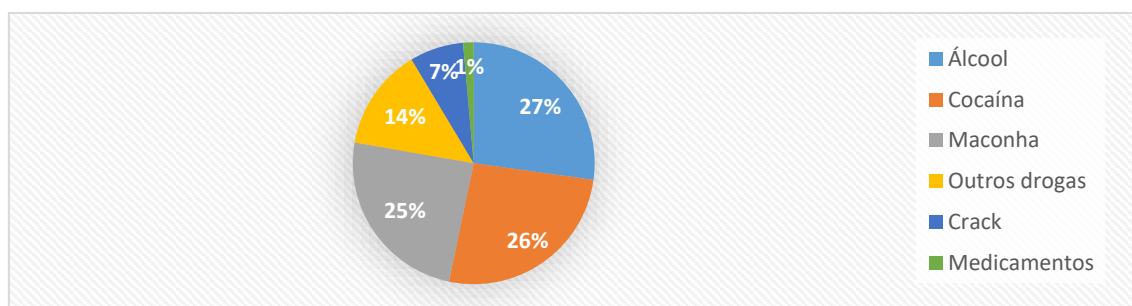
Solteiro	293	61,9
Casado	115	24,4
Divorciado	40	8,5
Viúvo	4	0,84
Dado em branco	21	4,4
<hr/>		
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	18	3,8
Fundamental Incompleto	190	40,7
Fundamental Completo	53	11,2
Ensino Médio Incompleto	<b>88</b>	<b>18,6</b>
Ensino Médio Completo	77	16,8
Superior Incompleto	18	3,8
Superior Completo	12	2,5
Dado em branco	17	3,5
<hr/>		
<b>Filhos</b>		
Sim	245	51,8
Não	192	40,6
Dado em branco	36	7,6
<hr/>		
<b>Situação empregatória</b>		
Empregado	100	21,1
Desempregado	295	62,4
Dado em branco	78	16,5
<hr/>		
<b>Renda familiar</b>		
Sem renda	168	35,5
Inferior a 1 salário mínimo	51	10,8
1-2 salários mínimos	60	12,7
3-4 salários mínimos	14	2,9

<b>5 ou mais salários mínimos</b>	5	1,05
<b>Dado em branco</b>	175	37

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Sobre os dados relacionados ao tipo de substância psicoativa que faz uso a principal indicada é o álcool (27%, n= 269), seguido pela cocaína (26%, n= 258), maconha (24%, n= 242), outras drogas - tabaco, merla, heroína, LSD e êxtase – (14%, n=135), foram agrupados, pois obtiveram representações pequenas, quando separados, crack (7%, n= 71) e medicamentos (1%, n=14). Acompanhe a figura 1. Portanto, percebe-se que os participantes dessa pesquisa fazem uso concomitante de substâncias.

Em relação as características clínicas constam: procedência do indivíduo, que em sua maioria apresenta demanda espontânea (38,5%, n=182), hospitalar (10,3%, n= 49), extra hospitalar- consultório de rua, centro pop, creas, cras, albergue, casas terapêuticas e demanda judicial (16%, n= 76), sendo que 1/3 das fichas de admissões ficaram sem preenchimento para esse dado (35,2%, n= 166).



**Figura 1** – Distribuição dos usuários do CAPS AD, Rio Branco/AC – 2016, quanto ao uso das principais substâncias psicoativas.

Ao iniciar o tratamento, constatou-se que a maioria era acompanhada por familiares (55,8%, n= 264). Quanto ao início de uso das substâncias psicoativas, predominou a faixa etária de 10-15 anos (41,2%, n= 195), e em relação a frequência de consumo, fazem uso diariamente (58,9%, n=279). Quanto a realização de tratamentos anteriores, predomina a não realização (58%, n=275), bem como internações hospitalares, os quais a maioria relatou não ter realizado (58,5%, n=277). Vejamos a Tabela 2.



**Tabela 2.** Distribuição das características clínicas da população em estudo no Caps - AD. Rio Branco/AC-2016. n=473

Características Clínicas	N	%
<b>Procedência do indivíduo</b>		
Demanda espontânea	182	38,5
Hospitalar	49	10,3
Extra hospitalar	76	16
Dado em branco	166	35,2
<b>Acompanhado no ato da admissão</b>		
Sim	264	55,8
Não	126	26,6
Dado em branco	83	17,6
<b>Faixa etária que iniciou a usar substâncias psicoativas</b>		
Inferior a 10	15	3,1
10-15	195	41,2
16-20	106	22,3
21-25	31	6,5
26-30	19	4
31-35	15	3,8
36-40	14	2,8
41-45	4	0,8
46-50	1	0,2
51 e mais	1	0,2
Dado em branco	72	15,1
<b>Frequência de consumo</b>		
Diário	279	58,9
Semanal	89	18,9
Ocasional	10	2,1
Dado em branco	95	20,1
<b>Tratamentos anteriores</b>		

<b>Realizado</b>	122	25,8
<b>Não realizado</b>	275	58
<b>Dado em branco</b>	76	16,2
<hr/>		
<b>Internações hospitalares</b>		
<b>Sim</b>	127	26,8
<b>Não</b>	277	58,5
<b>Dado em branco</b>	69	14,7

Fonte: Elaborado pelas autoras.

### 3.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS

Ao analisarmos a população em estudo verificamos a predominância dos usuários do sexo masculino. A literatura aponta que as mulheres procuram menos esse tipo de tratamento que os homens, situação relacionada ao papel da mulher na sociedade e ao estigma social associado ao consumo deste tipo de substância, pois ao aderir ao tratamento está expondo o seu adoecimento perante a sociedade (PEIXOTO et al, 2010).

A faixa etária entre 16 e 20 anos foi a de maior prevalência entre os pacientes admitidos, estando relacionada diretamente com a faixa etária de início do uso de substâncias psicoativas, sendo prevalente entre os 10 a 15 anos. Percebe-se que há uma sequência entre as faixas etárias. O consumo de substâncias psicoativas na adolescência tem um impacto em outros aspectos da vida da pessoa, fazendo com que procurem tratamento na idade adulta, quando há uma percepção desse impacto em decorrência do consumo (CAPISTRANO et al, 2013).

Há outra característica que pode ser relacionada ao uso de substâncias psicoativas em idade precoce, sendo associado a escolaridade, observou-se que a maioria possui o ensino fundamental incompleto, o que corrobora com os estudos realizados no Piauí e no Paraná (FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012; OLIVEIRA et al, 2017). O nível da escolaridade destes pacientes pode ter relação com a dificuldade na aprendizagem, em consequência do consumo de substâncias, como o álcool por exemplo (BRASIL, 2004a).

Quanto a situação conjugal, houve predomínio dos solteiros, o que é confirmado por outro estudo, realizado também no Piauí, onde 50,2% deles afirmaram serem solteiros (MONTEIRO et al, 2011). Esse dado pode estar relacionado com danos psicossociais, tais

como: a instabilidade do vínculo familiar e em outras áreas da vida dos indivíduos em decorrência do abuso dessas substâncias (HALPERN, 2001). Em relação aos filhos, predominantemente, relataram possuir filhos, o que corrobora com outro estudo publicado acerca do tema, onde 54,7 %, relataram possuírem filhos, mesmo não tendo uma relação conjugal estável (FREITAS; SILVA; ARAÚJO, 2012).

O nível da escolaridade dos indivíduos tem um forte impacto sobre o âmbito profissional/empregatício, tendo uma relação intrínseca com a sua renda familiar. A maioria dos pacientes afirmaram estarem desempregados, o que corrobora com o estudo realizado no Paraná, no qual 45,4% relataram essa situação (OLIVEIRA et al, 2017), e com outro estudo realizado no Acre, neste 73% relataram que não trabalhavam (AZEVEDO et al, 2017). O baixo nível de instrução desses pacientes resulta em pouca qualificação profissional para se inserirem no mercado de trabalho, contribuindo para que não tenham renda familiar, como ficou constatado neste estudo. Além de acentuar o contexto de vulnerabilidade sociocultural e econômica dessas pessoas, o que pode beneficiar o envolvimento com a criminalidade para obtenção de recursos financeiros para custear o consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas (CAPISTRANO et al, 2013).

Quanto aos tipos de substâncias psicoativas utilizadas, o mais prevalente foi o álcool, resultado alinhado com o estudo do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas no qual ficou constatado que, 22% da amostra, relatou ter experimentado álcool com menos de 15 anos. Percebe-se que quase 25% da população do estudo experimentou o álcool em idades mais precoces, tanto entre homens quanto entre as mulheres, bem antes da idade legal, quando há permissão para o consumo (LARANJEIRA et al, 2012). Tal precocidade pode ser explicada pelas crenças dos pais desses adolescentes, que muitas vezes consideram o álcool como parte do âmbito familiar, e não como uma droga perigosa (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

Em relação a procedência do usuário, a maioria dos usuários procuram o serviço por demanda espontânea, alinhado com estudo realizado entre 2010-2012, dos 645 casos atendidos no Rio de Janeiro, 63% procuraram o serviço por demanda espontânea. No ato de ser admitido, para iniciar o tratamento, os usuários estavam acompanhados (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

Quanto à frequência do uso das substâncias psicoativas, o uso diário foi predominante, o que corrobora com o estudo realizado no Paraná no qual foi identificado que 95,7 % dos participantes utilizam na mesma frequência (OLIVEIRA et al, 2017) e no estudo desenvolvido no Piauí, verificaram que 55% dos indivíduos que consomem álcool,

também o fazem uso diariamente (MONTEIRO et al, 2011). Assim, esse paciente está se expondo frequentemente aos efeitos nocivos das substâncias psicoativas.

Em relação a tratamento realizado anteriormente observou-se que a maioria não realizou nenhum tipo de tratamento ou não ficou internado no passado. Com base na literatura constatou que os clientes que não receberam nenhum tipo de assistência anteriormente são aqueles que obtiveram internações com maiores custos, pois apresentam mais complicações de saúde (CALASSA; PENSO; FREITAS, 2015). Mesmo que nesta pesquisa a parcela de usuários do CAPS AD que foram internados seja a minoria, representam um grande custo para o sistema público de saúde, além de prejuízos diversos para a vida da pessoa, de seus familiares e da comunidade.

Ao analisarmos os resultados, observamos que houve omissão de registro de informações relacionadas aos pacientes. Tal situação pode ter sido causada por: omissão de informação por parte do usuário; falta de capacitação dos profissionais para realizar a escuta inicial; ou contingente de profissionais insuficiente para a realização do acolhimento adequado aos pacientes.

### 3.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO MULTIPROFISSIONAL

Diante do perfil identificado, ações e estratégias podem ser discutidas/desenvolvidas pela equipe multiprofissional, de modo a contribuir com a abordagem psicossocial, o que inclui a equipe de enfermagem. A assistência de enfermagem deve ser desenvolvida centrada nas necessidades identificadas e atender ao modelo psicossocial, no qual o objetivo é a autonomia e desenvolvimento do indivíduo em tratamento, fazendo com que a pessoa tenha melhor qualidade de vida e vínculos sociais (MONTEIRO, 2006).

Nessa direção, as ações a serem elaboradas e desenvolvidas devem envolver todos os aspectos relacionados aos usuários, quais sejam:

- Sensibilização e discussão sobre as consequências clínicas e psicológicas decorrentes do uso abusivo de álcool junto aos pacientes;
- Incentivar a complementação dos estudos, por exemplo, por meio do método de Educação de Jovens e Adultos (EJA);
- Estabelecimento de parcerias entre o CAPS e centros de formação profissional, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), ampliando, desta forma, as perspectivas de futuro destes indivíduos;

- Elaboração e realização de oficinas de geração de renda, no desenvolvimento de uma economia solidária, que já é uma realidade em um CAPS em São Paulo, possibilitando a autonomia dos usuários (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011);

Ações de prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas voltadas para os adolescentes, em parceria com as Unidades da Estratégia de Saúde da Família, com atividades sobre as percepções que os próprios adolescentes possuem do uso abusivo dessas substâncias.

## 4. CONCLUSÕES

Neste estudo buscou-se descrever o perfil socioeconômico e o uso do serviço pelos usuários do CAPS ad de Rio Branco – Acre, admitidos no ano de 2016, e analisar as implicações desta clientela para o desenvolvimento da assistência de enfermagem em saúde mental, com enfoque para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool. No entanto, como ficou constatado, muitos dados solicitados não são preenchidos na ficha de admissão, dificultando uma avaliação mais precisa do perfil de usuários atendido. Importa destacar a importância de sensibilizar e capacitar adequadamente para aprimorar a qualidade da escuta e acolhimento, bem como o registro de informações.

A assistência de enfermagem proposta neste estudo visa a prevenção dos casos de abuso de substâncias psicoativas na adolescência, o incentivo à educação e a autonomia dos pacientes, tendo em vista o modelo psicossocial. Neste sentido, destaca-se o trabalho na lógica intersetorial, contemplando as escolas, órgãos de cidadania, justiça e assistência social.

Verificamos ainda algumas limitações para os nossos resultados como a abrangência do mesmo envolvendo apenas um serviço em Rio Branco-Ac e a omissão de informações em parte dos registros, o que restringiu a caracterização da população de estudo.

Entretanto, através de estudos como este, os CAPS Ad podem aprimorar a assistência prestada pela equipe multiprofissional, além de enriquecer o conhecimento na área da assistência de enfermagem em saúde mental, pois o quantitativo de publicações

científicas que tratam, especificamente, de assistência de enfermagem em CAPS Ad é reduzido, o que dificulta a discussão dessa temática.

## 5.REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. de V.C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO, A. I. de (Organizadores). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 635-655.

AZEVEDO, M.D.A.;SILVA, A.B.M. , LAGO, R.R., AZEVEDO, J.M.A. Atenção Psicossocial a mulheres que fazem uso de substâncias. **Rev Observatório de la Economía Latinoamericana, Brasil, (octubre 2017)**. Disponível em: <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/17/atencao-psicossocial-mulheres.html> <http://hdl.handle.net/20.500.11763/br17atencao-psicossocial-mulheres>>. Acesso em 01 jun 2019.

BERNARDY, C.C.F; OLIVEIRA, M.L.F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev Esc enferm USP.**, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2ª ed. Brasília. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CALASSA, G.D.B.; PENSO, M.A; FREITAS, L.G. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicol Pesq.**, v. 9, n. 2, p. 177-187, 2015.

CAPISTRANO F.C, FERREIRA A.C.Z, SILVA T.L., KALINKE L.P., MAFTUM M.A. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc Anna Nery.**, v. 17, n. 2, p. 234-241, 2013.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Organização da Assistência Psiquiátrica. In: \_\_\_\_\_. **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 13-49.

FERNANDES H.N., ESLABÃO A.D. , MAUCH L.M.I. , FRANCHINI B. , COIMBRA V.C.C. A prática do cuidado em saúde mental na atenção ao uso e abuso de álcool. **Cienc Cuid Saude.**, v.11, n.4, p.827-831, 2012.

FREITAS, R.M.; SILVA, H.R.R.; ARAUJO, D.S. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD). **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.8, n.2, p.56-63, 2012.

HALPERN, S.C. - O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar. **Pens famílias.**, v.3, p. 120-5, 2002.

LARANJEIRA, R. (Supervisão) MADRUGA C.S.PINSKY I., CAETANO R., MITSUHIRO S.S. **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2012.

MIRANDA, L; OLIVEIRA, T.F.K.; SANTOS, C.B.T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. **Psicol Cienc Prof.**, v.34, n.3, p.592-611, 2014.

MONTEIRO C.B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Esc Anna Nery.**, v.10, n.4, p.735-9, 2006.

MONTEIRO, C.F.S, FÉ, L.C.M, MOREIRA, M.A.C., ALBUQUERQUE, I.E.M., SILVA, M.G., PASSAMANI, M.C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- AD PIUAÍ. **Esc Anna Nery.**, v.15, n.1, p.90-5, 2011.

OLIVEIRA, E., OLIVEIRA, M.A.F. Oficinas terapêuticas: transformando o cuidar em um Caps Ad. **Rev Enferm UFPE.**, v.5, n.3, p.722-28, 2011.

OLIVEIRA, V.C., CAPISTRANO, F.C., FERREIRA, A.C.Z., KALINKE, L.P., FELIX, J.V.C., MAFTUM, M.A. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um Caps Ad do Sul do Brasil. **Rev. Bahiana Enfer.**, v.31, n.1, p.e16350, 2017.

PEIXOTO, C. PRADO C.H.O., RODRIGUES C.P., CHEDA J.N.D, MOTA L.B.T., VERAS A.B.. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD). **J Bras Psiquiatr.**, v.59, n.4, p.317-21, 2010.

ZURITA, R.C.M, MELO, E.C., OLIVEIRA, R.R., SANTOS, S.S.C., MATHIAS, T.A.F. Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Reflexões com base no Referencial Filosófico De Kuhn. **Rev Enfermagem UFPE.**, v.7, n.9, p.5604-10, 2013.



## EDUCAÇÃO NUTRICIONAL PARA ADOLESCENTES EM UMA CIDADE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dâmmarys Neri Dias Biazzi<sup>1</sup>, Laiane Parente de Oliveira<sup>2</sup>, Isabela Nogueira Pessôa<sup>3</sup>

1. Centro Universitário Meta, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

A educação alimentar é uma estratégia para promoção de hábitos alimentares saudáveis, sendo a escola um espaço apropriado para desenvolver tais ações. Assim, trabalhamos a problemática dos hábitos alimentares dos escolares, contribuindo para sua educação nutricional. Este estudo relata uma experiência de aprendizagem ocorrida em uma disciplina do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, realizada no segundo semestre de 2017. O trabalho, elaborado inicialmente em formato de projeto de extensão, foi baseado no modelo de pesquisa ação e posteriormente utilizou-se uma análise quali-quantitativa dos dados. Participaram 37 escolares do ensino fundamental II, com idades entre 13 a 14 anos, que cursavam o 8º ano no turno matutino. A coleta de dados sobre os hábitos alimentares e condições socioeconômicas foi feita por meio de questionário elaborado pelo Ministério da Saúde e adaptado à realidade local, e por meio da ficha de matrícula. A ação foi realizada durante quatro encontros com os alunos, com a colaboração da psicóloga e do educador físico escolar, onde desenvolvemos atividades sobre os dez passos da alimentação saudável. Foi realizada uma avaliação do conhecimento adquirido por meio da elaboração de um texto pelos próprios escolares. Verificou-se a compreensão da necessidade de uma alimentação saudável e diversificada para a saúde e o compartilhamento de tais conhecimentos com a comunidade escolar.

**Palavras-chave:** Alimentação saudável, Educação alimentar e Escolares.

### ABSTRACT

Nutrition education is a strategy to promote healthy eating habits, and school is an appropriate space to develop such actions. Thus, we work on the problem of the eating habits of schoolchildren, contributing to their nutritional education. This study reports a learning experience that took place in a discipline of the Public Health Specialization course of the Federal University of Acre in partnership with the Oswaldo Cruz Foundation - Fiocruz, held in the second half of 2017. The work, initially developed in an extension project format, was based on the action research model and later a qualitative quantitative analysis was

used. Thirty-seven primary schoolchildren, aged 13 to 14 years, attended the 8th grade in the morning shift. The collection of data on dietary habits and socioeconomic conditions was done through a questionnaire prepared by the Ministry of Health and adapted to the local reality, and the enrollment form of the respective schoolchildren. The action was carried out during four meetings with the students, with the collaboration of the psychologist and the physical school educator, where we developed activities on the ten steps of healthy eating. An evaluation of the acquired knowledge was made through the elaboration of a text by the students themselves. There was an understanding of the need for healthy and diversified health food and the sharing of such knowledge with the school community.

**Keywords:** Healthy eating, Nutrition education and Schoolchildren.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o Brasil vem passando por um período de transição nutricional, caracterizado pela queda nos índices de desnutrição e aumento das taxas de sobrepeso e obesidade. Este quadro reflete a influência da industrialização, que é marcada pelo alto consumo de alimentos processados, de baixo teor nutricional e alto valor energético em detrimento da ingestão de frutas, verduras, legumes e cereais integrais (OLIVERAS LOPEZ et al., 2006).

Uma estratégia preconizada pelas políticas públicas em alimentação e nutrição é a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), sendo fundamental para promoção de hábitos alimentares saudáveis. O interesse pelo tema no Brasil surgiu na década de 1940 e esteve relacionada à introdução de alimentos novos para população por interesses econômicos, às publicações voltadas para divulgação de materiais informativos, e à adoção de medidas as quais privilegiavam a suplementação alimentar e atividades de combate as carências nutricionais (BOOG, 1997).

A educação nutricional tem por objetivo desenvolver estratégias para impulsionar a cultura e a importância da alimentação saudável, respeitar as necessidades individuais, além de modificar atitudes, comportamentos, práticas e relações sociais que são pré-determinados em torno da alimentação. A escola destaca-se pelo seu papel de protagonista, representando um ambiente propício para o projeto de uma educação nutricional junto aos escolares (ANZOLIN et al., 2010).

As ações de promoção à saúde nas escolas devem direcionar o conhecimento, as habilidades e as ações que proporcionem o desenvolvimento de uma saúde preventiva e do autocuidado. Assim como, deve-se estimular uma reflexão sobre os valores, as

condutas, as condições sociais e o estilo de vida dos sujeitos envolvidos (GONÇALVES et al., 2008).

Nesse contexto, este estudo teve por objetivos específicos conhecer os hábitos alimentares dos escolares e fazer uma associação com o perfil socioeconômico das famílias a fim de alcançar o objetivo geral, ou seja, contribuir para educação nutricional dos alunos através da elaboração de estratégias de intervenção que visem à promoção da saúde por meio de estímulo a hábitos alimentares saudáveis.

Diante do exposto, ressalta-se a relevância acadêmica e social do tema, no intuito de colaborar para a construção de práticas educativas em alimentação e nutrição realmente eficazes.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Nosso trabalho tratou-se de uma pesquisa ação que consiste essencialmente em vincular pesquisa e ação em um único processo, onde os atores implicados participam, junto com os pesquisadores, para conhecer a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real. Simultaneamente, há produção e uso de conhecimento (THIOLLENT, 1997).

As atividades foram desenvolvidas durante uma disciplina do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, realizada no segundo semestre de 2017. O trabalho, elaborado inicialmente em formato de projeto de extensão, foi baseado no modelo de pesquisa ação e posteriormente utilizou-se na metodologia uma análise quali-quantitativa dos dados.

A coleta de dados foi realizada na Escola Presbiteriana João Calvino, os participantes foram 37 escolares do Ensino Fundamental II, com idades entre 13 a 14 anos, que cursam o 8º ano, turno matutino.

## **3. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

O procedimento de aproximação com a equipe escolar foi realizado por meio de uma visita à escola, cujo objetivo foi pactuar o projeto de extensão junto à gestão escolar, bem como conhecer a realidade local.

Assim, a presente experiência educativa desenvolveu-se conforme as seguintes etapas: no primeiro encontro desenvolvemos uma dinâmica quebra – gelo em parceria com a psicóloga da escola. Essa dinâmica consistiu em entregar balões aos alunos e pedir para enchê-los. Em seguida, a psicóloga explicou que cada balão representava um sonho e pediu para que os alunos o protegessem. Assim, quase todos os balões foram estourados pelos alunos, e isso já era o esperado. Ao fim, a psicóloga perguntou por que os estudantes estouraram os balões dos colegas, tendo em vista que ela pediu apenas para que cada um protegesse o seu. Qual o objetivo dessa dinâmica? Mostrar que podemos proteger nossos sonhos sem destruir o sonho do outro. Essa foi uma forma de aproximação com os escolares para que houvesse melhor interação conosco durante a realização da ação.

Após a dinâmica foi feita a coleta de dados sobre os hábitos alimentares e condições socioeconômicas, a qual foi avaliada por meio de um questionário, elaborado pelo Ministério da Saúde e adaptado à realidade local (Anexo A), aplicado aos escolares e pela ficha de matrícula dos respectivos estudantes.

No segundo encontro realizamos a oficina que consistia em apresentar e discutir os dez passos da alimentação saudável preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), além da distribuição de folders (Anexo B) para os estudantes, confeccionados com base nessas mesmas informações sobre alimentação.

Os dez passos da alimentação saudável são (BRASIL, 2013):

- *Primeiro:* Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia e não pule as refeições;
- *Segundo:* Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições e dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural;
- *Terceiro:* coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;
- *Quarto:* coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;

- *Quinto*: consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;
- *Sexto*: consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans;
- *Sétimo*: evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação;
- *Oitavo*: diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos;
- *Nono*: beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia e dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições;
- *Décimo*: torne sua vida mais saudável, pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo, e mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Por questão didática, optamos por apresentar primeiramente os primeiros 5 passos da alimentação saudável e em seguida, houve apresentação de um desenho animado: “Sid: alimentação saudável”, como estratégia multimídia explicativa sobre a temática, sendo utilizada como atividade de fixação do conteúdo e por fim, fizemos um jogo de perguntas. O objetivo do jogo de perguntas foi exatamente fazer algumas indagações sobre o que foi apresentado durante o encontro, bem como salientar as possíveis dúvidas dos discentes.

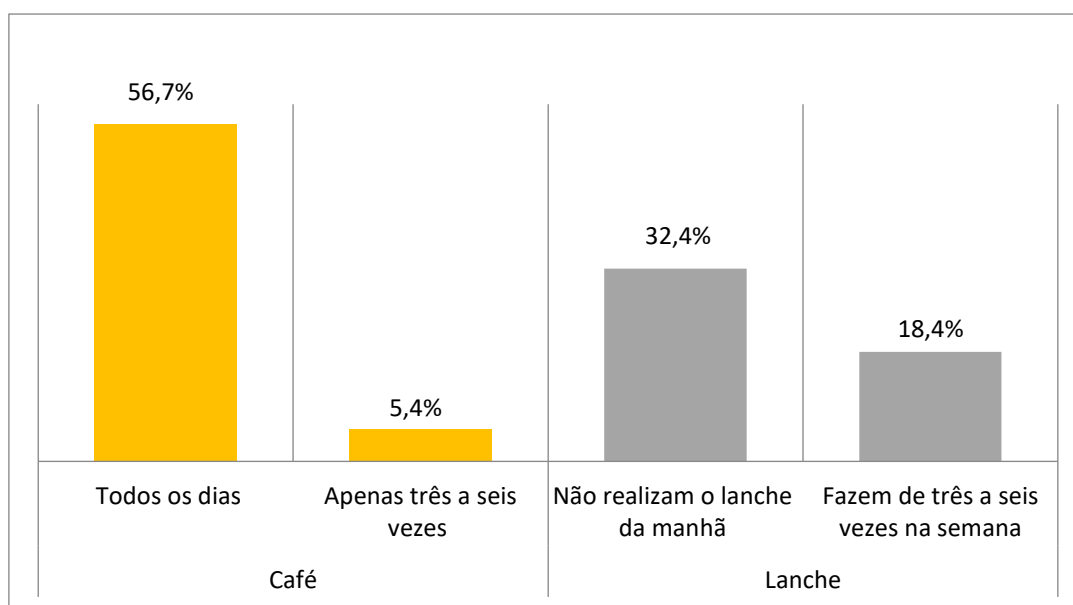
No encontro seguinte as atividades desenvolvidas foram: oficina sobre os demais passos da alimentação saudável e realização de atividade física/recreativa na quadra da escola em parceria com o educador físico da instituição. Essa atividade teve por finalidade estimular os escolares à prática da atividade física de maneira dinâmica e descontraída. E por fim, ofertamos um lanche saudável composto por frutas (banana, maçã, melão, uvas e melancia). A finalidade da oferta desse lanche foi mostrar aos alunos como as opções de alimentos saudáveis são as mais variadas possíveis e ilustrar de forma concreta o que apresentamos durante os encontros.

O último encontro foi realizado com o intuito de avaliar o conhecimento construído pelos alunos. Essa avaliação deu-se através da elaboração de textos pelos próprios escolares, em forma de relato sobre o que eles apreenderam em nossos encontros.

Os hábitos alimentares dos adolescentes foram avaliados através da aplicação de questionário preconizado pelo Ministério da Saúde, adaptado pelas pesquisadoras (Anexo A), contendo questões referentes às refeições realizadas e a frequência de consumo diário de vegetais; frutas; laticínios; leguminosas; cereais, raízes e tubérculos; carnes e ovos, e frequência de consumo semanal de doces; alimentos ricos em gordura, refrigerantes e sucos industrializados.

Os participantes informaram a idade, a qual variou entre 13 e 14 anos (57% encontravam-se na faixa etária dos 13 anos), e 54% eram do sexo feminino.

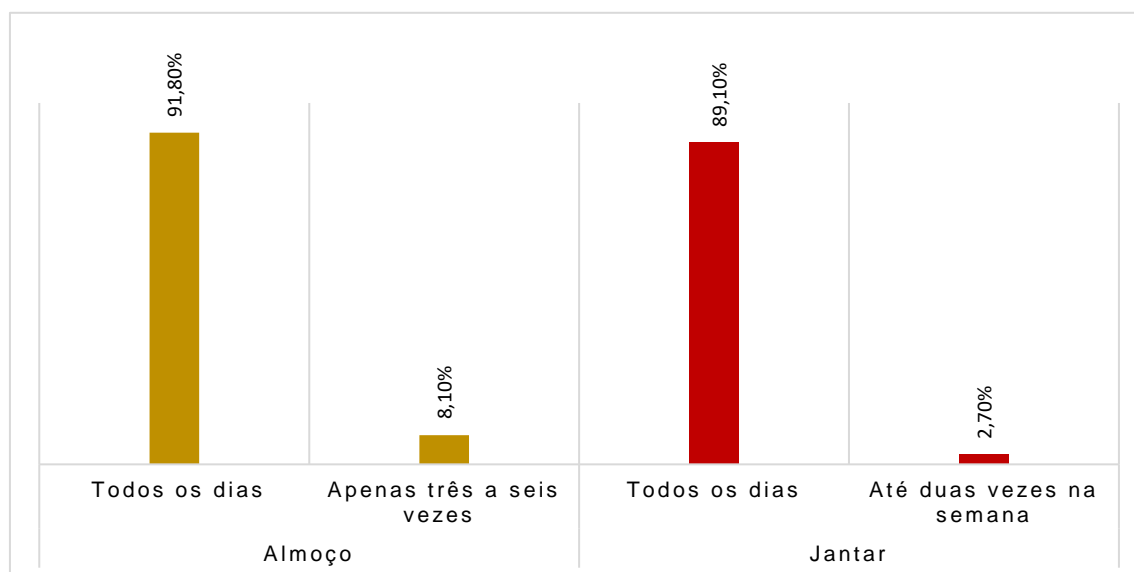
Analisando os questionários encontrou-se o seguinte resultado para a pergunta: “Com que frequência você realizou cada uma das refeições?” (Figura 1):



**Figura 1.** Realização das refeições café e lanche da manhã.

Cabe destacar que a omissão do café da manhã não é vista como uma atitude positiva para a saúde, sendo possível relacioná-la com consequências prejudiciais. O não consumo de café da manhã apresenta relação com aumento do consumo de lanches calóricos (ricos em carboidratos e gorduras), inviabilização da elevação da glicemia aos níveis necessários às atividades matinais e favorecimento de uma possível deficiência de cálcio (OLIVEIRA; COSTA; LAUS, 2012).

A figura 2 apresenta o padrão de realização das refeições entre os adolescentes. O almoço foi à refeição mais realizada, seguida pelo jantar.



**Figura 2.** Realização das refeições almoço e jantar.

De acordo com estudo realizado por Leal et al (2010) sobre consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, constatou-se que um terço deles substituiu o almoço ou o jantar por algum lanche. Sendo assim, divergindo dos dados encontrados na frequência alimentar dos estudantes da escola João Calvino.

Estudo realizado com 228 adolescentes matriculados em uma escola pública de Ilhabela-SP também demonstrou resultados semelhantes, com realização de café da manhã (79%), almoço (93%) e jantar (94%) pela maioria dos entrevistados e menor ocorrência de lanches intermediários (RAMOS; SANTOS; REIS, 2013).

Por sua vez, para a pergunta: “Onde você realizou na maioria das vezes tais refeições?”, 67,5% responderam tomar o café da manhã em casa, 89,18% almoçam e jantam em casa, conforme dados da tabela 1. Esse cenário nos mostra a importância dos hábitos alimentares adquiridos em casa, tendo em vista que a grande maioria das refeições dos escolares é feitas no lar, como mostrado a tabela 1.

Corroborando com os achados da nossa pesquisa, estudo realizado em São Paulo sobre o padrão de refeições realizadas por adolescentes que frequentam escolas técnicas, mostrou que a maioria dos adolescentes relatou realizar as principais refeições em casa (88% café da manhã, 91% almoço e 96% jantar) (ARAKI et al, 2011).



**Tabela 1** – Distribuição dos escolares segundo local e frequência que fazem as refeições.

	Café da Manhã	Almoço	Jantar
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Local</b>			
Casa	25 (67,5%)	33 (89,18%)	33 (89,18%)
Escola	2 (5,4%)	0	0
Restaurante/Lanchonete	1 (2,7%)	4 (10,8%)	3 (8,1%)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Com relação aos lanches, a maioria dos alunos relataram lanchar na escola, 43,2% relatou trazer o lanche de casa, 32,4% comprou na cantina e 18,9% referiu não lanchar.

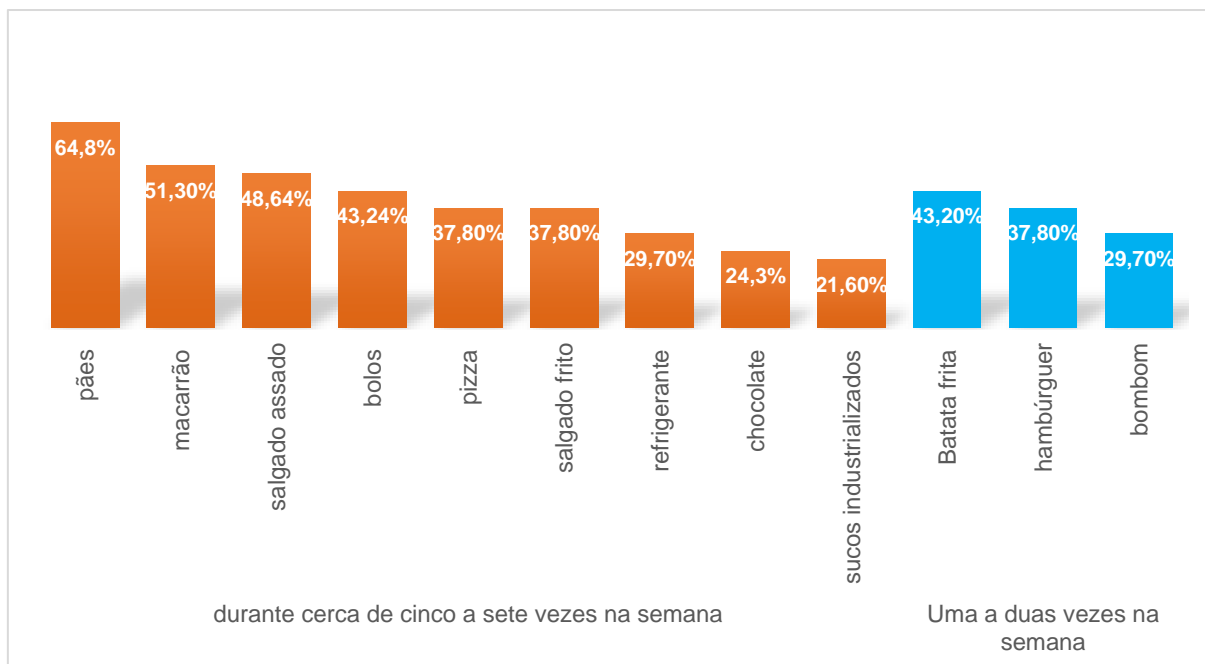
Alguns dados interessantes dizem respeito a como os escolares se classificam e como classificam seus pais em relação ao peso. Respondeu está muito gordo um total de 2,7% dos alunos, 16,2% se considera gordo, 51,3% classifica-se como normal e 29,7% magros. As mães foram classificadas como gordas, normais e magras, no quantitativo de 13,5%, 70,27% e 13,5%, respectivamente. Já os pais, 2,7% foram considerados muito gordos, 27% gordos, 54% magros e 2,7% muito magros.

Para a pergunta “Você acha que come em excesso, muito, normal ou pouco”, os valores encontrados foram 2,7%, 45,9%, 43,24% e 8,1%, respectivamente.

No quesito “Com que frequência você consome cada um dos alimentos abaixo” destacam-se (Figura 3):

Em uma pesquisa realizada com 600 adolescentes matriculados no ensino médio da rede pública de ensino de Caruaru-PE obteve-se elevada frequência de consumo diário de refrigerantes (30,2%), doces (42,0%) ou frituras (28,3%), entre os entrevistados (ZANINI et al., 2013).

Os doces são alimentos altamente calóricos e devem estar presentes em quantidades ponderadas em uma dieta equilibrada para não alterar o balanço entre a ingestão e o gasto energético, sendo que um desequilíbrio nessa relação favorece a ocorrência da obesidade (FAGUNDES et al., 2008).



**Figura 3.** Frequência dos alimentos mais consumidos pelos discentes.

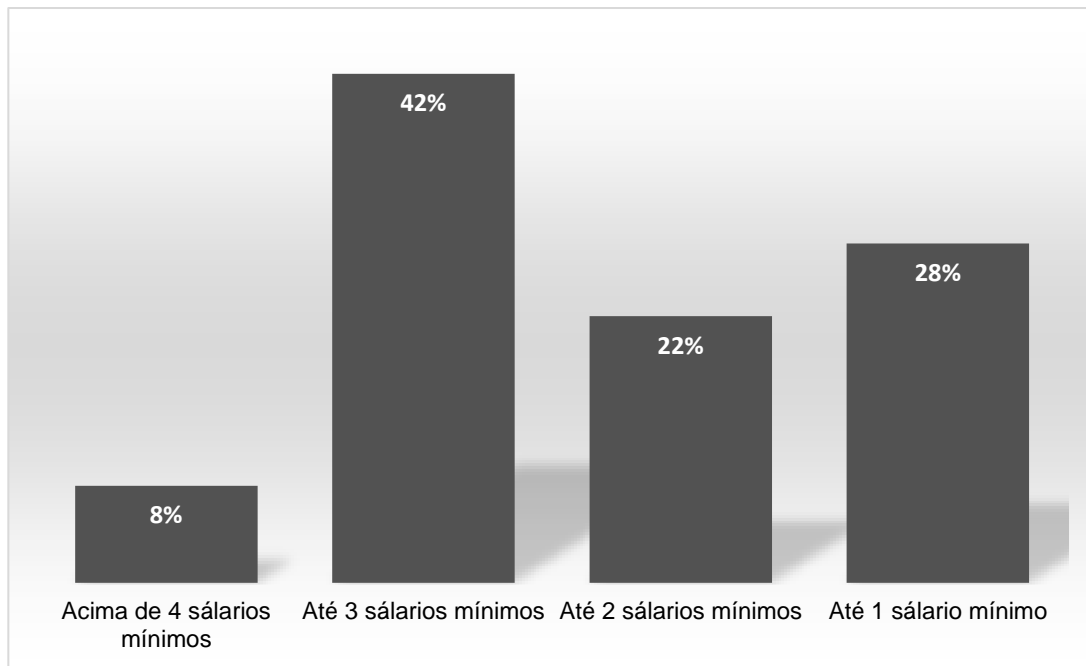
De acordo com Levy et al. (2010), nas três últimas décadas o consumo de alimentos em sua forma natural tem caído, com paralelo aumento do consumo de produtos industrializados, estando essa mudança associada principalmente ao menor custo econômico desses últimos. As refeições prontas e misturas industrializadas tiveram crescimento no consumo em 82%.

Conforme estudo realizado por Caroba (2002), os alimentos mais consumidos pelos adolescentes são balas, *chips*, doces, salgados, chocolates, pirulitos, biscoitos e refrigerantes, corroborando assim, com alguns dados apresentados na frequência alimentar dos alunos que participaram de nosso estudo.

Já as fontes de proteínas como, por exemplo, carne de boi, frango e peixe, consumidos de cinco a sete vezes na semana apresentaram uma frequência de 27%, 16,2% e 5,4%, respectivamente.

Leite e seus derivados (43,2%), hortaliças e folhosos (32,4%) também para o consumo de cinco a sete vezes na semana. E por fim, as frutas (45,9%) para consumo entre três a quatro vezes no decorrer da semana.

No quesito da associação da renda dos pais com a prática de uma boa alimentação pelos escolares foi possível observar dados importantes, como mostrado na figura 4:



**Figura 4.** Renda familiar dos responsáveis dos estudantes do Ensino Fundamental II

O nível de instrução tem relação positiva sobre o consumo de frutas e hortaliças e a condição econômica é um fator delimitador das escolhas alimentares, pois produtos de melhor valor nutricional, ou seja, mais saudáveis são mais caros. Para ter variedade, ou seja, uma dieta caracterizada pelo consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais e carnes magras, rica em diversos nutrientes, o custo é mais elevado do que as dietas ricas em doces, alimentos gordurosos e carboidratos simples. Quanto maior o poder aquisitivo, menor é a proporção de famílias cuja ingestão alimentar não satisfaz os requisitos energéticos (DALLA COSTA; CORDONI JUNIOR; MATSUO, 2007).

O Ministério da Saúde lançou a versão de bolso do Guia Alimentar para a População Brasileira, no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Diante dos achados elaboraram-se então as ações de intervenção para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, conforme o preconizado.

Apresentamos a seguir os resultados dos dados qualitativos por meio de trechos correspondentes ao texto escrito pelos estudantes, como forma de avaliar o conhecimento compartilhado e mensurar se os objetivos propostos desse estudo foram alcançados. Para a identificação dos escolares foram utilizados F para feminino e M para masculino, bem como uma numeração apenas como metodologia de organização dos trechos.

*“Eu vi como as pessoas estão se alimentando mal, algumas pessoas não comem frutas, legumes, verduras, e só pensam em comer besteiras, o que pode lhe trazer problemas de saúde.” F.01*

Na redação da escolar acima é possível notar sua conscientização sobre como maus hábitos alimentares podem prejudicar a saúde de uma pessoa. Esse era um dos impactos que a execução da pesquisa-ação pretendia, que os escolares obtivessem uma visão positiva da importância de hábitos alimentares saudáveis.

Em outras redações os escolares relatam:

*“Bom, esses quatro dias foram muito legais pois eu me diverti e aprendi coisas sobre alimentação saudável que não sabia, gostei muito de aprender porque isso vai me ajudar bastante a ter uma vida mais saudável.” M.01*

*“Nessas aulas eu pude ver que muitos costumes que tenho na minha alimentação não são tão bons para a minha saúde.” M.02*

Esses trechos reafirmam de forma positiva que o conhecimento compartilhado durante os encontros contribuiu para que os escolares tenham consciência dos benefícios da prática de uma alimentação saudável.

No trecho a seguir, foi possível observar que o aluno já pratica atividade física e já possui um hábito alimentar saudável. Sendo assim, os encontros realizados com os escolares foi também uma fonte esclarecedora de dúvidas, agregando mais conhecimento aos mesmos.

*“Eu aprendi muitas coisas e tirei várias dúvidas. Eu sou lutador de Muay Thai e Jiu Jitsu então tenho que seguir uma alimentação muito rigorosa. E com a ajuda da Dâmarys e da Laiane eu pude esclarecer muitas dúvidas sobre alimentos. [...] Foi muito bom ter a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre alimentação como o 8º ano teve. Agradeço muito.” M.03*

*“Pude de forma divertida aprender coisas sobre a alimentação saudável que eu não sabia.” F.02*

*“Vai me ajudar a ter uma vida mais saudável, mas é difícil em um mundo cheios de coisas industrializadas.” M.04*

Em contrapartida, o próximo relato mostra que o escolar não pratica atividade física com frequência, contudo reconheceu a importância desse hábito para a aquisição de uma vida mais saudável.

*“Aprendi que tenho que realizar exercícios físicos diariamente o que é meio difícil para mim, já que não tenho muito tempo no meu dia.” F.03*

Por sua vez, o trecho a seguir refere-se à avaliação da ação de uma maneira geral, do ponto de vista dos escolares:

*“Nossos encontros foram maravilhosos, queremos agradecer a elas pela paciência e parabenizá-las pelo esforço, esperamos ter outros encontros assim.” M.05*

*“Foi muito diferente e divertido o que elas fizeram mostraram que é possível brincar, mas ao mesmo tempo cuidar da alimentação.” F.04*

*“Agora eu sei como posso ter uma alimentação saudável, além disso vou levar esse ensinamento para minha família, para se manterem em forma e com saúde, posso dizer para outras pessoas também”. M. 06*

Nesse sentido, depreende-se que a ação foi de grande valia para os alunos tendo em vista que os mesmos adquiriram mais informações e podem construir conhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável, bem como são potenciais multiplicadores dessas informações no seio familiar e na própria comunidade escolar.

## 4. CONCLUSÕES

O comportamento alimentar, segundo Aires et al. (2009), é um conjunto de ações relacionadas ao alimento e o hábito alimentar é a resposta do indivíduo frente ao alimento, ficando caracterizado pela repetição desse ato. Por se tratar de conceitos tão interligados, seu entendimento é fundamental para o sucesso em todos os tipos de intervenções e ações relacionadas à educação nutricional dos indivíduos.

Neste caso, fica nítido que as estratégias diferenciadas são necessárias para que isso ocorra efetivamente. É neste aspecto que se evidencia a necessidade de uma intervenção, não só no aspecto prático do que comer ou como comer, mas no aspecto educacional, privilegiando ações para as crianças e adolescentes, pois formarão hábitos alimentares que determinarão seu comportamento alimentar.

Os resultados mostraram que os participantes deste estudo reconheceram suas práticas alimentares inadequadas, mostrando-se motivados a realizar mudanças no comportamento alimentar. Os objetivos do estudo relacionados a conhecer os hábitos alimentares dos escolares e de contribuir para educação nutricional dos alunos através da

elaboração de estratégias de intervenção que visassem à promoção da saúde por meio de estímulo a hábitos alimentares saudáveis foram alcançados.

O presente estudo despertou o desejo da gestão escolar em difundir e estimular a Educação Alimentar a fim de que sejam criadas ações educativas ressaltando suas contribuições para a vida dos alunos. Portanto, torna-se necessário a conscientização e o reconhecimento da importância de uma alimentação saudável com a realização de programas de educação alimentar no ambiente escolar, além do desenvolvimento de eventos que valorizem e incentivem práticas saudáveis de vida, visando fomentar qualidade de vida.

## 5. REFERÊNCIAS

AIRES, A.P. et al. Perfil nutricional de alunos em escola pública. **Disciplinarum Scientia.**, v. 10, n. 1, p. 77-86, 2009.

ANZOLIN, C. et al. Intervenções nutricionais em escolares. **RBPS.**, v. 23, n.4, p.297-306, out./dez., 2010.

ARAKI, E. L. et al . Padrão de refeições realizadas por adolescentes que frequentam escolas técnicas de São Paulo. **Rev Paul Pediatr.**, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 164-170, 2011 .

BOOG, M.C.F. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **R Nutr PUCCAMP.**, v.10, n.1, p.5-19, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar**: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_alimentacao\\_saudavel\\_1e\\_dicao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel_1e_dicao.pdf)>. Acesso em 30 maio 2019.

CAROBA, D.C.R. **A escola e o consumo alimentar de adolescentes matriculados na rede pública de ensino**. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologia de alimentos). Universidade de São Paulo; Piracicaba, 2002.

DALLA COSTA, M. C.; CORDONI JUNIOR, L; MATSUO, T. Hábito alimentar de escolares adolescentes de um município do oeste do Paraná. **Rev Nutr.**, v.20, n.5, p.461-471, 2007.

FAGUNDES, A.L. N. et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. **Rev Paul Pediatr.**, v.26, n.3, p.212-217, 2008.

GONÇALVES, F.D. et al. Health promotion in primary school. **Interface - Comunic Saúde Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, 2008.

LEAL, G.V.S. et al . Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v.13, n.3, p. 457-467, 2010.

LEVY, R.B. et al . Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 15, supl. 2, p. 3085-3097, 2010.

OLIVEIRA, CC.; COSTA, TMB; LAUS, MF. Hábitos alimentares e comportamentos inadequados para controle de peso em adolescentes frequentadores de academias de ginástica. **Adolesc Saude.**, v.9, n.3, p.47-55, 2012.

OLIVERAS LOPEZ, M.<sup>a</sup> J. et al . Evaluación nutricional de una población universitaria. **Nutr Hosp.**, v.21, n.2, p.179-183, 2006 .

RAMOS, F.P.; SANTOS, L. A. S; REIS, A.B.C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. **Cad Saúde Pública.**, v.29, n.11, p.2147-2161, 2013.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

ZANINI, R. V. et al . Consumo diário de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.18, n.12, p.3739-3750, 2013.



## ETNOGRAFIA E SAÚDE PÚBLICA EM FRONTEIRAS AMAZÔNICAS: APRENDIZADO NO E COM O TRABALHO DE CAMPO

Isabela Nogueira Pessôa<sup>1</sup>, Maria da Penha Vasconcellos<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.
2. Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, São Paulo, Brasil.

### RESUMO

A construção do trabalho de campo em pesquisas sociais tem sido assunto central em muitos textos científicos. Seus autores apresentam suas experiências na construção dos dados propriamente dita, com propósito de contribuir na realização de novas investigações. Essas reflexões são essenciais para o desenvolvimento do investigador e de sua pesquisa, pois é nas suas ações e nos produtos gerados das relações (com e na pesquisa), que o pesquisador organiza e interioriza seu aprendizado. Este capítulo refere-se à experiência e decorrente reflexão da investigação de campo realizada entre os meses de fevereiro a julho de 2011, relativas à pesquisa intitulada “Sociabilidades e identidades de fronteira: percursos terapêuticos entre migrantes, peruanos e bolivianos, e “nativos” na cidade de Assis Brasil, Acre – Brasil”. A construção metodológica, que teve essencialmente um caráter social com abordagens teórico-metodológicas na perspectiva etnográfica, bem como as relações entre pesquisadora e informantes é o que trazemos para a discussão. Essa configuração de fronteira porosa, de cotidiano híbrido, de nacionalidades tênues (o que não quer dizer falta de identidade) nos leva a entender que a compreensão do que se passa aqui exige mais do que conhecer seus limites geográficos. Exige considerar as experiências, os valores e a cultura dos sujeitos que vivem *na* fronteira e que vivem *da* fronteira, e que compõem uma sociabilidade específica que se reflete no seu modo de vida, inclusive nos cuidados dispensados à saúde individual e familiar.

**Palavras-chave:** Etnografia, Áreas de fronteira e Saúde Pública.

### ABSTRACT

The construction of fieldwork in social research has been central to many scientific texts. Their authors present their experiences in the construction of the data itself, with the purpose of contributing to the accomplishment of new investigations. These reflections are essential for the development of the researcher and his research, because it is in his actions and products generated from the relations (with and in the research) that the researcher organizes and internalizes his learning. This chapter refers to the experience and reflection of field research carried out between February and July 2011, related to the research entitled "Sociabilities and border identities: therapeutic paths between migrants, Peruvians and Bolivians, and" natives "in the city of Assis Brazil, Acre - Brazil ". The methodological

construction, which had essentially a social character with theoretical-methodological approaches from the ethnographic perspective, as well as the relations between researcher and informants is what we bring to the discussion. This configuration of the porous frontier, hybrid everyday, of tenuous nationalities (which does not mean lack of identity) leads us to understand that understanding what is happening here requires more than knowing its geographical limits. It requires considering the experiences, values and culture of the individuals living on the border and living on the border, and who make up a specific sociability that is reflected in their way of life, including the care given to individual and family health.

**Keywords:** Ethnography, Border áreas and Public health.

## 1. INTRODUÇÃO

A construção do trabalho de campo em pesquisas sociais tem sido assunto central em muitos textos científicos. Seus autores apresentam suas experiências na construção dos dados propriamente dita, com propósito de contribuir na realização de novas investigações. Refiro-me a *construção*, porque em pesquisas sociais, e, sobretudo, em investigações etnográficas, os dados são construídos, interpretados e contextualizados no cotidiano do campo.

Muitas dessas experiências de pesquisa destacam a relevância das relações que se estabelecem entre o pesquisador e seus informantes, suas dificuldades e satisfações, que certamente repercutem no resultado da investigação.

Leite; Vasconcellos (2007) trazem as ideias de que nos inquéritos cujo eixo fundamental está nas relações entre pesquisadores e informantes, “a descrição e a análise destas relações podem trazer para o meio acadêmico e profissional informações e discussões tão importantes quanto os resultados da própria investigação”. Tal ponto de vista, continuam as autoras, pode ser considerado como uma “perspectiva metodológica relativamente nova em algumas áreas do saber, entre elas, a das ciências da saúde”. A preferência por “critérios ortodoxos de cientificidade” e a “resistência a posturas teórico-metodológicas que privilegiam as relações humanas como objeto de investigação científica” são as razões atribuídas para a pouca exploração desse aspecto.

Ademais, devemos considerar a influência exercida pelas características pessoais e profissionais do próprio pesquisador — tais como experiências e perspectiva de vida, formação acadêmica, comprometimento com a pesquisa, tempo disponível — e toda a subjetividade inerente na construção dos dados por conta desses caracteres.

Na concepção de Angrosino (2009) os investigadores são elementos importantes do processo de pesquisa, seja em termos de sua própria presença na condição de pesquisador, seja por suas experiências no campo e pela capacidade de reflexão que trazem ao conjunto, como membros do campo que se está estudando.

Peirano (2008), ao comentar o entendimento de Evans-Pritchard, lembra que “a personalidade do investigador e sua experiência pessoal não podem ser eliminadas do trabalho etnográfico. Na verdade, elas estão engastadas, plantadas nos fatos etnográficos que são selecionados e interpretados”.

Essas ponderações são essenciais para o desenvolvimento do investigador e de sua pesquisa, pois é nas suas ações e nos produtos gerados das relações (com e na pesquisa), que o pesquisador organiza e interioriza seu aprendizado.

Além disso, o compartilhamento dessas experiências faz-se necessário pelo fato de expor as adversidades, descobertas, venturas e desventuras na construção do campo de pesquisa, que, lembrando as palavras de Bosi (2003) “são o dia-a-dia das oficinas escuras da investigação, esses fundos de quintal onde se trabalha duro, mas onde ninguém vai depois que a casa está arrumada”. Nossos desacertos, continua a autora, quando bem compreendidos não são entraves, servem para clarificar novas empreitadas e muitos se tornarão gratos por termos apresentado-os.

Importa destacar que adotar essa atitude “é assumir um critério de rigor científico que (...) nos leva a privilegiar o dado humano na pesquisa enquanto relações sociais passíveis de serem investigadas cientificamente” (LEITE; VASCONCELLOS, 2007).

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este capítulo refere-se à experiência e decorrente reflexão da investigação de campo realizada entre os meses de fevereiro a julho de 2011, relativas à pesquisa intitulada “Sociabilidades e identidades de fronteira: percursos terapêuticos entre migrantes, peruanos e bolivianos, e “nativos” na cidade de Assis Brasil, Acre – Brasil”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, através do parecer nº 021/11 e que recebeu recursos da Coordenação de Apoio ao Pessoal de Nível Superior – Capes.

O objetivo de tal pesquisa foi compreender as redes sociais cotidianas – familiares e de vizinhança, itinerários terapêuticos, formas de lazer, práticas religiosas e alimentares –

a partir da cidade de Assis Brasil - Acre, com a intensificação da mobilidade migratória decorrente da construção da Estrada Interoceânica Sul, esclarecendo assim, de que forma o processo de transnacionalização sócio-cultural propicia nova organização nas práticas locais.

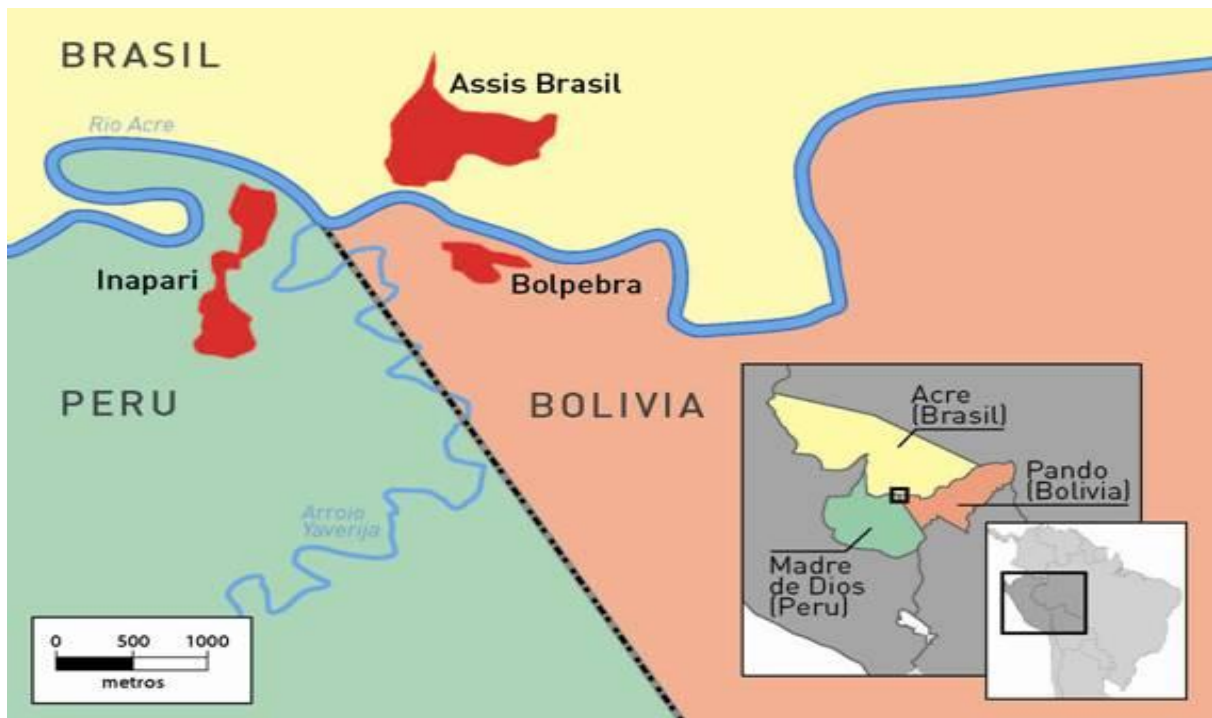
### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Entender essas dinâmicas em uma área como Assis Brasil, que experiencia em seu cotidiano o incipiente desenvolvimento urbano, o ambiente amazônico e sua cultura local, as particularidades de uma área fronteiriça com as chamadas *culturas de fronteira* – constituindo ambiente de sociabilidade e circulação de pessoas, de bens materiais e serviços entre Estados nacionais latino-americanos– denota a descoberta de fenômenos sociais e de certa organização de experiências subjetivas dos grupos sociais.

A construção metodológica da pesquisa, que teve essencialmente um caráter social com abordagens teórico-metodológicas na perspectiva etnográfica, bem como as relações entre pesquisadora e informantes é o que trazemos para a discussão nesse momento.

#### 3.1. TRANSPONDO FRONTEIRAS GEOGRÁFICAS PARA TRANSPOR ANTIGOS ENTENDIMENTOS

A cidade de Assis Brasil, cuja população geral era estimada na época em 6.072 habitantes, está localizada à margem esquerda do rio Acre, na Amazônia brasileira. Situa-se a aproximadamente 340 km a oeste da capital do Estado do Acre, Rio Branco. Na direção sul, do outro lado do rio Acre, temos a cidade de São Pedro de Bolpebra (também conhecida como Bolpebra), pertencente ao Departamento de Pando, território boliviano. Ao oeste e ao sul localiza-se a cidade peruana de Iñapari, separada de Bolpebra pelo Rio Yaverija, que deságua na margem direita do Rio Acre (GRUPO FRONTEIRA, 2009; IBGE, 2010). As cidades de Assis Brasil (BR), Iñapari (PE) e Bolpebra (BO) constituem geograficamente a chamada tríplice fronteira Brasil – Peru – Bolívia (Figura 1).



**Figura 1.** Representação da tríplice fronteira Brasil – Peru – Bolívia.  
 Fonte: Gabriel Lovato, 2008. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-292.htm>>.

Por conta, sobretudo, da proximidade geográfica existe uma intensa dinâmica de entrada e saída de indivíduos entre Assis Brasil e os Estados nacionais de fronteira. De acordo com informações da Superintendência Regional da Polícia Federal no Estado do Acre no período de 01/01/2008 a 04/08/2010 entraram no estado pelo município de Assis Brasil 3.692 pessoas procedentes da Bolívia (13,2% do total), com um registro de saída para este país de 3.190 pessoas (13,4% do total), e 23.322 indivíduos procedentes do Peru (83,2% do total), com um registro de saída para este país de 19.615 pessoas (82,3% do total).

Não podemos desconsiderar, no entanto, o contingente de sujeitos que atravessam a fronteira cotidianamente sem registro, além do mais, esses dados não nos permitem identificar a nacionalidade dos sujeitos em trânsito, apenas sua procedência. O grande número de entradas e saídas relacionadas ao Peru, provavelmente se explica, pela presença de fiscalização na Aduana Brasil-Peru, localizada na Estrada Interoceânica Sul, conhecida também como Estrada do Pacífico, cujo trecho brasileiro dá acesso à cidade peruana de Iñapari.

No fim dos anos de 1990, segundo dados do Grupo Fronteira (2009), Assis Brasil reafirma sua situação central nessa área limítrofe a partir da construção da estrada que liga



Assis Brasil à cidade acreana de Brasileia e esta a capital, Rio Branco, e posteriormente com a criação da Estrada Interoceânica Sul.

Esta rodovia tem como principal objetivo aumentar a integração do Brasil com outros países vizinhos, mormente no âmbito comercial. Interesses comerciais de bens e serviços com integração entre os três países e aquecimento do turismo estão envolvidos nessas transformações (Figura 2).



**Figura 2.** Percurso da Estrada do Pacífico

Fonte: Disponível em: <<http://estradadopacifico.com/#link.html>>.

Nesse contexto de desenvolvimento urbano e com localização privilegiada, especialmente do ponto de vista da pesquisa social, Assis Brasil constitui espaço de interação entre nações distintas e povos diferentes, num entrelaçamento de modos de vida, tecendo as chamadas *culturas de fronteira*.

Acompanhamos o raciocínio de Magnani (1996) que em pesquisas antropológicas em contexto urbano constrói os conceitos de *pedaço*, *mancha*, *trajetos* e *circuito*. Segundo o autor, o termo *pedaço* denota um “espaço intermediário entre o privado (casa) e o público, onde se desenvolve uma sociabilidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade”. É nesses *pedaços* que se desenvolve o

cotidiano, suas práticas, suas interações e substâncias. Dessa forma, esses espaços são “resultado de práticas coletivas e condição para seu exercício e fruição”.

Outra forma de uso e apropriação do espaço é a *mancha*, quando nos referimos a lugares que são ponto de referência para um número mais diverso de frequentadores. Com uma área física maior que a do *pedaço*, permite a circulação de sujeitos com várias procedências, sustentando uma intrincada rede de sociabilidade. As manchas são como “áreas contíguas do espaço urbano dotadas de equipamentos que marcam seus limites e viabilizam – cada qual com a sua especificidade, competindo ou complementando – uma atividade ou prática dominante” (MAGNANI, 1996).

No entanto, como argumenta Magnani (1996), *pedaços* e *manchas* não são espaços urbanos excludentes. Os sujeitos circulam entre eles e fazem suas escolhas, guiados por determinada lógica, construindo seus *trajetos*, que não sendo caminhos aleatórios constituem “fluxos no espaço mais abrangente da cidade e no interior das manchas urbanas”. Finalmente, a noção de *circuito* – “que une estabelecimentos, espaços e equipamentos caracterizados pelo exercício de determinada prática ou oferta de determinado serviço, porém não contíguas na paisagem urbana, sendo reconhecidos em sua totalidade apenas pelos usuários”.

Essas distintas formas de uso e apropriação do espaço (*pedaço*, *mancha*, *trajetos* e *circuito*) nos permitem fazer uma leitura da cidade. Ao circunscrever pontos socialmente reconhecidos como importantes na dinâmica urbana, funcionam como referência para as atividades que constituem o cotidiano (Magnani, 1996), nos auxiliando a compreender os itinerários construídos pelos sujeitos, dentre eles os itinerários terapêuticos ou de saúde – quando se busca alívio ou resolução da enfermidade no seu *pedaço* e/ou na sua *mancha*, construindo *trajetos* e *circuitos* de cuidados à saúde.

Seguindo o entendimento de Magnani (1996) a respeito de *pedaço*, *mancha*, *trajetos* e *circuito* na pesquisa em áreas urbanas, organizamos o trabalho de campo da seguinte forma. Partindo da cidade de Assis Brasil, buscou-se a imersão no cotidiano do lugar procurando identificar os pontos de referência conhecidos do espaço urbano por sua relação com equipamentos e práticas relacionadas à saúde, considerando, inicialmente, as áreas públicas: o comércio em geral (lojas de roupas e calçados, supermercados, mercearias, lanchonetes, restaurantes, mercados), escolas, praças, ruas, centro comunitário, unidades de saúde e igrejas (católica e evangélica).

Nesses ambientes de sociabilidade foi possível iniciar a construção do campo, visando a observação do cenário, dos atores e posteriormente das regras do local. Tal



recomendação é feita por Magnani (1991), com o objetivo de impedir a dispersão do olhar do investigador, sujeito a uma grande variedade de estímulos.

No entanto, o desenvolvimento do trabalho de campo com a observação do cotidiano da cidade e a aproximação, por meio de conversas informais e entrevistas, com os moradores e/ou profissionais de diversas áreas, foram demonstrando a necessidade de ampliar o cenário de pesquisa e avançar na direção das cidades acreanas de Brasileia, Epitaciolândia e Rio Branco, além das cidades bolivianas de Bolpebra e Cobija e da cidade peruana de Iñapari, identificando a *mancha*, por onde perpassam os itinerários (*trajetos* e *circuitos*) identificados de saúde, de estudos, de comércio, de lazer, de trabalho e de afeição.

Durante o trabalho de campo aconteceram conversas informais e entrevistas com moradores e/ou profissionais de diversas áreas, tais como moradores brasileiros/peruanos/bolivianos; professores; comerciantes; vendedores ambulantes; atendentes de supermercados/farmácias/lojas; taxistas; profissionais de saúde (unidades de saúde e secretarias municipais); religiosos (freiras, padres, pastores); canoeiros; policiais (militares, civis, federais); funcionários da única empresa de ônibus intermunicipal de atuação local.

Foi necessária a permanência, inicialmente, na cidade de Assis Brasil, o que proporcionou a utilização de serviços, como os de hospedagem e alimentação. Apenas isso já nos conduzia em direção ao cotidiano local. A interação com os funcionários da Pousada Renascer e do Restaurante Fogão à Lenha, por exemplo, nos levou a conhecer moradores, que posteriormente se tornaram informantes da pesquisa ou nos indicaram possíveis informantes. Inclusive, a condição de pesquisadora não foi omitida em momento algum, acreditamos até, ser positivo revelar a realização de uma pesquisa, porque legitima todo o nosso interesse pelas atividades questionadas e as pessoas parecem ter satisfação em participar de um estudo, compartilhando suas vidas e ações cotidianas, tão rotineiras que lhes pareciam sem nenhuma importância.

Nas caminhadas de reconhecimento questionamos e fomos questionadas por moradores — ambos movidos pela curiosidade. Parece que é notório que não somos do local, pois já chegam perguntando “a senhora é daqui?”, “é lá de Rio Branco, né?”, “tá passeando?”; quando dizemos que estamos realizando um trabalho na cidade já deduzem “ah, é professora?!”.

Interessante, como afirmam Sato e Souza (2001), que tanto o investigador como os sujeitos pesquisados são pesquisadores, na medida em que olham acontecimentos,

constroem "fatos," analisam-nos e os interpretam, com finalidades e, talvez, com instrumentos distintos. Essa pesquisa guia os comportamentos. Ambos falam ou deixam de falar coisas em função das concepções prévias ou criadas no decorrer dessa convivência. Para as pessoas do local interessa saber (...) porque nos interessamos por (...) conhecer seu dia-a-dia (...) qual a utilidade - benéfica ou maléfica - que nossa pesquisa terá (...), sobretudo, interessa também saber quem somos, o que fazemos, como vivemos. Assim, o fornecimento e o ocultamento de informações ao pesquisador serão controlados pelas representações que essas pessoas criam sobre "quem é o pesquisador."

Continuam as autoras Sato e Souza (2001), essa atitude investigativa das pessoas do local em relação ao pesquisador o insere numa relação na qual a assimetria é menor do que ele eventualmente possa imaginar e isso tem implicações diretas para o seu trabalho de pesquisa. Essa assimetria no relacionamento deixa de ser motivo de surpresa quando vemos a pesquisa de campo como um processo de convivência entre pessoas. Sendo assim, não são apenas as regras e rigores metodológicos que nortearão a qualidade da pesquisa, mas a qualidade do relacionamento entre o pesquisador e as pessoas do local pesquisado.

Com a observação percebemos que a estranheza ao pesquisador é mais presente no princípio. Com o passar do tempo essa primeira impressão de estranhamento vai se diluindo, e então, as personagens começam a contribuir espontaneamente com o trabalho, lhe indicando lugares a visitar, pessoas a conhecer, contando histórias que foram esquecidas nas primeiras conversas e até se interessando em saber sobre o andamento da pesquisa.

Foram utilizados vários recursos para imersão na realidade local e para registro de dados, tais como a observação, o caderno de campo, entrevistas abertas e semiestruturadas (com o áudio gravado ou não), fotografias, pesquisa em arquivos, bem como mapas de relações entre sujeitos e de interação entre as cidades da mancha estudada.

Para Angrosino (2009) a observação "é o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador".

"Faculdades do entendimento" sociocultural é assim que Oliveira (2006) se refere ao olhar, ao ouvir e escrever, competências essenciais nas investigações do social. Em campo, continua o autor, é comum a "domesticação teórica" do olhar, uma vez que quando avançamos à pesquisa empírica, nosso objeto de interesse já foi transformado pelo próprio

modo de caracterizá-lo, fundamente marcado pelos conceitos da disciplina que forma nossa maneira de interpretar a realidade. Tal processo está presente em todo o desenvolvimento do conjunto da investigação.

No entanto, Sato e Souza (2001) reconhecem que “ainda que implícita, na maioria das vezes (...) vamos ao campo com teorias e com hipóteses”, e chamam atenção para a necessidade de “estarmos prontos a colocá-las em suspensão ou a refutá-las diante do que nesse processo de encontro observamos”.

Consideramos importante observar a praça central e o porto por serem locais de entrada e saída de pessoas da cidade. A praça central constitui único ponto de parada/partida do ônibus intermunicipal, embora haja, em outro local da cidade, um terminal rodoviário. Na praça também há o ponto de táxi e de toritos (espécie de triciclo motorizado, com rodas pequenas, coberto para proteção contra o sol, que leva além do motorista, mais dois passageiros. Transporte de procedência, sobretudo, peruana), constituindo-se em significativo local de circulação de pessoas.

Assim como o pequeno porto do Marco Rondon (ponto de Assis Brasil que marca a tríplice fronteira Brasil – Peru – Bolívia, em homenagem ao sertanista brasileiro Marechal Cândido Rondon), este em menor escala. A circulação de pessoas em um local pode nos dizer muito sobre quais os interesses/motivos de entrar ou sair daquele lugar (turismo, comércio, cuidados à saúde, oportunidades de trabalho e/ou estudo, afeição por parentes, amigos e companheiros, dentre outros).

A presença de peruanos, bolivianos e indígenas na cidade é significativa, quer sejam moradores ou não. Nas escolas, no comércio (vendendo e/ou consumindo), no turismo e nas manifestações religiosas, eles participam do cotidiano da cidade, utilizam seus espaços e socializam contribuindo: economicamente para o seu crescimento e desenvolvimento; social e culturalmente para a diversidade e sofisticação das relações sociais, com trocas materiais e simbólicas.

A observação e o registro do que foi observado são fundamentais para iniciar nosso entendimento sobre as atividades cotidianas em nosso cenário de pesquisa, sobre as ações específicas de nossos atores, sobre as regras que organizam os circuitos e trajetos estudados, em especial os de saúde.

Diante disso, o emprego da observação etnográfica, enquanto fazer-se metodológico, pode ser muito proveitoso para adentrarmos no campo dos cuidados à saúde, isto porque, carrega consigo toda a essência da ciência antropológica que, segundo Víctora; Knauth e Hassen, (2000), procura compreender a diversidade inerente às formas

como as distintas sociedades concebem o corpo e os cuidados que dispensam a ele, e as concepções de saúde e de doença, quando toma como objeto de estudo o corpo, a saúde e a doença.

Essas diferenças são também encontradas em nosso meio, entre nós, na nossa própria sociedade, que, embora compartilhe o mesmo espaço geográfico, comporta grupos com valores e interpretações da realidade bem específicas.

Nos estudos contemporâneos, a distância entre o investigador e o *outro* “é muito mais tênue, podendo ser social, de gênero, de cultura ou, simplesmente, uma distância produzida pela forma de olharmos o *outro* ou a nós mesmos” (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Complementando, Damatta (1987) lembra que o investigador e o sujeito investigado partilham “de um mesmo universo das experiências humanas”, compondo, todavia, uma interação complexa.

Uma questão, em princípio óbvia, mas que pode ser negligenciada principalmente por pesquisadores pouco experientes, é a necessidade de se registrar, de preferência, logo depois do acontecido ou no máximo ao final do dia de trabalho — por meio de anotações de campo, gravações de áudio/imagem ou fotografias — o maior número de momentos possíveis do trabalho de campo e o mais densamente, pois a imersão no cotidiano local pode sufocar o sentimento de estranhamento pelo que lhe rodeia, se desenvolvendo uma familiaridade (perigosa para a investigação etnográfica) com tudo o que acontece, e o pesquisador sem se dar conta desse *tornar-se comum* começa a perder oportunidades de avançar na compreensão de seu objeto.

Na concepção de Angrosino (2009) “o processo de observação começa pela absorção e registro de tudo com a maior riqueza possível de detalhes e o mínimo possível de interpretação”. Segundo o autor, com o aumento da prática de campo o investigador começa a discernir melhor os aspectos verdadeiramente relevantes e começa a concentrar-se essencialmente neles.

Os registros de campo já interpretados e organizados em monografias, segundo Peirano (2008), indicam-nos como as diversas esferas que o ocidente separou (o parentesco, a política, a religião, a economia, dentre outras) estão sempre coordenadas nos agrupamentos pesquisados e na sociedade do pesquisador; expõem o diálogo constante entre as perspectivas teóricas predominantes e as informações novas que o pesquisador presenciou, tornando possível, frequentemente, o aperfeiçoamento das perspectivas teóricas iniciais; “confirmam a ideia de que a surpresa é um elemento fundamental do conhecimento etnográfico” e procede, em parte, da “inquietação e do

interesse que o etnógrafo experimenta no trabalho de campo”; sendo as monografias apresentadas dessa forma, não é de se estranhar que “muitos antropólogos as considerem o legado mais importante da antropologia”.

A faculdade de ouvir também possui grande significação na busca da apreensão do fenômeno social. O ouvir, de forma complementar ao olhar, compartilha a influência exercida pela disciplina formadora do pesquisador, “na medida em que está preparado para eliminar todos os ruídos que lhe pareçam insignificantes, isto é, que não façam nenhum sentido no *corpus* de sua disciplina” (OLIVEIRA, 2006).

As entrevistas abertas e semi-estruturadas (com o áudio gravado ou não) também foram utilizadas como recursos de pesquisa. Inicialmente, nosso entendimento era que deveríamos entrevistar, mais densamente, os moradores de Assis Brasil procedentes de outros países, que seriam principalmente imigrantes bolivianos e peruanos por estarmos na tríplice fronteira Brasil-Peru-Bolívia, por isso, minha procura por sujeitos era nesse sentido.

Contudo, com o amadurecimento da concepção do objetivo da pesquisa o universo de sujeitos considerados foi ampliado, incluindo todos os moradores dessa área fronteira que constroem seus itinerários (trajetos e circuitos) cotidianos para além dos limites geográficos de Assis Brasil, se apropriando também de espaços nas cidades de Iñapari, Bolpebra, Brasileia, Epitaciolândia, Rio Branco e Cobija, tais espaços compõem a *mancha* identificada.

Ampliado nosso universo de sujeitos, encontramos-os por meio de nossa imersão na rotina da cidade, com idas ao comércio, escolas, praças, restaurantes, unidades de saúde, centro comunitário, missas e cultos evangélicos; ou ainda, através de nossas relações com moradores, instituídas pela nossa permanência em campo e procura pela compreensão das redes sociais de interesse. Esses moradores detinham, por sua vez, alguma relação de parentesco e/ou vizinhança com as pessoas entrevistadas, cujas informações contribuíram para o entendimento dos diversos itinerários identificados: de saúde, de estudos, de comércio, de lazer, de trabalho e de afeição.

Foi socializado um instrumento para entrevista semi-estruturada com os sujeitos, composto de duas partes: a primeira apresentando questões relativas às condições socioeconômicas, e a segunda parte composta das questões norteadoras da investigação. Tais questões, como o próprio termo sugere, visaram nortear a conversação, não se constituindo em roteiro fixo, podendo o desenvolvimento da entrevista exigir novos questionamentos para melhor entendimento das respostas. Acompanhando o pensamento

de Demartini (2008) que avalia a investigação científica como um processo em que as questões envolvidas são continuamente submetidas à reflexão, sendo reformuladas se necessário.

Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras nas entrevistas:

- a. Como se deu sua vinda para o Brasil?
- b. Como é viver aqui em Assis Brasil, uma cidade de fronteira?
- c. Como é o seu dia-a-dia? O que faz nas horas vagas/fins de semana?
- d. Recentemente tem passado por algum desconforto ou doença?

Se sim, como você se cuida? Quem você procura? Por quê?

Se não, na última vez que se sentiu mal, como se tratou? Quem você procurou? Por quê?

- e. Quando alguém na sua casa fica doente, quais os cuidados que são tomados? Quem você procura? Por quê?

A gravação do áudio das entrevistas traz o benefício de não se perder nenhuma parte da conversa, além disso, podemos deter mais atenção nas expressões corporais, nas pausas e silêncios. No entanto, há informantes que se sentem intimidados com o fato de gravar o que é dito, por inibição pessoal ou por receio de gravar (registrar concretamente) algo que acontece, mas não é conveniente que se diga, desenvolvendo no sujeito temor de que a gravação lhe prejudique de alguma forma.

Como por exemplo, no caso de Rosário (os nomes dos informantes apresentados neste texto são fictícios para manter o sigilo das informações), integrante de uma cooperativa de pescadores que possuía carteira assinada em outra função, condição em desacordo com as regras de sua cooperativa. Na conversa informal não-gravada, ela revelou esse fato com tranquilidade, na entrevista gravada afirma ser remunerada somente pela cooperativa de pescadores. Por isso, devemos considerar em cada contexto de pesquisa, se a gravação das entrevistas não trará mais prejuízos que benefícios ao conteúdo das respostas.

Outra questão que surgiu na construção do campo é que embora tenham acontecido entrevistas com peruanos e bolivianos, não houve necessariamente a necessidade de se falar em espanhol, embora seja recomendável compreender bem o idioma nativo de seus informantes. Provavelmente, por se tratar de uma região de fronteira (Brasil-Peru-Bolívia) — com pessoas que falam originalmente em português e outras em espanhol —, as

relações de comércio, de trabalho, de estudo, de afeição, dentre outras, fomentadas pelas necessidades cotidianas e pela proximidade geográfica, tenham desenvolvido um entendimento mútuo entre seus habitantes, independentemente de sua nacionalidade.

As entrevistas, formais e informais, com os moradores e todos os demais recursos de pesquisa utilizados, permitiram a compreensão de redes sociais instituídas e a composição de um mapeamento dos itinerários identificados: de saúde, de estudos, de comércio, de lazer, de trabalho e de afeição; partindo de Assis Brasil e avançando pelas fronteiras amazônicas contíguas nacionais e dos Estados nacionais: Peru e Bolívia.

As fotografias também foram um recurso de registro valioso. Contribuem para a visualização do que aconteceu, tanto para o leitor, quanto para o próprio pesquisador que pode organizar parte de seu pensamento revisitando seu campo, por meio das fotografias. Além disso, existem momentos que a descrição mais densa não consegue contemplar o que sua imagem pode revelar.

Um evento importante para o desenvolvimento da pesquisa e até certo ponto incomum foi a presença da orientadora na cidade de Assis Brasil, que se deu na primeira metade do trabalho de campo. Esse acompanhamento da construção etnográfica foi muito benéfico, mormente considerando minha introdução nesse tipo de investigação. A presença de uma investigadora com mais conhecimento teórico e experiência prática em abordagens etnográficas possibilitou fazer uma avaliação do que já havia sido realizado, verificando quais aspectos da relação com os informantes e dos recursos da pesquisa estavam mostrando-se adequados a esse tipo de estudo e quais deveriam ser aperfeiçoados. Isso determinou um entendimento mais focado no objetivo do trabalho e ao mesmo tempo uma visão mais ampla do contexto em que se construiu o estudo.

Como essa avaliação foi realizada em tempo hábil para fazer determinados ajustes na construção dos dados, a consideramos recomendável e mesmo fundamental para a obtenção de resultados passíveis de contemplar os objetivos de pesquisa.

## 4. CONCLUSÕES

O trabalho de campo na perspectiva etnográfica apresentou o cenário, os atores e suas regras, numa interpretação desse cotidiano fronteiriço, como por exemplo, o revelado pelo canoeiro Francisco: “Os bolivianos (de Bolpebra) vem fazer compras aqui todo dia



(Assis Brasil), é só atravessar o rio”, ou pela jovem peruana Nadia, que um dia cozinha comida brasileira para o marido e filho brasileiros, e em outro dia comida peruana, ou ainda como o casal Santiago e Áurea, peruanos moradores de Assis Brasil há um ano, que dizem ser considerados pela comunidade da igreja como uma família. E o caso de Rosa, brasileira com dupla nacionalidade que vai ao Peru quase todos os dias visitar os pais. Ainda, a menina Flor, moradora de Iñapari, que vem diariamente ao Brasil para estudar, e o Senhor Jose que afirma “moro aqui (Brasil), mas só compro frutas em Iñapari. O Peru tem as melhores frutas do mundo!”.

Esse cotidiano híbrido procedente de culturas diferentes também foi visto na procura por alívio aos problemas de saúde, como no uso de plantas e dizeres para a cura do corpo e da alma apresentados pela rezadeira indígena Zuca, ou ainda, o observado no trabalho de Seu Antonio, ex-seringueiro, rezador conhecido na região, que afirma que depois de ver uma “bola de fogo no céu (...) tenho inspiração de remédios para as pessoas, vem na minha cabeça”; mesclados à rotina estudada, também encontramos serviços oficiais de saúde e o trabalho de organizações como às Pastorais da Criança e do Idoso.

Atualmente as fronteiras estão cada vez mais porosas ou mesmo esvaecidas, isto se deve, ao menos em parte, pelo aumento das facilidades de transporte de pessoas e cargas, permitindo rápido acesso aos lugares; pela enorme velocidade e incremento da acessibilidade de comunicação e informação, sobretudo, através da internet – rede internacional de computadores, que consente comunicação imediata e compartilhamento de arquivos – e a criação do chamado ciberespaço como novíssimo espaço de sociabilidade, instituindo novas interações em fluxos instantâneos e simultâneos. Ademais, devemos considerar as novas exigências relacionadas ao trabalho contemporâneo e à formação pessoal, bem como as transformações climáticas que tendem a se intensificar provocando um êxodo compulsório. Essa configuração de grande mobilidade de pessoas, informações, bens materiais e serviços levou alguns a cogitarem e mesmo afirmarem o fim dos limites fronteiriços.

Essa configuração de fronteira porosa, de cotidiano híbrido, de nacionalidades tênues (o que não quer dizer falta de identidade) nos leva a entender que a compreensão do que se passa aqui exige mais do que conhecer seus limites geográficos. Exige considerar as experiências, os valores e a cultura dos sujeitos que vivem *na* fronteira e que vivem *da* fronteira, e que compõem uma sociabilidade específica que se reflete no seu modo de vida, inclusive nos cuidados dispensados à saúde individual e familiar.

## 5. REFERÊNCIAS

- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BOSI, E. Sugestões para um jovem pesquisador. In: **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. p. 59-67.
- DAMATTA, R. A Antropologia no quadro das ciências. In: **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 17-85.
- DEMARTINI, Z.B.F. **Pesquisa histórico-sociológica, imigração e educação: as fontes e sua análise**. Congresso Luso-Brasileiro de História Da Educação, 2008,
- GRUPO FRONTEIRA. LUCENA, C.; BARBOSA, C.; FUNES, E.; VALCUENDE, J. M.; CARDIA, L.; PANDO, O. P.; ARRUDA, R. **História e memórias das três fronteiras: Brasil, Peru e Bolívia**. São Paulo, EDUC, 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Acre – Assis Brasil. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ac>>. Acesso em 29 maio 2019.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. Construindo o Campo da Pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**., v.16, n.3, p.169-177, 2007.
- MAGNANI, J. G. C. Quando o campo é a cidade: fazendo Antropologia na metrópole. In: MAGNANI, J. G. C.; TORRES, L. de L. (Orgs). **Na metrópole – Textos de Antropologia urbana**. São Paulo: EDUSP, 1996.
- MAGNANI, J.G.C. A rua quinze, de praça a praça: um exercício antropológico. Núcleo de Antropologia Urbana da Universidade de São Paulo, 1991. Disponível em: <<http://www.n-a-u.org/magnaniruaquinze.html>>. Acesso em 28 out 2011.
- OLIVEIRA, R. C. de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. 3 ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Unesp, 2006. p. 17-35.
- PEIRANO, M. Etnografia, ou a teoria vivida. Ponto Urbe. **Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da Universidade de São Paulo**., v.2, n.2, 2008.
- SATO, L; SOUZA, M. P. R. de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. **Psicol USP**., v.12, n.2, p.29-47, 2001.
- SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DA POLÍCIA FEDERAL NO ESTADO DO ACRE. Delegacia de Polícia de Imigração. **Dados de Imigração – Município de Assis Brasil**, Período de 01/01/2008 a 04/08/2010.
- VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. N. A. Corpo, saúde e doença na Antropologia. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 11-23.

## A UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO COMBATE AO ESTRESSE OCUPACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Ana Paula Barbosa da Silva<sup>1</sup>; Ranna Kíssia Alves das Neves<sup>1</sup>; Ana Beatriz de Assis Souza<sup>2</sup>; Maísa Regina Lima da Cruz<sup>2</sup>; Orivaldo Florencio de Souza<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Acre – UFAC, Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública, Rio Branco, AC, Brasil.

2. Secretaria Estadual de Saúde, Rio Branco, AC, Brasil.

### RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares - PICs se referem ao conjunto de práticas e saberes divergentes da medicina convencional e são aplicadas num ponto de vista integral. A Organização Mundial de Saúde considera os altos níveis de estresse laboral como prejudiciais à saúde física e psicológica dos trabalhadores, além de refletir negativamente nos resultados das entidades as quais trabalham. Nesta perspectiva, adotaram-se as PICS como estratégia para produzir uma pausa no serviço e proporcionar o relaxamento do servidor, buscando reduzir cotidianamente o estresse laboral. Este trabalho possui o objetivo de descrever a experiência dos profissionais de saúde sobre os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares - PICs (massoterapia, escalda-pés, musicoterapia e aromaterapia) na melhora dos sintomas de estresse laboral. Trata-se de um relato de experiência através de um projeto de extensão desenvolvido no Hospital Infantil Iolanda Costa e Silva no município de Rio Branco-Acre. As atividades envolveram dinâmicas motivacionais e técnicas de relaxamento (musicoterapia, escalda-pés, massoterapia e aromaterapia) a equipe assistencial da unidade. Ao final das atividades os profissionais relataram a melhora na percepção do humor, diminuição de dores, reintegração motivada nas atividades do trabalho, além da criação de vínculo, fortalecimento da interação social e aumento da autoestima. A adoção dessa estratégia proporcionou a sensação de bem-estar ao trabalhador, tranquilidade e o fez refletir acerca do seu autocuidado, instigou ainda uma análise sobre suas condições de trabalho e o impacto das práticas em seu cotidiano, refletindo significativamente na diminuição do absenteísmo e na melhoria da qualidade da assistência prestada.

**Palavras - Chave:** Práticas Integrativas e Complementares, Estresse ocupacional e Absenteísmo.

### ABSTRACT

The Integrative and Complementary Practices - PICs refer to the set of divergent practices and knowledges of conventional medicine and are applied in an integral point of view. The World Health Organization considers the high levels of work stress as detrimental to the physical and psychological health of workers, as well as negatively reflect the results of the

entities they work with. In this perspective, the PICS was adopted as a strategy to produce a break in the service and to provide the relaxation of the server, seeking to reduce daily work stress. This work aims to describe the experience of health professionals about the benefits of Integrative and Complementary Practices (PICs) (massage therapy, foot scales, music therapy and aromatherapy) in improving symptoms of work stress. This is an experience report through an extension project developed at the Iolanda Costa e Silva Children's Hospital in the municipality of Rio Branco-Acre. The activities involved motivational dynamics and relaxation techniques (music therapy, foot scaling, massage therapy and aromatherapy) the care team of the unit. At the end of the activities, the professionals reported improved mood perception, reduced pain, motivated reintegration in work activities, as well as creating bonding, strengthening social interaction and increasing self-esteem. The adoption of this strategy provided a feeling of well-being to the worker, tranquility and made him reflect on his self-care, instigated still an analysis about his working conditions and the impact of the practices in his daily life, significantly reflecting in the decrease of absenteeism and in the improvement of the quality of care provided.

**Keywords:** Integrative and Complementary Practices, Occupational stress and Absenteeism.

## 1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares - PICs se referem ao conjunto de práticas e saberes divergentes da medicina convencional e são aplicadas num ponto de vista integral. Foram intensificadas através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, mas acontecem desde a década de 80 no SUS caracterizando a diversidade de cuidados (BRASIL, 2006).

Dentre as práticas encontram-se variadas formas de intervenção em saúde obtidas principalmente da Medicina Tradicional Chinesa, como a acupuntura, a fitoterapia, o termalismo, o shiatsu, a massoterapia, a cromoterapia, algumas destas estão sendo utilizadas no Brasil. Há ainda uma variedade de outras PICS que estão sendo incorporadas nos serviços de saúde no Brasil, como essências florais, Reiki, argiloterapia, trofoterapia, e música terapêutica (ALVIM et al., 2013).

As PICS visam promover o autoconhecimento do indivíduo, o que facilita que a própria pessoa encontre em si mesma seu ponto de equilíbrio. Estudos mostram que essas práticas vêm sendo utilizadas não só na redução do estresse, mas também na redução dos níveis de ansiedade, de sintomas depressivos, do alívio da dor e da compulsão alimentar (RODRIGUEZ; OFELIA et al., 2015). As PICS refletem a busca pela integralidade em saúde, visto a concepção do cuidado holístico que adotam, as quais ficaram conhecidas

como medicina integrativa, onde não se coloca mais a doença como o principal foco de atenção, mas sim o indivíduo em sua plenitude (TELESI JUNIOR, 2016).

A Organização Mundial de Saúde considera os altos níveis de estresse laboral como prejudiciais à saúde física e psicológica dos trabalhadores, além de refletir negativamente nos resultados das entidades para as quais trabalham. De fato, um trabalhador estressado está mais suscetível a enfermidades, tem menos motivação, produção e segurança no desempenho de suas ações (OMS, 2004).

Os profissionais de saúde têm grandes chances de desenvolverem o estresse ocupacional, por atuarem em ambientes considerados nocivos, angustiantes, desagradáveis e exaustivos. Estresse é empregado como sinônimo de cansaço, dificuldade, frustração, ansiedade, desamparo, desmotivação. Tornou-se o causador da maioria dos problemas que atinge os indivíduos, principalmente os pertencentes ao modo de vida atual (MUROFUSE; SOLDATI ABRANCHES; ALVES NAPOLEÃO, 2005).

O trabalho é um elemento essencial para as pessoas, representando o crescimento, a realização pessoal e o meio de sobrevivência, além de dignificar, criar reconhecimento e conceber aprendizado (COSTA, VIEIRA; SENA, 2009). Quando as condições de trabalho estão em discrepância com as expectativas e necessidades do trabalhador, manifesta um quadro de grande sofrimento, chegando até o adoecimento do indivíduo, gerando o aumento do absenteísmo.

Os fatores característicos dos serviços na área da saúde ocasionam a sobrecarga de trabalho físico e mental, como: desenvolvimento de tarefas desgastantes e cansativas; repetitividade e monotonia; posições incômodas e incorretas no trabalho; horário de trabalho dividido em diversos turnos; ritmo de trabalho acelerado; longas jornadas de trabalho; pressão de produtividade e de tempo para o cumprimento das tarefas. Além disso, os profissionais se defrontam com relações interpessoais conflituosas; ausência de planos de cargos e salários na maioria das organizações; possibilidade reduzida de ascensão profissional; baixos salários; fragmentação do trabalho manual e intelectual; estrutura fortemente hierarquizada e dimensionamento insuficiente (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

O desgaste da rotina de trabalho gera nos funcionários situações de transtornos alimentares, de sono, de alterações fisiológicas, fadiga, agravos aos sistemas corporais, estresse, desordem do meio familiar e neuroses, acarretando acidentes de trabalho, bem como grande quantidade de licenças médicas para tratamento de saúde (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

As faltas no trabalho, ausência do trabalhador por doença justificada com atestado, licença médica, afastamento por razões particulares do trabalhador amparados por lei e atraso ou abandono de trabalho antes do cumprimento da carga horária, é um motivo existente nos serviços de saúde (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Diante desses fatores que afetam o processo de trabalho e prejudicam a saúde do trabalhador, existe ainda a ausência de uma política institucional de Qualidade de Vida do Trabalhador. Nesta perspectiva, adotou-se as PICS como estratégia para produzir uma pausa no serviço e proporcionar o relaxamento do servidor, buscando reduzir cotidianamente o estresse laboral.

O relato pretende descrever a experiência dos profissionais de saúde sobre os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares - PICs (massoterapia, escalda-pés, musicoterapia e aromaterapia) na melhora dos sintomas de estresse laboral.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência através de um projeto de extensão institucionalizado na Universidade Federal do Acre. A concepção do projeto foi desenvolvida durante a disciplina práticas integradas do curso de especialização em saúde pública.

O projeto foi desenvolvido no Hospital Iolanda Costa e Silva (conhecido popularmente como Hospital da Criança) no município de Rio Branco-Acre. A atividade foi desenvolvida em três dias do mês de maio. Em cada dia participava um grupo com dez profissionais de saúde, totalizando trinta servidores, atuantes em serviços assistenciais no cuidado à saúde, como: Bioquímicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos de enfermagem, Técnicos em Análises Clínicas, Recepcionistas, Biomédicos e Assistente Social.

Os critérios de inclusão foram pertencer a equipe assistencial do Hospital e aceitar participar de todas as etapas do projeto. Enquanto que os critérios de exclusão foram: servidores atuantes em função administrativa.

As atividades desenvolvidas envolveram dinâmicas motivacionais e técnicas de relaxamento (musicoterapia, escalda-pés, massoterapia e aromaterapia) que visavam à atenção individualizada, promovendo assim, o acolhimento, a sensibilização e valorização



de cada membro participante. A avaliação do impacto do projeto de extensão foi mediante questionário aplicado com duas perguntas no final da aplicação das PICs, sendo: 1) Você acha necessário aderir às práticas de relaxamento durante seu trabalho? Por quê? 2) O que as ações deste projeto lhe proporcionaram? Posteriormente, também foi realizada a avaliação continuada mediante observação de relatos espontâneos e comunicação não-verbal dos participantes do projeto.

Quanto aos aspectos éticos, a concepção do projeto foi previamente autorizada pela gerência geral e gerência de assistência à saúde do Hospital. Todos os membros participaram espontaneamente e eram cientes dos objetivos e finalidades dos mesmos. Consentimento verbal foi declarado por todos os participantes antes do início das atividades.

Inicialmente convidou-se os profissionais dos setores assistenciais, como: Laboratório, Acolhimento, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Vigilância Epidemiológica, Postos de enfermagem e Serviço Social.

O auditório da unidade foi preparado e organizado para o acolhimento e aplicação das ações. No momento de acolhimento foram realizadas dinâmicas motivacionais que relataram a importância do trabalho em equipe, a promoção de pensamentos positivos, a valorização pessoal e a construção da formação de um ser humano, coordenado pela Gerente de Assistência à Saúde da unidade.

As dinâmicas foram realizadas da seguinte maneira:

### **Dinâmica da importância do trabalho em equipe:**

Primeiro momento:

- Todos os participantes vendados e responsáveis por encontrarem a sua cadeira de origem sem ajuda.

Segundo momento:

- Cinco dos 10 participantes vendados, enquanto os outros cinco guiavam até sua cadeira inicial.
- **Resultado:** O trabalho em equipe facilita o andamento do serviço.

### **Dinâmica da promoção de pensamentos positivos:**

- Os participantes são estimulados a pensar em algo/pessoa que lhe faz mal ou incomoda-o e depois todos gritam simultaneamente.



- **Resultado:** Descarrego de pensamentos negativos.

**Dinâmica da valorização pessoal:**

- Formação de duplas, onde cada participante elogiará sua dupla e depois relatam qual a sensação de ter sido elogiado.
- **Resultado:** Estimular a valorização pessoal/profissional através de elogios.

**Dinâmica da construção da formação de um ser humano:**

Primeiro momento:

- Formação de 2 grupos e distribuição de materiais (cartolina e pincéis) para desenhar uma criança e pontuar o que é necessário para uma criança crescer.

Segundo momento:

- Cada grupo apresenta e compara as necessidades pontuadas e agregar os pontos do outro grupo ao seu trabalho (exceto os que são iguais).
- **Resultado:** Aprender sobre a formação do ser humano aceitando as outras opiniões.

Logo em seguida, os participantes foram organizados em 5 duplas e conduzidos para as cadeiras arrumadas em círculo, onde foi realizado o minicurso de massoterapia em momentos práticos-teóricos, administrado por um profissional de fisioterapia. O momento teórico foi elaborado material para ser apresentado na forma de slides, expondo os pontos estratégicos para massagear, seus benefícios e o passo a passo, demonstrando os movimentos da massagem em uma colaboradora. No decorrer da massagem foi adicionado o escalda-pés, aromaterapia e musicoterapia, com tempo de aplicação de 20 a 25 minutos por pessoa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a aplicação das ações das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde – PICS abordou-se sobre a importância no autocuidado e incentivo de sua realização durante ou após o horário de trabalho. Após o término das atividades, os participantes foram questionados sobre a percepção da eficácia do uso das PICS no combate ao estresse

laboral e para relaxamento. Todos os participantes responderam ser positivo para o bem-estar e redução do estresse ocupacional. Também, 80% dos participantes relataram a importância da manutenção dessas práticas em seu cotidiano no hospital.

Os impactos observados com a aplicação das PICs (massoterapia, escalda-pés, musicoterapia e aromaterapia) verificados ao final das atividades pelos profissionais de saúde do Hospital ocorreu por meio dos relatos de afirmação de melhora na percepção no humor, diminuição de dores, aumento na autoestima e reintegração motivada nas atividades do trabalho. Do mesmo modo, Silva e Tesser (2013) observam importante impacto das PICs na redução de dores e uso de fármacos e melhoria da qualidade do sono, na disposição e no estado emocional. Os referidos autores também afirmam que as qualidades concedidas às terapias complementares, com abordagem holística, foco no indivíduo e incentivo à autocura, estão sendo reconhecidas e podem diminuir a excessiva medicalização (SILVA; TESSER, 2013).

Em avaliação continuada do impacto do projeto, após a aplicação das PICs, foram identificadas evidências benéficas na atuação profissional entre os servidores do Hospital, tais como: a criação de vínculo, fortalecimento da interação social, companheirismo e aumento da autoestima pelos profissionais. Neste sentido, Frison; Shimo; Gabriel (2014), afirmam que esses benefícios são decorrentes da aplicação das PICS, que facilitam a aproximação dos indivíduos nas mesmas condições, assim como as trocas de experiências em cada encontro.

Além disso, ressalta-se que a aplicação das PICs são bastante úteis para assistência à saúde, especificamente na interação entre os profissionais de saúde e os usuários (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Na PICs os aspectos que norteiam o processo do cuidado são o vínculo, a integralidade e o autocuidado. Esses aspectos foram identificados neste projeto de extensão após a aplicação das PICs mediante a comunicação não-verbal, onde os servidores participantes melhoraram a qualidade da atenção prestada aos usuários. Segundo Schweitzer et al. (2014), são fundamentais para um cuidar holístico e de qualidade.

As dificuldades que surgiram relacionadas à participação dos servidores no projeto ocorreram devido à resistência dos mesmos no ato do convite, além de barreiras ligadas a falta de Recursos Humanos para o revezamento do plantão, enquanto alguns servidores atuassem no projeto.

Os resultados positivos do projeto de extensão instigaram a gerência da instituição em dar continuidade aos PICs junto aos servidores do Hospital com o intuito de promoção

de saúde ocupacional com frequência de duas vezes ao mês. As quais poderão ser dirigidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização, especificamente pelo Núcleo do servidor, o qual atualmente encontra-se institucionalizado, mas sem produção.

A experiência deste projeto trouxe-nos uma percepção inovadora sobre as PICS, vivenciamos aquele momento, ouvindo relatos de sensações de prazer e relaxamento, e que gostaríamos que as práticas fossem realizadas diariamente. Observamos que todos ficaram satisfeitos com os resultados que elas proporcionaram e que sua abordagem humanizada, baseada na escuta qualificada e na visão holística do indivíduo tem contribuído para o seu sucesso.

## 4. CONCLUSÃO

O projeto de extensão por meio da técnica do escalda-pés, massoterapia, aromaterapia e musicoterapia, criaram momentos de relaxamento e cuidado para a equipe assistencial. As avaliações evidenciaram que a adoção de tal estratégia proporcionou a sensação de bem-estar ao trabalhador, tranquilidade e o fez refletir acerca de seu autocuidado.

Além disso, a partir desta experiência surgiu um movimento de reflexão sobre as condições de trabalho dos profissionais e o impacto dessas práticas no cotidiano de trabalho. Ressalta-se que nesse processo, a gerência e as coordenações imediatas têm um papel fundamental na implantação de projetos que promovam qualidade de vida para as equipes de trabalho, pois a valorização do trabalhador irá refletir significativamente na diminuição do absenteísmo e na melhoria da qualidade da assistência prestada.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVIM, N.A.T. et al. **Práticas integrativas e complementares no cuidado: Aplicabilidade e implicações para a enfermagem.** 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Natal, 2013.

BECKER S.G., OLIVEIRA M.L. C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v.16, n.1, p.109-14, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA F.M., VIEIRA M.A., SENA R.R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 62, n.1, p.38-44, 2009.

FRISO, F.S.; SHIMO, A.K.K.; GABRIEL, M. Dança circular e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: um estudo piloto. **Revista Saúde Debate.**, v.38, n.101, p.277-284. 2014.

LIMA, K.W.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Práticas Integrativas e Complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal da saúde. **Revista Interface comunicação saúde educação.**, v.18, n.29, p.261-272. 2014.

MUROFUSE, N. T.; SOLDATI ABRANCHES, S.; ALVES NAPOLEÃO, A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS). **La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales**. Ginebra; 2004.

RODRIGUEZ, L.; OFELIA, E. et al. Uso de práticas integradas y complementarias en el tratamiento del estrés ocupacional: una revisión integradora. **Enfermería Global.**, v.14, n.39, p. 291-303, 2015.

SCHVEITZER, M.C.; ESPER, M.V.; SILVA, M.J.P. Práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. **Revista O Mundo da Saúde.**, v.36, n.3, p.442- 451. 2012.

SILVA, E. D. C. da; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 29, p. 2186-2196, 2013.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados.**, v.30, n.86, p.99-112, 2016.

## ACIDENTES DE TRÂNSITO E A APLICAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Indira Catiuska Mendonça de Oliveira<sup>1</sup>, Creso Machado Lopes<sup>2</sup>, Danúzia da Silva Rocha<sup>3</sup>,  
Alanderson Alves Ramalho<sup>4</sup>

1. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre. Enfermeira da Clínica Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Rio Branco – Acre;
2. Professor Doutor, Titular do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto e Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Orientador;
3. Professora Doutora do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto e Coorientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;
4. Professor Doutor do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto e Colaborador na Orientação Metodológica da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

### RESUMO

**Objetivo:** Revisar o conhecimento científico produzido acerca da efetividade das medidas de prevenção utilizadas na redução dos acidentes de trânsito. **Material e Método:** Estudo de revisão integrativa realizado na Biblioteca Virtual em Saúde *on-line*, contidos na LILACS, MEDLINE, IBECs e SciELO, utilizando seis Descritores em Ciências da Saúde e combinações em português, inglês e espanhol, sendo: Acidentes de Trânsito; Prevenção de Acidentes; Prevenção & Controle; Políticas Públicas; Medição de Velocidade e Saúde da População Urbana, no período de 2005-2015. **Resultados:** Foram encontrados 7997 estudos, removendo os duplicados permaneceram 4016, pelos títulos excluiu-se 2827 e 1136 pelos resumos. Foram lidos 53 estudos, excluídos 40 destes, sendo 17 por revisão de literatura, 13 sem relação com a pesquisa, nove não eram artigos e um editorial, permanecendo assim 13 artigos. Complementou o levantamento nas referências dos estudos primários identificados, quando um estudo atendeu aos critérios de inclusão/exclusão, totalizando então 14 artigos. Seis descreveram estratégias de intervenções na *Educação*, quatro na *Fiscalização*, dois na intervenção na *Mecânica do Carro*, um sobre *Legislação* e um na *Infraestrutura*. As de *Fiscalização* apresentaram-se mais efetivas na redução de colisões e mortes, pelo teor punitivo para os usuários que desrespeitam as leis do trânsito, nas *Educativas* apesar de aumentarem o nível de conhecimento não mudam comportamento. **Conclusão:** Medidas preventivas como, *fiscalização*, automatizada (radares) ou policial, apresentaram maior impacto na redução de mortes e agravos relacionados ao trânsito. Diante disso, estas devem ser implementadas na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

**Palavras-chave:** Acidentes de trânsito, Prevenção de Acidentes e Políticas Públicas.

### ABSTRACT

**Objective:** To review the scientific knowledge produced about the effectiveness of the prevention measures used to reduce traffic accidents. **Material and Methods:** An integrative review study carried out in the Online Virtual Health Library, contained in the LILACS, MEDLINE, IBECs and SciELO, using six Descriptors in Health Sciences and combinations in Portuguese, English and Spanish, being: Traffic-accidents; Accidents prevention; Prevention & Control; Public policy; Measurement of

Speed and Health of the Urban Population, in the period 2005-2015.. Results: We found 7997 studies, removing the duplicates remained 4016, for the titles were excluded 2827 and 1136 by the abstracts. A total of 53 studies were read out, 40 of which were excluded from the study, 17 were reviewed by literature review, 13 were not related to the research, nine were not articles and one editorial, 13 articles remained. It complemented the survey in the references of the primary studies identified, when a study met the inclusion / exclusion criteria, totaling 14 articles. Six described strategies of interventions in Education, four in the Inspection, two in the intervention in Mechanics of the Car, one on Legislation and one in Infrastructure. Surveillance systems were more effective in reducing collisions and deaths, due to the punitive content for users who disregard traffic laws, while in education, although they increase the level of knowledge, they do not change behavior. Conclusion: Preventive measures such as, surveillance, automated (radars) or police, had a greater impact in the reduction of traffic-related deaths and injuries. Therefore, these should be implemented in the reduction of morbidity and mortality due to traffic accidents.

**Keywords:** Accidents, Accidents prevention and Public policy.

## 1. INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito (AT), ao longo do tempo, passaram a ocupar um lugar de destaque no tocante a morbimortalidade da população. São frequentes as lesões de alta gravidade, geradoras de sequelas temporárias e permanentes, incapacidades e não raramente a morte. Diante disso, os ATs tem se tornado um importante problema de saúde pública, matando mais de um milhão de pessoas em todo o mundo, e deixando entre 20 a 50 milhões de feridos, com maiores proporções nos países de baixa e média renda e maior prevalência nas vítimas do sexo masculino (WHO, 2015).

No Brasil, a mortalidade por acidentes de transporte terrestre configurou-se na primeira causa de morte no conjunto das causas externas no ano de 2014, sendo registradas 172.780 mil internações relacionadas ao trânsito, somente nesse ano. Usuários de motos e ciclomotores representaram a maior proporção dos óbitos, tendo ultrapassado a de pedestres e de ocupantes de automóveis (WHO, 2013; BRASIL, 2014).

Além da perda de indivíduos economicamente ativos, os gastos com esses acidentes interferem significativamente na saúde pública, sendo uma causa de mortalidade considerada prevenível pela Organização Mundial de Saúde, fazendo-se necessário concentrar esforços das organizações federais, estaduais e municipais para a prevenção desse tipo de acidente. As implicações são de variadas natureza, principalmente sociais, econômica e previdenciária (WHO, 2015).

Para cada morto, ferido ou incapacitado por AT existem muitos outros profundamente afetados. Famílias levadas à dificuldades financeiras pelo custo do cuidado

médico prolongado, pela perda do membro que era o provedor da família ou pelos custos necessários para cuidar de pessoas incapacitadas (SOUSA FILHO, XAVIER e VIEIRA, 2008).

A causalidade dos AT é múltipla e complexa, no entanto, os fatores de risco como dirigir sob a influência de álcool; velocidade excessiva ou inadequada; não utilização de equipamentos de proteção, como cinto de segurança, em especial no banco traseiro; utilização incorreta do capacete, não raramente o não uso do dispositivo e a não adesão ou o uso incorreto da cadeira de contenção para crianças, apresentam alta associação com a ocorrência destes eventos. No entanto, alguns países de alta renda têm apresentado tendência de declínio da morbimortalidade associada ao trânsito, conseqüente à intervenções eficazes de segurança viária voltada para esses fatores (WHO, 2015).

Diante do exposto, esta revisão sistemática busca revisar e reunir, por meio de Revisão Integrativa, o conhecimento científico produzido no âmbito da saúde pública acerca da efetividade de medidas de prevenção de acidentes de trânsito, publicado entre os anos de 2005 e 2015.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Devido ao crescente aumento da produção científica e de informações a partir de pesquisas, tornou-se necessário o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada para sintetizar o conhecimento, propiciando ao profissional melhor utilização das evidências apresentadas em inúmeros estudos (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Nesse contexto, surgiu a Prática Baseada em Evidência (PBE) a partir de experiências pioneiras, destacando-se, principalmente, as publicações do Dr. Archie Cochrane. A PBE tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado de pacientes (SAMPAIO e MANCINI, 2007; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, TAKAHASHI e BERTOLOZZI, 2011).

A *Revisão Integrativa* (RI), mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, surgiu como alternativa para revisar rigorosamente, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno



analisado. Combinando dados da literatura teórica e empírica. A ampla amostra gera um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes, ampliando as possibilidades de análise da literatura (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

Esta é composta de seis fases, a saber: (1) seleção das hipóteses ou das questões a serem respondidas, (2) constituição da amostra dos estudos a serem revisados, (3) descrição das características dos estudos, (4) análise desses resultados, (5) interpretação dos resultados da análise e (6) relatório final da revisão realizada (GANONG, 1987).

Para seu desenvolvimento foi escolhido como questão norteadora: Qual a efetividade das medidas de prevenção utilizadas na redução dos acidentes de trânsito?

## 2.1 - FONTE DE INFORMAÇÕES E DESCRITORES

A busca dos estudos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde on-line (BIREME), com índices bibliográficos contidos na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram definidos seis Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola: Acidentes de Trânsito (Accidents, Traffic, Accidentes de Tránsito); Prevenção de Acidentes (Accident Prevention, Prevención de Accidentes); /Prevenção & Controle (/Prevention & Control, /Prevención & Control); Políticas Públicas (Public Policies, Políticas Públicas); Medição de Velocidade (Velocity Measurement, Medición de Velocidades) e Saúde da População Urbana (Urban Health, Salud Urbana). Os descritores foram utilizados com o operador booleano “And”.

## 2.2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos estudos publicados no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015 nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos duplicados, secundários (revisões de literatura, cartas, editoriais, manuais) e estudos primários que não tinham relação com a pergunta de pesquisa.

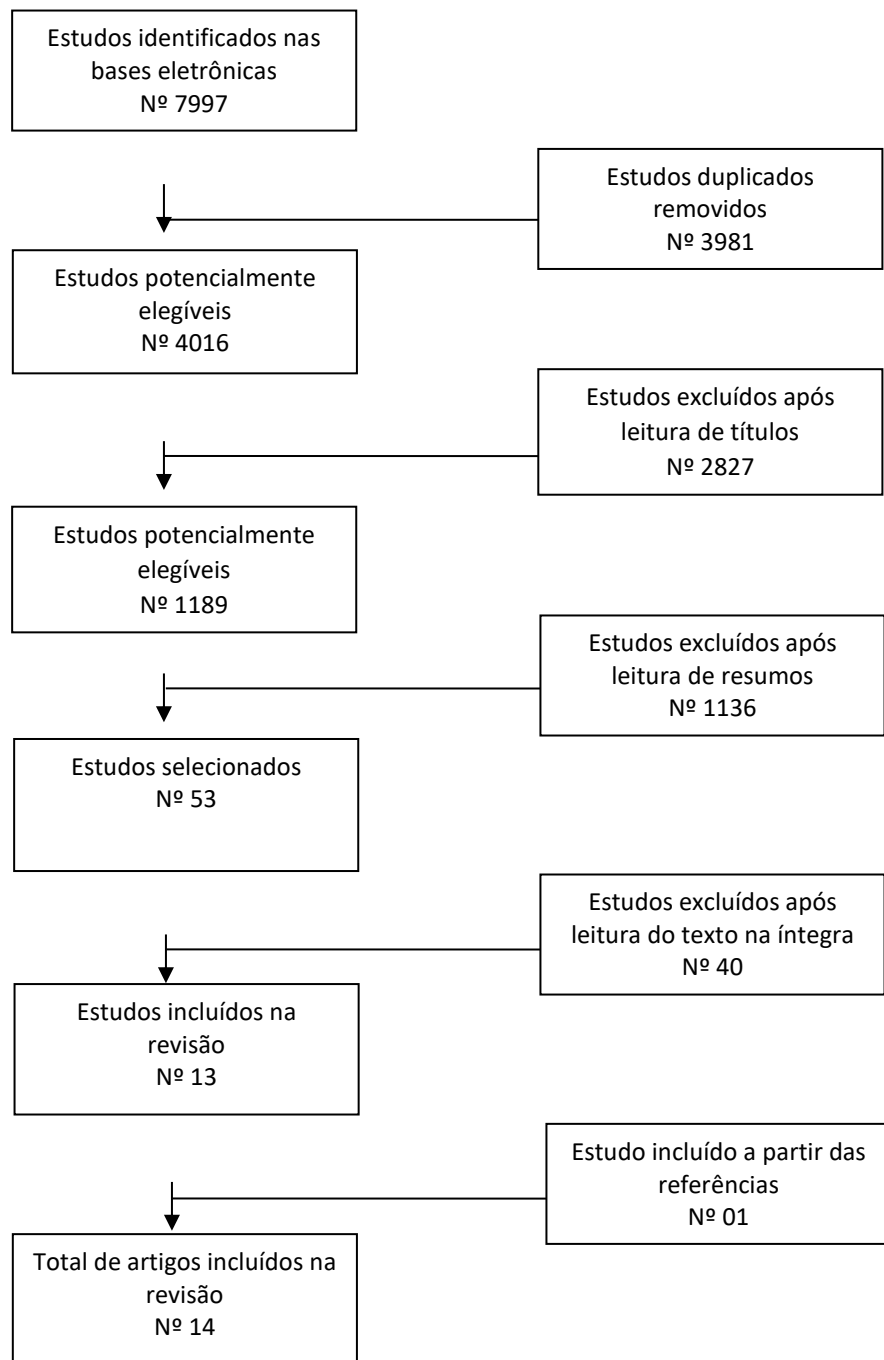
## 2.3 - PROCESSO DE SELEÇÃO

Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram avaliados pela análise dos títulos e resumos. Inicialmente selecionados pelos títulos, quando deixava dúvida quanto ao critério de exclusão "não ter relação com a pergunta de pesquisa" era refinado pelos resumos. Após leitura dos resumos, os estudos que pareceram corresponder ao objetivo desta revisão, foram lidos integralmente e uma vez que preenchiam os critérios de inclusão, participaram deste estudo. Nos casos em que títulos e resumos não foram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se leitura da íntegra da publicação.

O levantamento foi realizado no mês de abril de 2016, durante os meses de maio e junho realizou-se leitura e refinamento dos artigos. Foram identificados 7997 estudos, após remoção de títulos duplicados, permaneceram 4016, excluí-se 2827 pela leitura dos títulos e 1136 pela leitura dos resumos, por não ter relação com a pergunta de pesquisa. Foram lidos 53 estudos na íntegra, excluídos 40, destes, 17 por se tratarem de revisão de literatura, 13 não ter relação com a pergunta de pesquisa, nove não eram artigos e um editorial. Permanecendo 13 artigos. Complementou-se o levantamento com busca manual nas referências dos estudos primários identificados, foi encontrado um estudo que atende aos critérios de inclusão/exclusão da pesquisa. Ao final, 14 artigos foram incluídos no estudo (Figura 1).

## 2.4 - EXTRAÇÃO DOS DADOS

Para a coleta dos dados, utilizou-se instrumento (ANEXO A) validado por Ursi (2005), composto dos seguintes itens: (1) identificação do estudo (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação); (2) instituição sede do estudo; (3) área de conhecimento da revista científica; (4) características metodológicas do estudo (tipo de publicação, objetivo ou questão de investigação, amostra, tratamento dos dados, intervenções realizadas, resultados, análise, implicações e nível de evidência); (5) avaliação do rigor metodológico. Porém, para a descrição desse estudo foram explorados com maior precisão os itens (1) e (4).



**Figura 1.** Processo de seleção de estudos para compor os resultados da revisão integrativa sobre medidas preventivas de acidentes de trânsito, 2005 a 2015.

## 2.5 - ANÁLISE E SÍNTESE DOS ARTIGOS

Para análise e síntese construiu-se um quadro síntese, contemplando autor do artigo e ano de publicação, local do estudo, população do estudo, intervenção/comparação e

resultados. Tanto a análise quanto a discussão dos dados foram realizadas de forma descritiva, possibilitando ao leitor avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa. Esses dados foram agrupados por semelhança de intervenção e organizados em categorias temáticas.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Tabela 1 apresenta a síntese dos 14 estudos incluídos nesta revisão. Verificou-se que 28,6% foram publicados no ano de 2008, 35,7% realizados nos Estados Unidos, sete estudos foram publicados em inglês e em revistas multidisciplinares sobre prevenção e agravos à saúde, algumas especificamente para traumas e acidentes.

Para melhor compreensão, os estudos foram classificados de acordo com a estratégia de intervenção, divididos em *educação*, com os estudos de Solórzano et al. (2008), Aresi et al. (2009), Bacchieri et al. (2010), Sabatés et al. (2011), Spiegel et al. (2012) e Stowe et al. (2015); *fiscalização* com os estudos de Davis et al. (2006), Pérez et al. (2007), Garcell et al. (2008), Hu, Mccartt e Teoh (2011); *infraestrutura* compreendendo o estudo de Rissa et al. (2008); *legislação* com o estudo de Hardeman et al. (2008) e *mecânica do carro* com os estudos de ROBERTSON (2007) e VIANO E PARENTEAU (2015).

**Tabela 1.** Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo autor, ano de publicação, local de estudo, população de estudo, intervenção/comparação e resultados.

Autor (ano)	Local do estudo	População de estudo	Intervenção / Comparação	Resultados
DAVIS et al. (2006).	Fresno, Califórnia, EUA.	População da cidade de Fresno.	Intervenção: programa de aplicação de infração por excesso de velocidade.	Diminuição de 50% das mortes por acidentes de trânsito OR=0,625 (IC95%: 0,398; 0,982) (p<0,003); 67% das mortes por excesso de velocidade (p<0,02). Redução de 20% (p<0,001) nos acidentes de veículos a motor.
PÉREZ et al. (2007)	Barcelona, Espanha.	População urbana de Barcelona.	Intervenção: instalação de radares fixos de velocidade.  Comparação: vias sem radares.	Redução de 27% nas colisões e no número de vítimas. Risco relativo foi menor para a área da intervenção (0,73; IC95%: 0,63 a 0,85). O efeito protetor foi maior aos finais de semana.
ROBERTSON (2007).	Estados Unidos.	População total urbana e rural dos Estados Unidos.	Estimar o efeito de mudanças de fatores do veículo na prevenção de acidentes de trânsito.	Haveria redução de 42% das mortes de veículos a motor utilizando carros com controle eletrônico de estabilidade.

SOLÓRZANO <i>et al.</i> (2008).	Cuernavaca, Morelos, México.	Alunos de 15 a 19 anos inscritos em pré-vestibulares e universitários de campi públicos e privados.	Intervenção: mensagens nos canais de rádio mais ouvidos pelos jovens, cartões postais, cartazes, folhetos e bandeiras sobre fatores de risco de acidentes de trânsito.	Aumento significativo ( $p > 0.0001$ ) no nível de conhecimento da população incluída no estudo. O nível de conhecimento alto aumentou em 16,59%.
RISSA <i>et al.</i> (2008).	Monterrey, México.	População urbana de Monterrey.	Intervenção: Barris de absorção e contenção de impacto (BAFI) em cruzamentos de eixo estreito (bifurcação da rua com um divisor em triângulo).	Efetividade na redução de mortalidade em acidentes de veículos contra objeto fixo.  0.6 ± 0.2 mortes em cruzamentos estreitos sem BAFI por cada 1000 acidentes.  0.03 ± 0.01 mortes em cruzamentos de eixo estreito com BAFI por cada 1000 acidentes.
HARDEMAN <i>et al.</i> (2008).	Cali, Colômbia.	População total urbana e rural de Cali.	Intervenção: conjunto de leis específicas aplicado pelas administrações municipais, relacionadas ao uso de capacetes pelos condutores e passageiros de motocicletas; restrição do tráfego de motocicletas nas festas de dezembro; obrigatoriedade do uso de coletes refletivos pelos motociclistas durante as 24h por dia; aumento dos agentes de trânsito e curso obrigatório para motociclista infrator.	Diminuição de 52,6% na taxa de mortalidade dos motociclistas por 100 mil habitantes, passando de 9,7 em 1995 para 3,6 em 2001.  A acumulação de intervenções mostrou um efeito melhor que apenas uma. Três intervenções mostrou redução na média de mortes mensais de -5,7 (IC95%: -1,9; -9,4), $p < 0.01$ .
GARCELL <i>et al.</i> (2008).	Província de Villa Clara, Cuba.	População total urbana e rural da província de Villa Clara.	Intervenção: detenção de condutores sobre efeito de álcool.	Redução de 29% nos acidentes de trânsito, 70% nas mortes relacionadas ao trânsito e 58% nas lesões em comparação com o mesmo período do ano anterior.
ARESI <i>et al.</i> (2009).	Milão, Itália.	Condutores designado (escolhidos motorista da rodada) que estiveram na discoteca no período do estudo.	Intervenção: Projeto "condutor seguro", dar o incentivo de uma entrada grátis na discoteca para o mês seguinte aos condutores motoristas da rodada, vinculados a um resultado de alcoolemia $< 0,5g/l$ ao sair da discoteca.  Comparação: condutores que não participaram da intervenção.	Os condutores que participaram da intervenção tiveram associação significativa com CAS inferior ao limite legal para conduzir ( $p < 0,001$ ), esses condutores apresentaram uma redução de 13% no consumo de álcool.
BACCHIERI <i>et al.</i> (2010).	Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	Trabalhadores homens, com 20 anos ou mais de idade, que utilizavam a bicicleta para o deslocamento ao trabalho por, pelo menos, 30 minutos por dia e cinco dias na semana.	Intervenção educativa de prevenção de acidentes de trânsito com trabalhadores que utilizam a bicicleta como modo de transporte.	Não foi observado efeito da intervenção na prevenção de acidentes.

Nesta revisão analisaram-se quatorze artigos que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão, nos permitindo identificar o que vem sendo estudado e publicado a respeito da prevenção de acidentes de trânsito (AT). Percebeu-se que vários são os países que buscam políticas de prevenção relacionadas a estes tipos de acidentes, corroborando

as informações da WHO (2015), sobre o preocupante aumento da mortalidade por acidente terrestre a nível mundial.

A maioria dos estudos aborda intervenções voltadas para a *educação* dos condutores e pré-condutores, como o estudo de Solórzano *et al.* (2008) que investigou nível de conhecimento em jovens de cursos pré vestibulares e universitários sobre causas e fatores de risco de AT, utilizando mensagens nos canais de rádio, cartões postais, cartazes, folhetos e bandeiras, concluindo no aumento do nível de conhecimento, embora não tenha usado grupo de comparação.

No entanto, Novoa, Pérez e Borrell (2009) verificaram não existir evidência de que programas educativos voltados a melhorar a condução dos motoristas reduzam infrações, colisões e lesões de trânsito para estudantes. Embora o estudo de Solórzano *et al.* (2008) tenha avaliado apenas nível de conhecimento, objetiva sensibilizar esses motoristas para a diminuição de acidentes, porém, os autores reforçam o fato da intervenção verificar apenas o conhecimento, sendo necessário estudo de abordagem mais integral para avaliar mudança comportamental. Os autores reforçam, ainda, que programas educativos para condutores com alto número de infrações de trânsito somente são efetivos se incluído medidas como anulação ou suspensão da permissão para dirigir.

No estudo de Bacchieri *et al.* (2010) realizado com homens que utilizavam bicicleta como meio de transporte para o trabalho não foi observado efeito da intervenção educativa nos desfechos estudados, palestras com vídeos educativos, oferta de kit de segurança e manutenção das bicicletas não impactou positivamente na prevenção de AT envolvendo esses usuários, o que pode estar relacionado ao trajeto metodológico e ao número amostral adotado pelos autores.

Segundo Conceição (2015), para a formação de conceitos e valores sobre o trânsito, essa prática deve ser promovida em todo o processo de escolarização, com o entendimento de que ninguém apreende valores em um dia, uma semana ou um ano. Deve ser organizada por meio de planejamento e ações coordenadas entre os órgãos do Sistema Nacional de Trânsito e Educação, capacitando professores e gestores, nas respectivas áreas de atuação. Essa fusão é de suma relevância para o trabalho desenvolvido nas escolas e para o resultado na comunidade. Poó *et al.* (2015) reforça que a educação para o trânsito na infância pode ser ferramenta chave para prevenir comportamentos de risco e promover hábitos de mobilidade mais saudáveis.

Embora, uma intervenção educativa com idosos tenha apresentado resultados satisfatórios na prevenção de AT, os resultados mostraram menos comportamentos de

risco dos idosos e condução de menor percurso no trânsito após participarem de palestras (Stowe et al., 2015). Corroborando com os achados de Kua *et al.* (2007) que verificaram melhora da condução de sensibilização e comportamento do condutor idoso utilizando intervenções educacionais.

Por outro lado, o estudo de Sabatés *et al.* (2011) mostrou diminuição de 71% no risco de consumo de álcool, utilizando um programa de sensibilização, fundamentado na mudança de atitudes, em alunos de auto escola. A intervenção foi realizada em oficinas educativas de capacitação, composta por cinco fases. Numa das fases do programa, vítimas de AT testemunharam para que os participantes integrem emoções e sentimentos, expuseram consequências de acidentes causados pelo consumo de álcool.

Talvez o fato de conhecer de perto a realidade de pessoas que viveram essa situação, com perdas irreparáveis, que vão além do campo visível, sequelas e implicações na vida cotidiana, como dependência funcional e financeira, mudança de planos e objetivos, causado por uma atitude que, muitas vezes, depende única e exclusivamente do motorista, possa ser um ponto positivo na mudança de atitudes (CRUZ, 2013).

Programas voltados ao condutor designado, popularmente conhecido como motorista da rodada, são alternativas para redução da condução sob efeito de álcool. Aresi *et al.* (2009) avaliaram a efetividade de um programa que consiste no oferecimento de incentivos para o condutor, na tentativa de não ultrapassar o limite legal de Concentração de Álcool no Sangue (CAS), menor que 0,5g/l. Os resultados mostraram associação significativa com CAS inferior ao limite legal para conduzir.

Avaliando dois programas que promovem o uso de condutor designado na prevenção de condução prejudicada pelo álcool, os resultados mostraram que as evidências são insuficientes para concluir sobre a eficácia de qualquer dos programas (DITTER et al., 2005).

Ditsuwan *et al.* (2013) verificou redução em até 24% nesses tipos de acidentes, resultante de intervenções educativas com campanhas de mídia. Os autores consideraram, ainda, esse tipo de intervenção a que tem melhor custo efetividade na redução dessa causalidade.

Nesse contexto, Spiegel *et al.* (2012) buscaram prevenir AT em crianças escolares, estudando o efeito de intervenção de mídia para influenciar o respeito ao limite de velocidade nas proximidades de uma escola. Foi utilizado display de LED com o rosto de uma criança sorrindo com a mensagem “obrigada” quando o limite de velocidade era



respeitado e “reduza” quando detectado excesso, reduzindo em 41,1% o excesso de velocidade.

Pode-se observar que intervenções educativas apresentam resultados positivos na conscientização e diminuição dos AT, sendo a principal forma de sensibilizar para um comportamento saudável no trânsito. Intervenções de qualidade associadas a outras medidas de segurança são efetivas e quando há contato direto com os participantes, os resultados são melhores.

Porém, as intervenções do tipo *fiscalizações* demonstraram maior efetividade na redução de mortes e acidentes relacionados ao trânsito. Nesse contexto, o radar de velocidade, fiscalização automatizada mais usada, tem sido descrito como eficiente na redução de colisões e mortes por excesso de velocidade. O estudo de Pérez et al. (2007) mostra essa evidência, que é reforçada por Pilkington e Kinra (2005). Embora seja uma medida pontual, pois Walter e Broughton (2011) verificaram que passados 400 metros do local de fiscalização, as velocidades voltam a exceder, e, se remover o radar, as velocidades retornam ao período pré-radar em apenas uma semana.

Hu, Mccartt e Teoh (2011) avaliaram o efeito de câmaras de luz vermelha na redução de acidentes fatais, comparando cidades norte americanas com câmaras à cidades que não o tinham, apurando redução de 35% na taxa média anual de acidentes fatais. Esse dado é reforçado por Skubic *et al.* (2014) que verificou redução nas admissões nos centros de traumas por colisões de veículos a motor e nos gastos públicos utilizando tais câmaras, sua remoção foi associado a aumento de duas vezes nas admissões nos centros de traumas.

Por outro lado, Davis *et al.* (2006) comparou o aumento do policiamento na fiscalização de excesso de velocidade ao ano imediatamente anterior à intervenção, mostrando diminuição de metade das mortes por AT e de 67% nas mortes causadas por excesso de velocidade.

Embora a fiscalização, automatizada ou não, esteja associada à diminuição de mortes por excesso de velocidade, ela não apresenta caráter educativo, como mostra Polli *et al.* (2010) em seus resultados, onde infratores de excesso de velocidade afirmam que cometeram infrações por não saber da existência de radar naquele local, mostrando desinteresse em manter direção segura, em seguir regras pelo seu bem estar e da sociedade, preocupando-se apenas com a punição. Esse tipo de raciocínio moral caracteriza a ação de acordo com as normas apenas onde há risco de fiscalização, a

motivação para cumprir a lei é não ser flagrado, não sofrer as sanções legais, não pagar multa, portanto, não ser punido.

No estudo de Garcell *et al.* (2008) as fiscalizações foram caracterizadas por pontos de verificação de sobriedade, semelhantes às “blitz” de álcool zero, onde os condutores foram selecionados aleatoriamente para realizar teste de alcoolemia, quem apresentou álcool no sangue, acima dos limites legais, foi penalizado conforme a lei. Tal intervenção reduziu 70% das mortes relacionadas ao trânsito, comparadas com o ano anterior à intervenção. Jomar, Abreu e Souto (2015) corroboram que fiscalizações têm contribuído para o declínio do comportamento de beber e dirigir.

Para que a fiscalização seja efetiva é necessário que a legislação tenha igualmente teor efetivo, que exista obrigatoriedade de execução do teste do bafômetro, por exemplo, e que tenham punições firmes, onde não haja “brecha” na lei para que os infratores fiquem impunes. No estudo de Nascimento e Menandro (2016) policiais fiscalizadores relatam a dificuldade em exercer seu trabalho, pela não obrigatoriedade do exame de verificação de teor alcoólico, existe o reconhecimento por parte desses policiais de que em tal quadro seu trabalho pode ser inútil, além das dificuldades com delegados, advogados e juizes para levar adiante a punição frente à constatação de irregularidades. A sugestão dos fiscalizadores é que o exame de teor alcoólico seja obrigatório por lei e que as punições estejam estabelecidas de forma clara e sejam aplicadas pelos Departamentos de Trânsito.

A importância da *legislação* acompanhada de fiscalização é reforçada por Hardeman *et al.* (2008), que averiguou o efeito das intervenções legislativas na diminuição de mortes em motociclistas, leis como obrigatoriedade do capacete para condutores de motocicletas, estendendo tal obrigatoriedade aos passageiros, em seguida, proibição de tráfego de motociclistas em festas de dezembro, como natal e ano novo, reduziu a taxa de mortalidade em motociclistas de 9,7 por cem mil habitantes para 5,5. Porém, logo após essa redução, diminuiu-se o número de fiscais de trânsito, ocasionando aumento de 35% nas mortes em motociclistas. O estudo concluiu que a junção de várias leis apresenta maior efetividade na redução dos acidentes, principalmente associada à fiscalização, com redução de 51% na mortalidade de motociclistas.

Percebesse que as leis não são efetivas se forem desacompanhadas de fiscalização. O mesmo vale para leis sobre consumo de álcool, uso do cinto de segurança e mecanismos de contenção para crianças. Essa evidência é reforçada no estudo de Aguilera, Moysés e Moysés (2014) onde mostra que a efetividade das leis de trânsito depende de uma fiscalização efetiva, da percepção imediata de punição dos condutores, pois o condutor

muda o comportamento somente quando sente que está sendo monitorado pela autoridade pública.

Quanto à intervenção voltada para a *infraestrutura*, Rissa *et al.* (2008) estudou o efeito de barris de absorção e contenção de impacto (BAFI) na redução da mortalidade por AT, esses dispositivos são recipientes de plástico reforçado com capacidade de até 180 litros de água, utilizados alinhados em números de dois ou quatro fixados por cabo especial, podendo reduzir a velocidade do veículo em 30% e 50% nos acidentes de veículos contra objeto fixo. Os resultados mostraram que o BAFI é uma medida útil, prática, econômica e que contribui para diminuição da mortalidade, ao servir como indicador visual de cruzamento e ter a capacidade de absorver e conter a força do impacto.

Projetos simples podem ser implantados em locais onde se observa maior concentração de acidentes, seus resultados são geralmente efetivos, medidas como melhora na sinalização vertical e horizontal, pavimentação, dispositivos redutores de velocidade (lombadas), ciclovias, separação física de pedestres e veículos em áreas de travessias urbanas, entre outros, tem melhor custo benefício e reduzem em média 30% dos AT (ARAÚJO, 2009).

O estudo de Jaarsma *et al.* (2011) mostrou que melhoria da sinalização, instalação de lombadas e elevação da via nos cruzamentos perigosos propiciaram redução de 24% no número de colisões e 44% nas colisões ocorridas em cruzamentos. A aplicação de medidas de engenharia de baixo custo, não significa que os acidentes serão necessariamente evitados, no entanto, os riscos podem ser sensivelmente reduzidos e isso aumenta muito a segurança.

Sobre intervenções para *mudanças na engenharia do carro*, Robertson (2007) estimou o efeito de mudar fatores do veículo para reduzir a mortalidade por acidentes de trânsito, seus resultados mostraram que se os carros estudados tivessem Controle Eletrônico de Estabilidade (ESC), melhor resistência ao choque e melhor estabilidade estática, as mortes nos veículos estudados teria redução de 42%, 28% e 11%, respectivamente.

Ferguson (2007) concluiu que devido aos benefícios extraordinários do ESC na prevenção de falhas, especialmente aquelas com resultados mais graves, a implementação do ESC deve ser acelerada para cobrir toda a gama de veículos de passageiros em ambos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento.

Da mesma forma, o estudo de Rizzi, Kullgren e Tingvall. (2016) verificou que motocicletas com Sistema Antibloqueio (ABS) reduziu lesões graves, principalmente o

número de atendimentos de emergência. O sistema ABS fornece melhor desempenho, estabilidade e frenagem, além de evitar algumas falhas.

Viano e Parenteau (2015) estudou o efeito de assentos de alta retenção na prevenção de lesões fatais em impactos traseiros, Verificou-se que o risco de mortalidade foi maior em carros que não tinham esses assentos, a redução de chance de ferimentos fatais foi de 46,3% com assentos de retenção, redução igual para carros de passageiros como para veículos utilitários esportivos (SUV), caminhões leves e vans.

## 4. CONCLUSÕES

Concluindo essa revisão integrativa, pudemos ver a efetividade das intervenções para a redução de AT, várias medidas de segurança se mostraram efetivas e dentre os principais fatores de risco apontados por este estudo, somente não houve medidas de intervenção específicas para o uso do cinto de segurança e mecanismos de contenção para crianças.

A maioria dos estudos avaliou o efeito de intervenções educativas, que são centradas no indivíduo, dentre elas somente a intervenção de Bacchieri *et al.* (2010) não apresentou os resultados esperados, nesse caso pode ter sido pelo desinteresse dos participantes e pelo absenteísmo, como relatou os autores, ou, pela metodologia não adequada para o objetivo do estudo. A literatura mostra que as intervenções educativas são as menos efetivas, porque dependem do conhecimento ou mudança de comportamento dos usuários, porém, o aumento do conhecimento não implica em mudança comportamental, de modo que essa intervenção deve ser usada com apoio de outra.

Por outro lado, quando há monitoramento pela autoridade pública, impõe obrigação de cumprir a legislação imposta, para não sofrerem penalidades com multas, apreensão do veículo ou carteira de motorista, e até detenção, quando o caso assim o requerer.

Vários estudiosos afirmam que o fator humano é responsável por dois terços das causas de acidentes, no entanto, intervenções que focam o aumento de conhecimento desses indivíduos não causa mudança comportamental, e conseqüentemente não apresentam resultados satisfatórios na redução de acidentes. As medidas de fiscalização policial, no entanto, tem se mostrado como verdadeiras medidas efetivas de intervenção, apresentando maior impacto na redução de acidentes, porque implica em punição monetária e impossibilidade de dirigir para o motorista infrator, é uma medida na qual obriga

os usuários a aderirem a uma prática correta e segura no trânsito, e ainda, foca nos cinco principais fatores de risco para acidentes.

No entanto, não são apenas medidas como esta que contribuem para a redução das fatalidades no trânsito. A combinação da educação para o trânsito e mudanças na infraestrutura tem apresentado resultados muito positivos. No geral, o impacto da intervenção de fiscalização é mais efetiva quando realizada conjuntamente com outra, como educação.

Embora tenhamos concluído na efetividade das fiscalizações, alguns trabalhos apresentam limitações metodológicas, que podem causar uma superestimação dos efeitos das intervenções avaliadas, como a falta de um grupo de comparação, falta de controle de fator de confusão, como tendência temporal e efeito de outras intervenções. Uma limitação desta revisão é a variedade de desfechos (colisões, hospitalizações e óbitos) utilizados na avaliação dos diferentes estudos, o que dificulta, mas não impede a comparação entre eles. Outra limitação é a não inclusão de outras bases de dados eletrônicas, que poderiam apresentar estudos não indexados nas bases utilizadas.

Porém, há que se considerar que mesmo apresentando alguns fatores limitantes, os estudos mostraram efeitos positivos das intervenções na redução, ocorrência e gravidade dos acidentes de trânsito, levando em consideração as vidas salvas e redução dos danos causados à sociedade por esse grave problema de saúde pública. Conclui-se que deve haver investimentos em medidas preventivas como as apresentadas nos resultados deste estudo para melhoria de tais índices de acidentes.

## 5. REFERÊNCIAS

AGUILERA, S. L. V. U.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Intervenções de segurança viária e seus efeitos nas lesões causadas pelo trânsito: uma revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 36, n. 4, p. 257-265, 2014.

ARAÚJO, F. C. C. **Redução dos impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito através da engenharia de baixo custo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, 33f. 2009.

ARESI, G. et al. Evaluación de una intervención con conductores designados para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en las discotecas de Milán, Italia. **ADICCIONES**, v. 21, n. 4, p. 279-288. 2009.

BACCHIERI, G. et al. Intervenção comunitária para prevenção de acidentes de trânsito entre trabalhadores ciclistas. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 867-876. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS, tecnologia da informação a serviço do SUS, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>> Acessado em 07/06/2016.

CONCEIÇÃO, G. F. Educação para o trânsito: um estudo desenvolvido na Escola Municipal Sadao Watanabe. **Revista Eventos Pedagógicos**, v. 6, n. 2, p. 133-141, jun./jul. 2015.

CRUZ, M. J. A. **Os impactos dos acidentes de trânsito por lesão corporal na vida dos vitimados em face ao controle social do estado**. Dissertação (Mestrado) - Universidade da Amazônia, Belém. 104f. 2013.

DAVIS, J. W. et al. Aggressive traffic enforcement: a simple and effective injury prevention program. **J Traum**, v. 60, p. 972-977. 2006.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260-1266. 2011.

DITSUWAN, V. et al. Cost-effectiveness of interventions for reducing road traffic injuries related to driving under the influence of alcohol. **Value in Health**, v. 16, p. 20-30, 2013.

DITTER, S. M. et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 28, n. 5, p. 280-287. 2005.

FERGUSON, S.A. The effectiveness of electronic stability control in reducing realworld crashes: a literature review. **Traffic Inj Prev**, v. 8, n. 4, p. 329-338, Dec. 2007.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health, New York**, v. 10, n.11, p. 1-11. 1987.

GARCELL, H. G. et al. Impacto de un programa de detección de conductores bajo los efectos del alcohol en la prevención de accidentes de tráfico (provincia de Villa Clara [Cuba]). **Gac Sanit**, v. 22, n 4. P. 344-347, 2008.

HARDMAN, V. E. et al. Efectos de las intervenciones diseñadas para prevenir las muertes de motociclistas en Cali, Colombia (1993-2001). **Salud Pública de México**, v. 50, n. 1, p. S69-S77. 2008.

HU, W.; MCCARTT, A. T.; TEOH, E. R. Effects of red light camera enforcement on fatal crashes in large US cities. **Journal of Safety Research**, v. 42, p. 277-282, 2011.



JAARSMA, R. et al. Making minor rural road networks safer: the effects of 60 km/h-zones. **Accid Anal Prev**, v. 43, n. 4, p. 1508-1515. Jul 2011.

JOMAR, R. T.; ABBREU, A. M. M.; SOUTO, J. S. S. Beber e dirigir: comportamentos de motociclistas abordados pela operação lei seca. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 792-797, out/dez 2015.

KUA, A. et al. Older driver retraining: a systematic review of evidence of effectiveness. **J Safety Res**, v. 38, n. 1, p. 81-90, 2007.

NASCIMENTO, A. S.; MENANDRO, P. R. M. Bebida alcoólica e direção automotiva: relatos de policiais militares sobre a “lei seca”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 411-425, abr/jun, 2016.

NOVOA, A. M.; PÉREZ, K. BORELL, C. Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. **Gac Sanit**, v. 23, n. 6, p. 553.e1–553.e14, 2009.

PÉREZ, K. *et al.* Reducing Road Traffic Injuries: Effectiveness of speed cameras in an urban setting. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 9, p. 1632-1637, Sep, 2007.

PILKINGTON, P.; KINRA, S. Effectiveness of speed cameras in preventing road traffic collisions and related casualties: systematic review. **BMJ**, v. 330, p. 331-334. 2005.

POLLI, G. M. et al. Excesso de velocidade no trânsito: análise sob a perspectiva da moralidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 86-97, 2010.

POÓ, F. M. et al. Educación vial y movilidad en la Infancia. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 387-395, 2015

RISSA, C. A. et al. Barriles de absorción y contención del impacto: reducción de mortalidade por accidentes de trânsito. **Salud Pública de México**, v. 50, n. 1, p. S55-S59, 2008.

RIZZI, M.; KULLGREN, A.; TINGVALL, C. The combined benefits of motorcycle antilock braking systems (ABS) in preventing crashes and reducing crash severity, **Traffic Injury Preention**, v. 17, n. 3, 2016.

ROBERTSON, L. S. Prevention of motor-vehicle deaths by changing vehicle factors. **Injury Prevention**, v. 13, p. 307-310. 2007

SABATÉS, L. A. et al. Evaluación de un programa de cambio de actitudes com preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. **ADICCIONES**, v. 23, n. 3, p. 257-265, 2011.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev Bras Fisioter**, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.



SKUBIC, J. et al. Impact of speed cameras on trauma centers. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 77, n. 2, p. 193-197, 2014.

SOLÓRZANO, E. H. et al. Accidentes de tránsito de vehículos de motor en la población joven: evaluación de una intervención educativa en Cuernavaca, Morelos. **Salud Pública de México**, v. 50, n 1, p. S60- S68. 2008.

SOUSA FILHO, O. A.; XAVIER, É. P.; VIEIRA, L. J. E. S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3. P. 539-546. 2008.

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

SPIEGELL, R. et al. Preventing road injuries in children by applying feedback devices. **Traffic Injury Prevention**, v. 13, p. 49-54, 2012.

STOWE, J. D. et al. A randomized crash injury prevention trial of transitioning high-risk elders from driving. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 79, n. 1, p. 132-137, 2015.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 128f. 2005.

VIANO, D. C.; PARENTEAU, C. S. Update on the Effectiveness of High Retention Seats in Preventing Fatal Injury in Rear Impacts. **Traffic Injury Prevention**, v. 16, p. 154-158, 2015.

WALTER, L.; BROUGHTON, J. Effectiveness of speed indicator devices: An observational study in South London. **Accident Analysis and Prevention**, v. 43, p. 1355–1358, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHO. World Health Organization. **Global status report on road safety 2013. Supporting a decade of action**. Geneva: World Health Organization; 2013.

WHO. World Health Organization. **Global status report on road safety 2015**. Geneva: World Health Organization; 2015.

## MORTALIDADE RELACIONADAS À DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO – ACRE, NO PERÍODO DE 2002 A 2016

**Eufrasia Santos Cadorin<sup>1</sup>, Orivaldo Florêncio<sup>2</sup>, Analdemyra da Costa Moreira<sup>3</sup>,  
Terezinha de Jesus Bacelar Sarquis<sup>3</sup>, Italla Maria Pinheiro Bezerra<sup>4</sup>, Osvaldo de  
Sousa Leal Junior<sup>5</sup>**

1. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Centro Universitário Uninorte, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.
3. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Rio Branco, Acre, Brasil.
4. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, Espírito Santo, Brasil;
5. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro Universitário Uninorte e Secretaria de Estado de Saúde, Rio Branco, Acre, Brasil;

### RESUMO

Em decorrência do aumento na taxa de mortalidade, a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis figuram dentre as intervenções prioritárias na Atenção Primária. O estudo se propõe a analisar a correlação entre os óbitos causais de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, evitáveis por condições sensíveis na Atenção Primária e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Se refere a um estudo epidemiológico ecológico descritivo, com análise dos dados de Mortalidade referentes aos óbitos por condições sensíveis à atenção primária, relacionando as causas evitáveis na população de 05 a 74 anos com ações de promoção, prevenção, controle e atenção a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a cobertura da estratégia de saúde da família, no período de 2002 a 2016 em Rio Branco – Acre. Dentre os agravos não transmissíveis com maior taxa de mortalidade registrados no município, foram encontrados as Doenças do Aparelho Circulatório com a média de 42,3%, seguido das Neoplasias com 23,7%, Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas com 13,8%, Doenças do Aparelho Respiratório com 11,8%, Doenças do Aparelho Digestivo com 3,6% e Transtornos Mentais e Comportamentais com 3,0%. Não foi demonstrada a relação direta entre a Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a Cobertura Populacional da Estratégia de Saúde da Família no período de 2002 a 2016.

**Descritores:** Mortalidade, Condições Sensíveis e Estratégia de Saúde da Família.

### ABSTRACT

As a result of the increase in the mortality rate, the prevention and control of Chronic Non-communicable Diseases are among the priority interventions in Primary Care. The study

proposes to analyze the correlation between the causal deaths of Diseases and Non-Communicable Diseases, avoidable by sensitive conditions in Primary Care and the coverage of the Family Health Strategy. It refers to a descriptive ecological epidemiological study, analyzing Mortality data regarding deaths due to conditions sensitive to primary care, relating the avoidable causes in the population aged 05 to 74 years with actions of promotion, prevention, control and attention to Chronic Diseases No (DCNT) and the coverage of the family health strategy, from 2002 to 2016 in Rio Branco - Acre. Among the noncommunicable diseases with the highest mortality rate recorded in the city, the Diseases of the Circulatory System were found with a mean of 42.3%, followed by Neoplasms with 23.7%, Endocrine and Nutritional Diseases and Metabolic with 13.8% Respiratory System Diseases with 11.8%, Digestive System Diseases with 3.6% and Mental and Behavioral Disorders with 3.0%. The direct relationship between Mortality due to Noncommunicable Chronic Diseases and the Population Coverage of the Family Health Strategy between 2002 and 2016 has not been demonstrated.

**Descriptors:** Mortality, Chronic Diseases and Family Health Strategy.

## 1. INTRODUÇÃO

A efetividade da Atenção Primária em Saúde está associada à menores custos, satisfação dos usuários e melhoria das condições de saúde das pessoas, promovendo a redução das iniquidades sociais (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2012; JUNQUEIRA, 2012).

Visando reorientar o modelo de atenção à saúde no município de Rio Branco - Acre, a Secretaria Municipal de Saúde implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1993 e a Estratégia de Saúde da Família em 1995, com seis Equipes de Saúde da Família (eSF), na perspectiva de fortalecer a Atenção Primária (LEAL et al., 2013).

Dentre os desafios atuais na atenção primária encontram-se as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), com consequências como o aumento da mortalidade prematura e a perda da qualidade de vida com impactos para o indivíduo, família e sociedade (MALTA, 2013).

Considerando o crescente aumento da taxa de mortalidade em decorrência desse agravo no contexto local, bem como a necessidade de analisar a capacidade de intervenção das equipes de atenção primária nos territórios de saúde, o estudo se propõe a avaliar a Mortalidade por Doenças Crônicas e a correlação com a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco, no período de 2002 a 2016.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico ecológico descritivo, com análise dos dados de mortalidade referentes aos óbitos por condições sensíveis à atenção primária, relacionando as causas evitáveis na população de 05 a 74 anos com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde para o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Foram analisados os óbitos ocorridos no município de Rio Branco – Acre, no período de 2002 a 2016, disponíveis na base de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e os dados referentes a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no mesmo período, disponível na base de dados do Sistema de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, buscando identificar a correlação entre os dados.

O estudo limitou-se aos últimos 15 anos, considerando que os dados referentes à cobertura populacional da ESF disponível no sistema SAGE, são a partir de 2002, não sendo possível a análise desde o período de implantação da Estratégia no município. Com relação à Mortalidade, os dados disponíveis no SIM, quando do acesso em maio de 2019, se referiam ao ano de 2016, o que limita a análise atual.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2002 a 2016 foram registrados no município de Rio Branco, 14.690 óbitos por mortalidade geral na faixa etária de 05 a 74 anos. Destes, 5.519 estiveram relacionados às causas evitáveis na APS por doenças crônicas o que corresponde a uma taxa de mortalidade proporcional de 37,6% no total de óbitos.

A análise da série histórica da mortalidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no município de Rio Branco no mesmo período, possibilitou observar que as principais causas das mortes estiveram relacionadas às doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias, doenças endócrinas e nutricionais, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais (Tabela 1).

**Tabela 1.** Mortalidade proporcional por Doenças e Agravos Não Transmissíveis relacionados a condições sensíveis na Atenção Primária, em Rio Branco – Acre, 2002 a 2016.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Doenças do aparelho circulatório	40,9	42,5	40,6	41,0	47,4	42,0	49,2	57,4	48,7	43,5	34,3	36,3	38,3	43,9	35,2	<b>42,8</b>
Neoplasias	21,0	22,0	23,7	19,9	13,9	15,7	17,9	10,0	15,5	26,3	34,1	35,2	28,6	26,5	33,4	<b>23,7</b>
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14,7	17,7	13,7	15,0	15,3	17,2	14,0	14,7	13,1	14,1	13,1	9,4	14,5	13,4	10,3	<b>13,8</b>
Doenças do aparelho respiratório	12,7	10,6	11,2	11,6	12,8	14,4	8,4	11,6	11,0	9,8	12,0	14,6	11,4	9,9	14,3	<b>11,8</b>
Doenças do aparelho digestivo	3,6	3,5	5,2	4,4	2,7	3,7	3,1	2,8	4,2	3,9	3,4	2,7	3,4	4,0	3,6	<b>3,6</b>
Transtornos mentais e comportamentais	4,4	2,0	3,6	6,1	4,9	5,5	4,5	2,5	4,8	2,0	1,8	1,4	1,8	0,7	1,6	<b>3,0</b>

Embora com redução no número de óbitos, a partir de 2011, os transtornos mentais ainda representam um desafio na saúde pública, ocupando o 6º lugar como causa de mortalidade proporcional dentre as seis principais doenças. Hanlon e cols (2016) afirmam que para promover o cuidado em saúde mental, são necessárias intervenções organizadas e hierarquizadas, com oportunidades de acesso e a ampliação dos serviços de saúde para intervenções a nível de comunidade, sistemas e serviços.

A Política Nacional de Saúde Mental orienta o papel da atenção básica no cuidado as pessoas em situação de sofrimento e transtornos mentais, propondo a reorganização dos serviços, porém os profissionais da estratégia de saúde da família ainda se sentem receosos no atendimento e acolhimento destes usuários o que pode estar relacionado a concepções e práticas de saúde paradigmáticas que podem comprometer a Rede de Atenção Psicossocial (OLIVEIRA et al., 2017).

As doenças do aparelho digestivo, foram responsáveis por 3,6% do total de óbitos no período, ocupando o 5º lugar. Segundo a relação de causas evitáveis na população de 05

a 74 anos, estão incluídas nesse agravo as varizes esofagianas, mais frequentes em homens adultos. A ruptura de varizes do esôfago, causando sangramento e hemorragia, é uma complicação dos portadores da Síndrome de Hipertensão Portal, e a cada ressangramento está associada taxa de mortalidade de cerca de 20% (COIMBRA, 2011).

No município de Rio Branco, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis pela 4ª maior causa de mortes por Condições Sensíveis. Brilleman e cols (2013), demonstraram que a oferta de serviços regulares com capacidade para identificar e cuidar dos sintomas iniciais de doenças respiratórias crônicas, interfere diretamente na redução da mortalidade, sendo a 2ª principal causa que interfere no indicador.

No índice de mortalidade, apresenta-se em 3º lugar, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Em 2002 estas foram responsáveis por 14,7% dos óbitos seguido de 17,7% em 2003. Em 2004 observa-se uma redução em relação aos anos anteriores, com as taxas oscilando entre 14,7% a 9,4% no período de 2004 a 2016. Em 2013 houve uma redução significativa sendo registrado uma taxa de 9,4%.

Nas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, se encontram relacionadas dentre outras, o Diabetes *Mellitus*. A taxa de mortalidade em decorrência desse agravo, oscila para mais ou para menos no decorrer dos anos. Uma das principais estratégias de prevenção e controle do Diabetes *Mellitus* está relacionado ao estilo de vida, com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, associados à atividade física. Na atenção primária, é orientada a assistência com a oferta de consultas individuais, atenção domiciliar, mensuração da glicemia capilar e atividades educativas que estimulem a adoção de estilo de vida saudável (RODRIGUES, 2006; LYRA, 2016).

Os óbitos relacionados às neoplasias, figuram em 2º lugar dentre as três principais e foram responsáveis por 21%, 22%, 23% e 19,9% em 2002, 2003, 2004 e 2005, respectivamente. No ano de 2006 apresenta uma redução de 9% em relação à 2004, com 13,9% dos óbitos. Em 2009 foi registrada a menor taxa na série histórica, com 10% do total de óbitos. A partir de 2010 essa taxa vem se elevando, com registro de 35,2% em 2013, 34,1% em 2012 e 33,4% em 2016.

As neoplasias vêm apresentando crescente evolução e no município de Rio Branco, as taxas de mortalidade demonstram também um crescimento a partir de 2011, se mantendo entre 26,3% a 33,4% no período de 2011 a 2016. A maior taxa registrada foi no ano de 2013, com 35,2% de óbitos. Gallagher e LeRoith (2015) afirmam que pacientes com obesidade e diabetes tipo 2 apresentam maior risco de desenvolver ou vir a óbito por

diversos tipos de neoplasias, pela existência de potencial metabólico que podem promover o crescimento de subtipos específicos de células cancerígenas.

Uma das neoplasias mais frequentes nas mulheres é o câncer de colo de útero e de mama, que são prioritários no cuidado primário. Para prevenção e controle do câncer de mama, são previstas ações de comunicação e educação em saúde, informando as mulheres sobre os fatores de risco e a detecção precoce, além da rotina do rastreamento (PARADA, 2008). A prevenção do câncer de colo do útero está relacionada ao controle da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Como estratégias têm-se a vacinação de adolescentes, o uso do preservativo que é distribuído nas Unidades Básicas de Saúde, as ações educativas e a oferta do exame citopatológico (MELO, 2012).

Com maior taxa de óbitos no município foram encontradas as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, com 40,9% no ano de 2002, alcançando a maior taxa em 2009 com 57,4% e em 2016 nota-se uma redução para 35,2%. Nesse período a variação na taxa de mortalidade foi de aproximadamente 23% e esses dados mantêm as doenças do aparelho circulatório em 1º lugar quando analisadas as seis principais causas de morte relacionadas às condições sensíveis.

As doenças relacionadas ao aparelho circulatório, apresentaram a maior taxa de mortalidade, se mantendo acima de 30%, sendo que no período de 2002 a 2011 o número de óbitos é ascendente. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 a taxa registrada é menor que em 2002, resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Vilela e colaboradores, os quais demonstram a evolução da mortalidade por Doenças Cerebrovasculares no período de 1980 a 2012, sendo maior na população do sexo masculino, ultrapassando a taxa de 30% acima de 50 anos (VILELA, 2016).

Dentre os fatores responsáveis pela elevação dos óbitos por doenças cardiovasculares foram relacionados na Europa Central e Ocidental, o envelhecimento e o crescimento populacional, com aumento de 41% entre 1990 e 2013 (ROTH, 2015). Tal fator, também pode ser associado a variação da mortalidade no Brasil, considerando que o índice vem apresentando um aumento na população com mais de 60 anos.

As DCNT que apresentaram maior evolução para mortalidade na faixa etária entre 05 a 74 anos por causas sensíveis em Rio Branco, foram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças endócrinas. Nos Estados Unidos, as doenças crônicas são responsáveis por 75% dos custos com os cuidados na saúde e na Grécia, um estudo desenvolvido com 20.299 no ano de 2008, demonstrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes, seguidos das doenças endócrinas,



musculoesqueléticas e respiratórias (MILANI, 2015; MINAS, 2010).

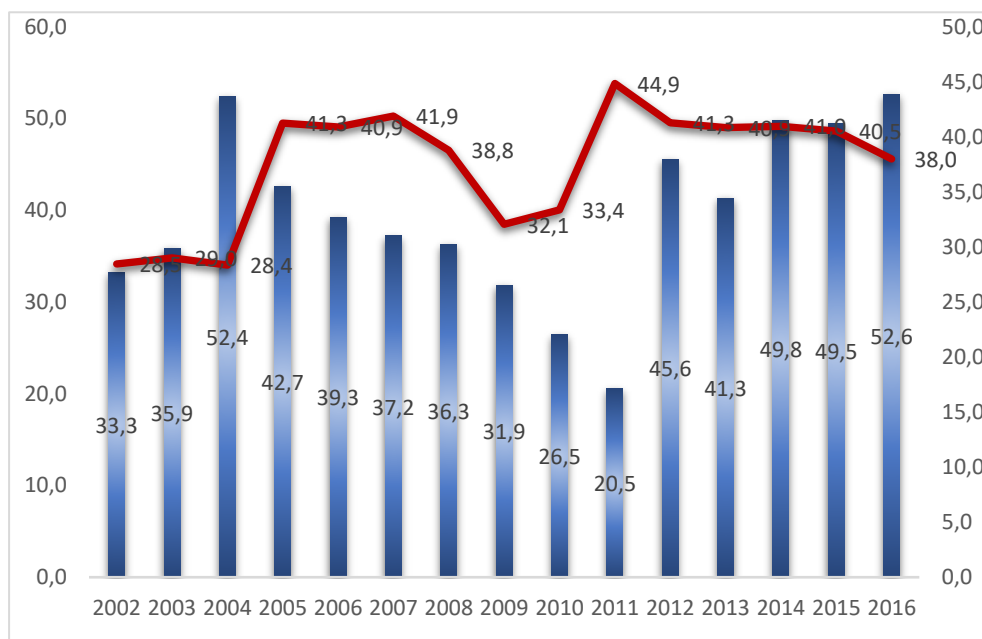
Os fatores comportamentais, estão relacionados às principais causas das DCNT, o que requer mudanças no estilo de vida de pessoas que ao longo dos anos, desenvolveram hábitos favoráveis ao desenvolvimento de uma condição crônica, o que dificulta o processo de mudanças comportamentais, mesmo quando estes reconhecem a importância destes fatores. Um estudo realizado na Suíça publicado em 2014, concluiu que a combinação dos fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool, atividade física e dieta, teve impacto de 10 anos na sobrevivência quando comparados às pessoas sem estes fatores de risco, sendo essa diferença maior que o efeito de gênero (MARTIN-DIENER, 2014).

O debate sobre a função do sistema de saúde na prevenção ou redução da mortalidade não é recente, sendo o conceito de mortes evitáveis proposto por diversos autores. Suárez-Varela apud Malta e colaboradores (2013), definem as mortes evitáveis como àquelas, cuja ocorrência relaciona-se à intervenção médica no tempo oportuno. Na década de 70 o Working Group on Preventable Manageable Diseases, da Universidade de Harvard propôs uma lista com aproximadamente 90 causas de óbitos evitáveis quando da existência de serviços de saúde efetivos (MALTA, 2013).

Atualmente, as causas consideradas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), englobam os problemas de saúde atendidos no primeiro nível de atenção. Os indicadores relacionados à CSAP visam identificar se a atenção primária vem sendo ofertada de forma adequada a resolver os problemas básicos de saúde nos territórios (NEDEL, 2008).

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família, foi avaliada a partir de 2002, de acordo com os indicadores de cobertura demonstrados na Figura 1, onde se percebe que o maior percentual de cobertura da estratégia de saúde da família, se deu em 2016, quando alcançou 52,6% da população.

Nos três primeiros anos, se observa que a tendência da cobertura foi de crescimento, saindo de 33,3% em 2002 para 52,4% em 2004. Entre 2005 e 2011, a cobertura reduz gradativamente, alcançando o seu menor indicador em 2011 com 20,5%, quando volta a crescer em 2012. Com relação a análise da taxa de mortalidade, essa correspondeu a 28,5% em 2002 e a 38% em 2016 e de acordo com os dados, a maior taxa registrada foi em 2011 com 44,9% de óbitos, enquanto que no período de 2002 a 2007 a tendência demonstra o aumento no número de óbitos, quando começa a decrescer a partir de 2012



**Figura 1.** Relação entre cobertura da Estratégia de Saúde da Família e mortalidade proporcional por condições sensíveis no período de 2002 a 2016 em Rio Branco, Acre. Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde, 2019.

A análise da Figura 1 permite observar que o maior percentual de cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família se deu no ano de 2016 com 52,6% de cobertura, índice semelhante à 2004 com 52,4%, apresentando um declínio ao longo de 2005 a 2011 quando se nota o menor percentual de cobertura registrado. Essa expansão em 2004 pode estar relacionada ao Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF) o qual incentivou a expansão das equipes em todo território nacional e em 2013 ao Programa Mais Médicos que garantiu a permanência de médicos nas equipes de saúde, ambos financiados pelo Governo Federal (LEAL, 2013; BRASIL, 2015).

No período de 2002 a 2004 as DCNT's apresentaram estabilidade em patamares pouco inferiores a 30%, sendo observado no ano seguinte (2005) uma elevação abrupta deste percentual com incremento de 45,42%. A melhoria na qualidade da informação epidemiológica pode explicar esta curva ascendente aguda.

Estudo desenvolvido em Ontário, buscando determinar a relação dos cuidados médicos na Atenção Primária e os indicadores de qualidade, concluiu que não houve uma relação consistente entre a gestão das doenças crônicas e os indicadores de acesso (DAHROUGE, 2016)

No período seguinte (2005 a 2009), se observa uma queda significativa de ambos os indicadores, levando em primeira análise ao não estabelecimento de correlação

antagônica entre os mesmos. No entanto, é importante salientar que outros fatores de confusão podem estar presentes como a melhoria da assistência hospitalar e ainda o fato de que, embora a maior dificuldade de acesso à atenção primária seja responsável pelo aumento de casos de reagudização de doenças crônicas e consequente êxito letal, a repercussão a médio e longo prazo com o avanço do comprometimento sistêmico podem explicar em parte o segundo pico ascendente da taxa de mortalidade (2010 a 2011), o que demonstra que a efetividade das ações da Equipe de Saúde da Família (eSF) somente é visível a longo prazo, com a garantia da longitudinalidade do cuidado.

Assim, a redução gradativa da cobertura de 2005 a 2011, pode ter relação direta com o aumento da mortalidade em 2011, quando atinge seu maior índice. A partir de 2012, a cobertura volta a crescer e a taxa de mortalidade, apresenta nova tendência de redução. Importante destacar que este crescimento tem forte componente de qualificação, supervisão acadêmica e perenidade nas equipes de saúde da família consequente ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos para o Brasil que em 2016 foi responsável pela cobertura de 52,6% no município.

Um outro aspecto a se considerar está relacionado a ausência de informações sobre o município de residência destes pacientes, tendo em vista que o município de Rio Branco concentra aproximadamente dois terços da assistência hospitalar do Estado do Acre em detrimento de sua população que corresponde aproximadamente à metade dos habitantes do Estado, sendo município de referência para a média e alta complexidade, recebendo pacientes de outros municípios do Acre e de outros estados de fronteira.

A atuação na Atenção Primária, implica na reorientação do modelo de atenção com o monitoramento das condições de saúde da população, desenvolvendo um sistema de vigilância de DCNT capaz de acompanhar as mudanças dos problemas de saúde no território e os fatores de risco existentes, buscando intervir precocemente. Os indicadores referentes a CSAP possibilitam avaliar o impacto das ações e serviços de saúde, sendo uma importante ferramenta de trabalho ao alcance da eSF para avaliar e reorganizar suas ações a partir das necessidades de cada território (MALTA, 2013).

Um dos princípios defendidos na Conferência de Promoção da Saúde é que estas ações de saúde devem aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos de forma a influenciar nos determinantes da saúde, o que exige uma educação prática e contínua, capacitação para liderança e acesso à recursos (ALVAREZ, 2016; MARCHIORI, 2000).

Nesse contexto, para intervir nas condições de saúde da população no cotidiano das práticas de saúde, o processo de trabalho da ESF, deve ser orientado pelo desenvolvimento de ações que promovam a autonomia dos usuários para o autocuidado, estimulando seu engajamento e apoiando a construção de uma agenda para autogestão do cuidado que possibilite a resolução de seus problemas de saúde de forma colaborativa definindo objetivos comportamentais com crenças e atitudes mais positivas, criando assim um cenário propício para mudanças nos indicadores de saúde.

## 4. CONCLUSÃO

A cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco não apresentou relação direta com a redução da mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com impactos gerados no mesmo ano, porém, a análise das duas variáveis utilizadas como referência no estudo, o percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, se mostrou insuficiente para o estabelecimento de correlação entre as mesmas, em decorrência da necessidade de se considerar ainda variáveis relacionadas à cobertura hospitalar e indicadores de qualidade das informações epidemiológicas, as quais analisadas em conjunto, possibilitam uma análise mais detalhada e possível estabelecimento de associações.

O estudo foi limitado ainda a uma análise quantitativa, refletindo os dados referentes à taxa de mortalidade e percentual de cobertura populacional, nesse contexto, não foi possível analisar o processo de trabalho da equipe de saúde e sua capacidade de intervenção na comunidade, bem como a influência destas ações nos hábitos comportamentais dos usuários de saúde, ressaltando-se a necessidade do desenvolvimento de um novo estudo para aprofundamento da análise.

## 5. REFERÊNCIAS

ALVAREZ, C.; GREENE, J.; HIBBARD, J.; OVERTON, V. The role of primary care providers in patient activation and engagement in self-management: a cross-sectional analysis. **BMC Health Services Research.**, v.16, p.85, 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** “Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências”. Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRILLEMANN, S.; SAMUEL, L.; AN CHRIS, SALISBURY. Comparing Measures of Multimorbidity to Predict Outcomes in Primary Care: A Cross Sectional Study. **Family Practice.**, v.30, n.2, p.172–178, 2013.

COIMBRA, F. T. V.; FELIX, V. N.; MANIGLIA, J. V.; BARRISON, DANIELA. Dor torácica e disfagia decorrentes de escleroterapia de varizes esofágicas: estudo de 14 casos. **Arquivo de Ciências da Saúde.**, v.18, n.1, p.50-54, 2011.

DAHROUGE, S.; HOGG, W.; YOUNGER, J.; MUGGAH, E.; RUSSELL, G. *et al.* Primary Care Physician Panel Size and Quality of Care: A Population-Based Study in Ontario, Canada. **Annals of Family Medicine.**, v.14, 2016.

GALLAGHER, E.J.; LEROITH, D. Obesity and Diabetes: The Increased Risk of Cancer and Cancer-Related Mortality. **Physiological Reviews.**, v.95, n.3, p.727-748, 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária em Saúde.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

HANLON, C.; FEKADU, A.; JORDANS, M. *et al.* District mental healthcare plans for five low- and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. **The British Journal of Psychiatry.**, v.208, Suppl.56, p.47-54, 2016.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Revista de Saúde Pública.**, v.46, n.5, p.761-768, 2012.

LEAL, O.; CADORIN, E. S.; ANGEL, D.; REBOUÇAS, M.; RODRIGUES JR, A. **O percurso da saúde pública em Rio Branco: de sede de Departamento do Alto Acre à capital do Estado do Acre.** In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R; LOFEGO, J.; LEAL, O.; GUIZARDI, F. (org). Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco – Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional. – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTI, N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia.**, v.50, n.2, p.239-249, 2006.

MALTA, D.C.; MOURA, L.; SILVA JR, J. B. **Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** In: Epidemiologia & Saúde. Rouquaryol MZ, Silva MGC. (Org.) – 7. ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736p.

MARTIN-DIENER, E.; MEYER, J.; BRAUN, J.; TARNUTZER, S.; FAEH, D. et al. The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. **Preventive Medicine.**, v.65, p.148-152, 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

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

MELO, M. C. S.C.; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia.**, v.58, n.3, p.389-398, 2012.

MILANI, R. V.; LAVIE, C. J. Health Care 2020: Reengineering Health Care Delivery to Combat Chronic Disease. **The American Journal of Medicine.**, v.128, n.4, p.337-343, 2015.

MINAS, M.; KOUKOSIAS, N.; ZINTZARAS, E.; KOSTIKAS, K.; GOURGOULIANIS, K. Prevalence of Chronic Diseases and Morbidity in Primary Health Care in Central Greece: An Epidemiological Study. **BMC Health Services Research.**, v.10, p.252, 2010.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTÍN-MATEO, M.; VIEIRA, L. A. S.; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública.**, v.42, n.6, p.1041-1052, 2008.

OLIVEIRA, E. C. de et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery.**, v.21, n.3, p.e20160040, 2017.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R. C. F.; ABREU, M. F.; SILVA, M. A. F. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev APS.**, v.11, n.2, p.199-206, 2008.

RODRIGUES, T. C.; LIMA, M. H. M.; NOZAWA, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 5, n. 1, p. 41-49, 2006.

ROTH, G. A.; FOROUZANFAR, M.H.; MORAN, A. E. et al. Demographic and Epidemiologic Drivers of Global Cardiovascular Mortality. **The New England journal of medicine.** v.372, n.14, p.1333-1341, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária em Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VILLELA, P.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. M. Trends in Mortality from Cerebrovascular and Hypertensive Diseases in Brazil Between 1980 and 2012. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia.**, v.107, n.1, p.26-32, 2016.



## EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA PERCEBIDAS POR USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

**Solange Lustoza dos Santos<sup>1</sup>, Carolina Vieira Dourado<sup>1</sup>, Helem Christiane Cunha Souza<sup>1</sup>, Patrícia Mesquita Lima<sup>1</sup>, Cleriston Nunes Sampaio<sup>2</sup>, Bruna Lima Rocha<sup>3</sup>, Rozilaine Redi Lago<sup>4</sup>**

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Residência Multiprofissional em Medicina de família e comunidade, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de mestrado em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Neste estudo transversal, buscou-se avaliar as experiências de violência, segundo as percepções de usuários (n = 116) de dois serviços de saúde para pessoas com transtornos por uso de substâncias, localizados Amazônia Ocidental Brasileira, entre 2017 e 2018. A maioria dos usuários relatou ter sofrido (n = 108, 93%), ou gerado (n = 87, 75%) algum tipo de violência na vida, especialmente do tipo verbal / psicológico e físico. Usuários do serviço que tinham filhos (95,7%, p = 0,04) e usavam seis ou mais substâncias psicoativas (94,6%, p = 0,05) apresentaram maior prevalência de violência sofrida. A percepção de violência foi frequente em usuários envolvidos nos serviços de saúde mental para pessoas com transtornos por uso de substâncias, indicando a necessidade de abordar aspectos individuais, socioculturais e políticos que relacionados a violência percebida por essas pessoas, favorecendo o direito à atenção integral e trabalho em condições adequadas nesse contexto.

**Palavras-chave:** Violência, Transtornos do Uso de Substâncias e Saúde Mental.

### ABSTRACT

A cross-sectional study was carried out to assess experiences of violence, perceived by service users (n = 116) at two health services for people with substance use disorders located at the Brazilian West Amazon region, between 2017 and 2018. Most users reported having suffered (n = 108, 93%), or generating (n = 87, 75%) some type of violence in life, especially verbal / psychological and physical types. Service users who had children (95,7%, p=0,04) and used six or more psychoactive substances (94,6%, p=0,05) presented higher prevalence of suffered violence. The perception of violence was frequent in participants reports, emphasizing the need to address individual, sociocultural and political aspects that impact on the violence context surrounding their lives, guarantying attention and work in appropriate conditions at these mental health services.

**Key-words:** Violence, Substance use disorders and Mental Health.



## 1. INTRODUÇÃO

O Relatório Mundial sobre Drogas (2017) revela que em torno de 5% da população adulta global já fez uso de drogas ao menos uma vez no ano de 2015, e cerca de 29,5 milhões desses usuários sofreram com problemas causados pelo uso de drogas, dentre os quais, destaca-se a violência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser entendida como o uso intencional da força ou poder contra si próprio ou outros, que resulta em lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (KRUG et al., 2002). Para Minayo e Souza (1998), Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) a violência configura-se como um fenômeno biopsicossocial, desenvolvido no cenário social, reconhecida como um problema de saúde pública, em função de sequelas orgânicas e emocionais produzidas.

A violência possui causas complexas que ocorrem dentro de um modelo ecológico de três níveis: 1) individual, incluindo fatores biológicos e pessoais que influenciam no comportamento dos indivíduos, aumentando sua probabilidade de serem vítimas ou autores de atos violentos; 2) condições familiares e de amizade, as quais podem se evocar comportamentos violentos; 3) comunitário e social, fomentando um ambiente no qual se proporcionam ou se inibem atitudes violentas (OMS, 2002).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003), pessoas que vivem em contextos violentos, podem se encontrar em risco de sofrer desordens alimentares, alcoolismo e abuso de outras drogas, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, fobias, pânico e baixa autoestima. Ressaltando ainda que na maioria dos casos de agressão sexual e atividades violentas, o agressor está sob efeito do álcool e outras drogas (ZILBERMAN; BLUME, 2005; BALTIERI, 2009). No entanto, não é possível determinar com precisão onexo causal entre essas substâncias e atos violentos (OPAS, 1994; YUNES; RAJS; 1994).

As drogas podem ser estímulos, motivos, respostas ou elementos mediadores de comportamentos sociais violentos. Por exemplo, o abuso do álcool e outras drogas pode aumentar a possibilidade de haver comportamento agressivo, porém não ocorre de forma generalizada, já que as consequências do uso abusivo do álcool e outras drogas dependem de fatores individuais, sociais e culturais (BORDES; BARNWELL; EERLEYWINE, 2007; LARANJEIRA et al., 2005; MINAYO; DESLANDES, 1998; SMITH, 2000; DUNNEGAN, 1997; DA AGRA, 2008; BROCHU, 2006).

Diante da complexidade desta questão, da necessidade de esclarecimento sobre o tema e a escassez de estudos descrevendo aspectos relacionados a violência vivenciada por pessoas que fazem uso de substâncias, buscou-se descrever o perfil de violência sofrida e gerada por estes sujeitos, no contexto de serviços de saúde mental direcionados à atenção de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo, envolvendo usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSadIII) e uma Comunidade Terapêutica (CT), localizados em um município da Amazônia Ocidental Brasileira. Apesar da diversidade destes serviços, neste estudo, O CAPSadIII foi selecionado em função de ser o principal serviço na coordenação da atenção a essa população, enquanto a comunidade terapêutica em questão foi selecionada em função de seu trabalho específico com mulheres (visto que estas representavam apenas cerca de 10% da população que acessava atendimento no CAPSadIII).

A equipe de pesquisadores do projeto conduziu grupos terapêuticos semanais e quinzenais, nos serviços participantes do estudo a fim de promover a reflexão e discussão de questões relacionadas aos objetivos do estudo. Cada encontro teve duração média de 1 (uma) hora. Ao final de cada encontro, todos os participantes eram convidados a participar da pesquisa, dessa forma, os pesquisadores realizavam uma entrevista individual com cada voluntário, seguindo um roteiro semiestruturado de questões.

Foram realizados 21 encontros no período de 7 meses com total de 196 participações de usuários no CAPS ad III e 12 encontros na CT, contemplando 108 participações. Ao final do período de estudo foram contabilizados o total de 304 usuários participantes nos grupos terapêuticos em ambos os serviços, considerando a participação dos indivíduos mais de uma vez nos encontros.

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário semiestruturado, contendo 42 questões, dividido em cinco módulos: identificação, situação socioeconômica e demográfica, uso de substâncias, uso do serviço e experiências de violência. As entrevistas ocorreram face a face em ambientes reservados, a fim de preservar os aspectos éticos.

Os dados coletados foram processados e analisados utilizando-se o software SPSS v 19.0. Foram calculadas frequências e realizado o testes de significância estatística Qui-quadrado de Pearson, considerando-se  $p < 0,05$ , na comparação entre os grupos de interesse.

Foi facultada a participação voluntária na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, atendendo aos critérios éticos estabelecidos pela resolução CONEP Nº 466/2012. O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal local com o Parecer Nº516.90, em janeiro de 2014. Não foram identificados conflitos de interesse na realização desse estudo.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo foi realizado com 116 participantes, a maioria com idade de 25 a 49 anos (77, 66,4%); com a identidade de gênero e orientação sexual, do sexo masculino (74, 63,8%), sem trabalho remunerado (82, 70,7%), solteiros (76, 65,5%), com filhos (93, 80,2%), morando com familiares/amigos (51, 47,6%) ou em acolhimento público e com escolaridade até o ensino fundamental completo (68, 58,6%). Quanto ao uso do serviço, a maioria chegou por demanda espontânea (55, 47,4%), estiveram em acolhimento de 24 horas (56,48,3%), recebeu atendimento em grupo (93, 86,1%) e atendimento individual (84, 73,7%) e com médico (62, 54,9%). A maior parte dos usuários buscaram por tratamento nos serviços 4 ou mais vezes (40, 38,8%). Em relação ao uso de substâncias, os usuários utilizaram múltiplas substâncias, entre 1 a 5 substâncias diversificadas (77, 66,4%) (Tabela 1).

No que diz respeito a prevalência de violência sofrida no decorrer da vida, foi observada que maioria foram usuárias mulheres ou homossexuais (37, 100%), com idade entre 25 a 49 anos (74, 96,1%), sem trabalho remunerado (75, 91,5%), com ensino superior completo ou incompleto (26, 96,3%) e renda individual de mais de 2 salários mínimos. Estas moravam com familiares ou amigos (26, 96,3%), sem convivente (91, 93,8%) e possuíam filhos (89, 95,7%) com significância estatística .

Em relação ao uso de substâncias, a maioria utilizou 6 ou mais substâncias psicoativas diversas (35, 94,6%), ( $p=0,05$ ). Nas características referentes ao uso dos

serviços, os usuários que mais relataram violência sofrida foram aqueles que vieram encaminhados de outros serviços (33, 94,3%), tiveram atendimento em grupo (15, 100%), estavam em atendimento à crise (21, 95,5%), buscaram pelo serviço 4 ou mais vezes (40, 100%) e não tiveram atendimento individual (30, 100%) com médicos (49, 96,1%), psicológicos (54, 94,7%), assistência social (69, 95,8%) e enfermeiros (75, 97,4%) sendo que houve significância estatística apenas na última variável ( $p=0,03$ ).

A maior prevalência de violência gerada ao longo da vida ocorreu entre os participantes que tinham idade entre 25 a 49 anos (61, 79,2%), eram mulheres (29, 78,4%), que não possuíam trabalho remunerado (61, 74,4%), estudaram até o ensino médio incompleto ou completo (42, 73,7%), que não tinham renda (36, 76,6%), moravam com familiares/ amigos (21, 77,8%) ou em acolhimento público (21, 87,5%), com convivente (17, 89, 5%) e tinham filhos (74, 79,6%), entretanto, somente foi observada significância estatística para esta última variável ( $p=0,03$ ).

A maior prevalência de violência gerada foi observada entre os participantes que usaram 6 ou mais substâncias diversas (29, 78,4%), com significância estatística ( $p=0,04$ ). Em relação ao uso dos serviços, foram observadas maiores prevalências de violência gerada entre as pessoas que chegaram aos serviços por encaminhamento (30, 85,7%), não tiveram atendimento individual (26, 86,7%), atendimento médico (43, 82,4%), com o psicólogo (46, 80,7%), e com os enfermeiros (58, 75,3%), porém houve maior prevalência de violência sofrida entre usuários que informaram atendimentos com assistente social (31, 76,6%). Também foi observada maior prevalência de violência gerada entre quem informou atendimento em grupo (12, 80%), atendimento do tipo atenção à crise (19, 86,4%) e a busca de tratamento no serviço quatro ou mais vezes (33, 82,5%) (TABELA 1).

No que se refere às características violência experimentada pelos participantes, a maioria dos usuários relataram que já sofreram (108, 93,1%) algum tipo de violência na vida, predominando violência verbal/xingamento (84, 80,8%) e violência física (77, 74%). Os meios de agressão mais utilizados na violência foram: física (81, 77,1%), seguida por psicológica/moral/verbal (76, 72,4%). Quanto ao agente agressor, a maioria dos atos violentos foram produzidos por pessoas desconhecidas (51, 51,5%) e do sexo masculino (91, 87,5%). Os eventos violentos ocorreram na própria residência (56, 52,8%) e em via pública (34, 32,4%). As vítimas de violência não buscaram os serviços de saúde (56, 53,3%) para os devidos cuidados (Tabela 2).

**Tabela 1.** Distribuição de características socioeconômicas, demográficas, de uso de substâncias e uso de serviços de saúde, de acordo com a experiência de violência sofrida e gerada por usuários e usuárias dos serviços de saúde mental, na Amazônia Ocidental, 2017-2018 (N=116).

VARIÁVEL	Total	Violência Sofrida			Violência Gerada			Teste X <sup>2</sup> p valor
	N (%)	NÃO	SIM	Teste X <sup>2</sup> p valor	N (%)	NÃO	SIM	
<b>Idade</b>	<b>116 (100%)</b>				<b>116 (100%)</b>			
13 a 24 anos	25 (21,6%)	4(16,0%)	21 (84,0%)	<b>0,77</b>	25 (21,6%)	6 (24,0%)	19 (76,0%)	<b>0,06</b>
25 a 49 anos	77 (66,4%)	3 (3,9%)	74 (96,1%)		77 (66,4%)	16 (20,8%)	61 (79,2%)	
50 ou mais	14 (12%)	1 (7,1%)	13 (92,9%)		14 (12,1%)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	
<b>Identidade de Gênero/Orientação Sexual</b>								
Masculino	74 (63,8%)	8(10,8%)	66 (89,2%)	<b>0,08</b>	74 (63,8%)	19 (25,7%)	55 (74,3%)	<b>0,65</b>
Feminino	37 (31,9%)	0 (0%)	37 (100%)		37 (31,9%)	8 (21,6%)	29 (78,4%)	
Homossexual	5 (4,3%)	0 (0%)	5 (100%)		5 (4,31%)	2 (40,0%)	3 (60,0%)	
<b>Situação Conjugal</b>								
Com convivente	19 (16,4%)	2(10,5%)	17 (89,5%)	<b>0,61</b>	19 (16,4%)	2 (10,6%)	17 (89,5%)	<b>0,15</b>
Sem convivente	97 (83,6%)	6 (6,2%)	91 (93,8%)		97 (83,6%)	27(27,8%)	70(72,2%)	
<b>Filhos</b>								
Não	23 (19,9%)	4(17,4%)	19 (82,6%)	<b>0,04</b>	23 (19,8%)	10 (43,5%)	13 (56,5%)	<b>0,03</b>
Sim	93 (80,1%)	4 (4,3%)	89 (95,7%)		93 (80,2%)	19 (20,4%)	74 (79,6%)	
<b>Trabalho remunerado</b>								
Não	82 (70,7%)	7 (8,5%)	75 (91,5%)	<b>0,43</b>	82 (70,7%)	21 (25,6%)	61 (74,4%)	<b>1,00</b>
Sim	34 (29,3%)	1 (2,9%)	33 (97,1%)		34 (29,3%)	8 (23,5%)	26 (76,5%)	
<b>Escolaridade</b>								
Até ensino fundamental incompleto	51 (44,0%)	3(5,9%)	48(94,1%)	<b>0,61</b>	51 (44,0%)	13(25,5%)	38(74,5%)	<b>0,69</b>
Do ensino fundamental completo ao ensino médio completo	57 (49,1%)	5(8,8%)	52(91,2%)		57 (49,1%)	15(26,3%)	42(73,7%)	
Ensino superior completo ou incompleto	8 (6,9%)	0 (0,0%)	8(100,0%)		8 (6,9%)	1(12,5%)	7 (87,5%)	
<b>Renda individual</b>								
Não tem renda	47 (40,5%)	5(10,6%)	42(89,4%)	<b>0,48</b>	47 (40,5%)	11(23,4%)	36(76,6%)	<b>0,85</b>
Menos de 2 salários	54 (46,6%)	3 (5,6%)	51(94,4%)		54 (46,6%)	14(25,9%)	40 (74,1%)	
Mais de 2 salários	6 (5,2%)	0 (0%)	6 (100,0%)		6 (5,17%)	2(33,3%)	4 (66,7%)	
<b>Situação de Moradia</b>								
Própria	27 (23,3%)	3(11,1%)	24 (88,9%)	<b>0,26</b>	27 (23,3%)	9(33,3%)	18 (66,7%)	<b>0,21</b>
Alugado	8 (6,9%)	2(25,0%)	6 (75,0%)		8 (6,9%)	4(50,0%)	4 (50,0%)	
Mora com familiar/amigos	27(23,3%)	1 (3,7%)	26 (96,3%)	<b>0,26</b>	27 (23,3%)	6 (22,2%)	21 (77,8%)	<b>0,21</b>
Acolhimento público/filantrópico	24 (20,7%)	1 (4,2%)	23 (95,8%)		24 (20,7%)	3 (12,5%)	21 (87,5%)	
Em situação de rua	21 (18,1%)	1 (4,8%)	20 (95,2%)		21 (18,1%)	5 (23,8%)	16 (76,2%)	
<b>Uso de substâncias</b>								
<b>Diversidade de substâncias usadas</b>								
1 a 5 substâncias	77 (66,4%)	5 (6,5%)	72 (93,5%)	<b>0,05</b>	77 (66,4%)	19 (24,7%)	58(75,3%)	<b>0,04</b>
6 ou mais substâncias	37 (31,9%)	2 (5,4%)	35 (94,6%)		37 (1,9%)	8 (21,6%)	29 (78,4%)	
<b>Uso do Serviço</b>								
<b>Chegada ao serviço</b>								
Demanda espontânea	55 ( 47,4%)	4 (7,3%)	51 (92,7%)	<b>0,94</b>	55 (47,4%)	18(32,7%)	37(67,3%)	<b>0,13</b>
Acompanhado por familiar/amigos	26 (22,4%)	2 (7,7%)	24 (92,3%)		26 (22,4%)	6(23,1%)	20 (76,9%)	
Encaminhado	35 (30,2%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)		35 (30,2%)	5(14,35%)	30(85,7%)	
<b>Atendimento Individual</b>								
Não	30 (25,9%)	0 (0%)	30(100,0%)	<b>0,18</b>	30 (25,9%)	4 (13,3%)	26(86,7%)	<b>0,13</b>
Sim	84 (72,4%)	7 (8,3%)	77 (91,7%)		84 (72,4%)	24(28,6%)	60 (71,4%)	
<b>Atendimento com Médico</b>								
Não	51 (44,0%)	2 (3,9%)	49 (96,1%)	<b>0,45</b>	52 (44,8%)	9 (17,6%)	43 (82,4%)	<b>0,12</b>
Sim	62 (53,4%)	5 (8,1%)	57 (91,9%)		62 (53,4%)	19 (30,6%)	43 (69,4%)	
<b>Atendimento com Psicólogo</b>								
Não	57 (49,1%)	3 (5,3%)	54 (94,7%)	<b>0,71</b>	57 (49,1%)	11(19,3%)	46 (80,7%)	<b>0,12</b>
Sim	56 (48,3%)	4 (7,1%)	52 (92,9%)		56 (48,3%)	17 (30,4%)	39(69,6%)	
<b>Atendimento com Assistente Social</b>								
Não	72 (62,1%)	3 (4,2%)	69 (95,8%)	<b>0,25</b>	72 (62,1%)	18(25,0%)	54(75,05%)	<b>1,00</b>
Sim	41 (35,3%)	4 (9,8%)	37 (90,2%)		41 (35,3%)	10 (24,4%)	31 (76,6%)	
<b>Atendimento com Enfermeiro</b>								
Não	77 (66,4%)	2 (2,6%)	75 (97,4%)	<b>0,03</b>	77 (6,4%)	19(24,7%)	58(75,3%)	<b>1,00</b>
Sim	36 (31,0%)	5(13,9%)	31 (86,1%)		36 (31,0%)	9 (25,0%)	27 (75,0%)	
<b>Atendimento em Grupo</b>								
Não	15 (12,9%)	0 (0%)	15(100,0%)	<b>0,59</b>	15 (12,9%)	3(20,0%)	12 (80,0%)	<b>1,00</b>
Sim	93 (80,2%)	7 (7,5%)	86 (92,5%)		93 (80,2%)	23 (24,7%)	70 (75,3%)	
<b>Busca pelo serviço</b>								
1 a 3 vezes	63 (54,3%)	6 (9,5%)	57 (90,5%)	<b>0,07</b>	63 (54,3%)	19(30,2%)	44(69,8%)	<b>0,34</b>
4 ou mais	40 (34,5%)	0 (0%)	40(100,0%)		40 (34,5%)	7(17,5%)	33(82,5%)	
<b>Tipo de Atendimento</b>								
Atenção à crise	22 (19,0%)	1 (4,5%)	21 (95,5%)	<b>0,53</b>	21 (18,1%)	3 (13,6%)	19 (86,4%)	<b>0,18</b>
Acolhimento Diurno	33 (28,4%)	4(12,1%)	29 (87,9%)		33 (28,4%)	8(24,2%)	25(75,85%)	
Acolhimento 24 horas	56 (48,3%)	3 (5,4%)	53 (94,6%)		56 (48,3%)	15(26,8%)	41 (73,2%)	

\* As diferenças nos valores de N referem-se às perdas

**Tabela 2.** Caracterização da violência sofrida de acordo com tipo de violência, meio de agressão, autor da agressão, local da ocorrência e procura pelo serviço de saúde, em usuários dos serviços de saúde mental, na Amazônia Ocidental, 2017-2018 (n=108).

VARIÁVEL	N (116)	%
<b><i>Tipo de Violência</i></b>		
Física/Espancamento	77	74
Arma de Fogo	23	22,1
Instrumento de Perfuro Cortante	61	58,7
Verbal/Xingamento	84	80,8
Manipulação/Coerção	25	24
Danificou intencionalmente um bem	30	28,8
<b><i>Meio de Agressão</i></b>		
Física	81	77,1
Psicológica/Moral/Verbal	76	72,4
Tortura	24	22,9
Trabalho Infantil	5	4,8
Negligência/ Abandono	12	11,4
Institucional	7	6,7
Doméstica	19	18,1
Sexual	10	9,5
Trânsito	8	7,6
Patrimonial	16	15,2
<b><i>Autor da Agressão</i></b>		
Familiar	43	43,4
Desconhecido	51	51,5
Conhecido	30	30,3
Própria Pessoa	2	2
<b><i>Gênero do Agressor</i></b>		
Masculino	91	87,5
Feminino	31	29,8
Homossexual	3	2,9
<b><i>Local da Agressão</i></b>		
Residência	56	52,8

Bar ou Similar	19	17,9
Escola	4	3,8
Prática de Esporte	34	32,4
Via Pública	29	27,4
Serviço de Saúde	3	2,8
Local de Compra ou Uso de Substâncias	13	12,3
Procurou o Serviço de Saúde	49	46,7

\* As diferenças nos valores de N referem-se aos que não referiram ter sofrido violência.

\* Os valores de N podem superar o total de participantes da pesquisa, considerando que pode haver mais de uma resposta por participante.

Quanto à violência gerada pelos participantes da pesquisa, afirmaram que já praticaram algum ato violento (87, 75,0%), sendo o meio de agressão mais utilizado físico (72, 82,2%), seguido da violência verbal/xingamentos (48, 55,2%). Em relação a identidade de gênero/orientação sexual da vítima desse ato violento, a maioria eram do sexo masculino (68, 81%) e ocorreram em vias públicas (34, 39,5%), seguido de residências (33,38,4%) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização da violência gerada de acordo com tipo de violência, meio de agressão, autor da agressão, local da ocorrência e procura pelo serviço de saúde, em usuários dos serviços de saúde mental, na Amazônia Ocidental, 2017-2018.

VARIÁVEL	*N (87)	%
<b>Tipo de Violência</b>		
Física	63	73,3
Arma de Fogo	22	25,6
Instrumento perfuro/cortante	37	43
Verbal/xingamento	57	66,3
Manipulação/coerção	11	12,8
Danificou intencionalmente bens pessoais	18	20,9
<b>Meio de Agressão</b>		
Física	72	82,2
Tráfico de Seres Humanos	1	1,1



Psicológica/moral/verbal	48	55,2
Tortura	14	16,1
Institucional	2	2,3
Doméstica	9	10,3
Sexual	1	1,1
Trânsito	3	3,4
Patrimonial	6	6,9
<b>Gênero da Vítima</b>		
Masculino	68	81
Feminino	35	41,7
Homossexual	4	4,8
<b>Local da Agressão</b>		
Residência	33	38,4
Bar ou Similar	16	18,6
Escola	6	7
Local de Prática Esportiva	23	26,7
Via Pública	34	39,5
Serviço de Saúde	4	4,7
Trabalho	1	1,2
Local de Compra ou Uso de Substâncias	11	12,8
Outros (residências de familiares e amigos e na prisão)	5	5,8

\* As diferenças nos valores de N referem-se aos que não referiram ter gerado violência.

\* Os valores de N podem superar o total de participantes da pesquisa, considerando que pode haver mais de uma resposta por participante.

Quanto ao uso de substâncias psicoativas, identificou-se que as mais usadas pelos usuários dos serviços foram: bebida alcoólica (89, 78,1%), cocaína (85, 74,6%) e a maconha (83, 72,8 %). Enquanto as menos consumidas foram: anabolizantes (11, 9,6%) e psicofármacos (16, 14,0%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Tipos de substâncias psicoativas utilizadas por usuários dos serviços de saúde mental, na Amazônia Ocidental, 2017-2018 (N=116).

<b>Substâncias Psicoativas</b>	<b>N*</b>	<b>(%)</b>
Bebida Alcolólica	89	78,1
Cocaína	85	74,6
Maconha	83	72,8
Derivados de Tabaco	76	66,7
Merla	67	58,8
Crack	57	50,0
Outras (Ecstasy, bala, baião, gasolina de avião, cola)	18	15,8
Psicofarmacos	16	14,0
Anabolizantes	11	9,6

\*Os valores de N podem superar o total de participantes da pesquisa, considerando que pode haver mais de uma resposta por participante.

A prevalência de violência autoreferenciada neste estudo (93%, n=116) releva um relato de violência entre pessoas em tratamento para o uso de substâncias cerca de três vezes maior que o observado na população geral, quando comparada a prevalência de violência auto referida na vida em adultos de um município da Amazônia ocidental Brasileira foi de 31,5% (n=476) (LAGO et al., 2013). O mesmo estudo descreve uma população com média de idade de 32 anos, que moravam com familiares e possuíam o nível de escolaridade inferior ao ensino fundamental completo, perfil semelhante ao verificado no presente estudo.

Neste estudo, os usuários que mais relataram a violência foram adolescentes e jovens (13 a 24 anos de idade). Nessa fase da vida, existe maior vulnerabilidade quanto a tomada de decisões que envolvem situações de risco. A adolescência envolve um esforço em consolidar a independência pessoal, articulando mecanismos que muitas vezes englobam a rejeição dos valores sociais convencionais, religiosos e familiares estabelecidos pelos pais e educadores (WHO, 2015). Assim, considera-se a adolescência como uma fase de vulnerabilidade (SENNA; DESSEN, 2012), durante a qual ocorrem as experiências com substâncias psicoativas (ANDRADE et al. 2012, SCHENKER; MINAYO, 2005). Portanto, destaca-se a necessidade do atendimento dessa população específica nos serviços de saúde abordados.

Na maior parte dos estudos que consideram tipos específicos de violências, a prevalência entre homens e mulheres é variável (BRASIL, 2005; MORAES; APRATTO

JUNIOR; REICHENHEIM, 2008). Neste estudo, observamos algumas diferenças em relação ao gênero, as usuárias mulheres ou homossexuais apresentaram maior prevalência de violência sofrida na vida, enquanto para a violência gerada a maior prevalência ficou com o sexo feminino. Estudos atestam que mulheres com companheiro têm alta estimativa de risco para sofrer violência física e sexual (SCHRAIBER et al., 2008; WHO, 2008).

Dos participantes, 9,5% afirmaram ter sofrido mesmo tipo de violência e 1,1% já produziu. Fato este notado principalmente em mulheres, consideradas vulneráveis a esse tipo de violência. Estima-se ainda que muitos usuários, participantes do estudo, não relataram sobre essa experiência em função da dupla estigma vivenciada, pois essas pessoas por serem consumidoras de substâncias psicoativas são estigmatizadas e pertencem ao grupo minoritário de identidade de gênero e orientação sexual (ROCHA et al, 2018). Grupos minoritários estão mais propensos à experimentação precoce, a maiores taxas de abuso/dependência e de recaídas, além de ser menos prováveis de se absterem do uso de substâncias psicoativas (DIEHL; LARANJEIRA, 2009; BEATTY; LEWIS, 2003).

Segundo o estudo de Guimarães et al. (2008), obteve-se um percentual aproximado de 80% de homens desempregados, o que se aproxima dos cerca de 70,7% dos participantes deste estudo encontrados em situação de desemprego, evidenciando fragilidades socioeconômicas, relacionadas aos prejuízos de desenvolvimento e relacionamentos associados a esses transtornos mentais. As características socioeconômicas e demográficas da população do estudo seguiram as mesmas particularidades apresentadas no estudo de Silva e Pereira (2015), descrevendo o perfil de usuárias de substâncias psicoativas como solteiras, com baixa renda e más condições educacionais. Essa situação pode indicar problemas familiares intergeracionais relacionados ao uso de substâncias, estendendo múltiplas vulnerabilidades aos filhos, relacionadas ao convívio com genitor (es) que sofre (m) com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias.

Ao tratar-se do uso de substâncias, o álcool destacou-se como substância mais consumida, podendo esta realidade ser justificada pelo baixo custo, legalização, fácil acesso e grande aceitabilidade social, sendo esta uma substâncias psicoativas mais precocemente consumidas no mundo (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; PILLON et al., 2005; SIQUEIRA, 2004). Esta informação pode contribuir para a reflexão sobre o papel de aspectos culturais, econômicos e políticos e suas implicações no consumo de substâncias psicoativas por parte da população.

A maioria dos autores dos atos violentos são pessoas desconhecidas do sexo masculino, ocorrendo em ambientes externos ao domicílio também conforme apresentado em no estudo de Oliveira et al., (2008). Semelhantemente, as vítimas dos agressores eram do sexo masculino, cuja violência ocorreu em ambientes externos ao domicílio. Este perfil reflete o perfil de violência interpessoal observada no Brasil, em função de a maior parte da população de estudo ser do sexo masculino. É comum que usuários de substâncias psicoativas, nestes cenários, vivenciem diversas situações de vulnerabilidade a violência, tal como a moradia em situação de rua.

O preconceito e o estigma direcionados aos usuários de substâncias, influenciam a relação deles dentro da sociedade, fazendo com que sejam sócio politicamente negligenciados, desrespeitados e marginalizados, reforçando a exclusão social e a vulnerabilidade aos atos violentos (BARD, et al., 2016; LAGO; PETER; BÓGUS, 2017). A partir dessa posição social desfavorável, além da baixa escolaridade, dentre outros problemas, o usuário de substâncias psicoativas tem dificuldades de ingressar no trabalho formal e muitas vezes recorre ao crime como meio de sobrevivência e sustento de sua adição, agravando os danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

O presente estudo mostrou a relevância dos atendimentos em grupos para usuários que sofreram e produziram violência, ressaltando 92,5% da participação dos usuários nos grupos terapêuticos. Para Zanatta, Garghetti e de Lucca (2012) algumas atividades são específicas de determinados profissionais, como o atendimento psicológico. Entretanto, os atendimentos realizados em grupo, implicam na escuta qualificada, acolhimento, estímulo e autonomia para a cidadania. Além disso, as demandas por cuidados em serviços de públicos de saúde mental dessa natureza têm aumentado (CLEMENTINO et al., 2019). No estudo de Lago et al., (2013) os profissionais com maior contato com as usuárias foram da equipe de enfermagem (22%), comparado ao estudo atual os enfermeiros foram três vezes mais procurados nos serviços de saúde, segundo os relatos de violência sofrida (86,1%) e violência gerada (75,0%).

Salles e Silva (2017) dizem que o acolhimento é a porta de entrada do serviço e a qualificação dos profissionais tem ligação com a participação do usuário no tratamento, influenciando na permanência por vontade própria dentro do serviço. A busca repetida do serviço pelos usuários pode evidenciar possíveis dificuldades de permanência e vinculação com o mesmo, tais como a falta de acolhimento, resolutividade, acreditação social, cronicidade dos transtornos mentais, dentre outros motivos.

Um estudo sobre o atendimento às vítimas de violência nas unidades de saúde, Lima et al. (2009) aponta estratégias para a melhoria nesse atendimento, como a inclusão de profissionais preparados tais como psiquiatra, psicólogo e assistente social. Espera-se portanto, que em serviços de saúde mental o ambiente e agentes envolvidos no cuidado tenha maior habilidade e preparo em gerenciar questões como a violência. Estudos apontam que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em abordar a violência e drogas, pois a formação de ensino formal em saúde está centrada na visão biomédica, priorizando intervenções técnicas e curativas, não se aprofundando em questões que envolvem maior complexidade e integração de conhecimentos (FIDELIS, 2018; OLIVEIRA et al., 2011). A transformação do enfoque biomédico para um modelo de cuidado mais centrado na pessoa e em suas singularidades, conforme proposto pela reforma psiquiátrica, pode favorecer a abordagem de questões complexas de saúde, tais como a violência e a drogas e por profissionais de saúde.

#### 4. CONCLUSÃO

No presente estudo, foram identificadas as experiências de violência autoreferenciadas por usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental atuantes no tratamento de substâncias psicoativas. A maior parte dos participantes referiu já ter sofrido e produzido algum tipo de violência. Os usuários de substâncias sofreram mais violência física e psicológica perpetrada por pessoas do sexo masculino do que geraram atos violentos dessa mesma natureza. Quanto aos profissionais a violência de natureza psicológica foi a mais sofrida e gerada, principalmente por pessoas do sexo masculino.

Neste estudo, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a identidade de gênero/orientação, idade, situação conjugal, renda e situação de moradia quanto às experiências de violência por parte dos participantes. Esta realidade pode ter sido resultado do tamanho da amostra de participantes ou indicar uma característica peculiar de experimentação do fenômeno da violência entre pessoas que fazem uso de substâncias. Nesse sentido, a ampliação do estudo junto a essa população pode elucidar essa questão. Portanto, a proposição de estratégias de manejo da violência no âmbito dos serviços de saúde mental constitui uma ação terapêutica importante, em ação colaborativa com a rede de segurança pública e segurança social.

No tocante a necessidade de transformação social maior em relação a essa temática, a compreensão de que o uso excessivo de substâncias se caracteriza como um transtorno mental, de decurso crônico, pode contribuir para que esse problema seja abordado como uma questão de saúde pública no Brasil.

O olhar da Saúde Coletiva sobre a relação entre violência e uso excessivo de substâncias pode potencializar a reflexão de gestores, profissionais de saúde e sociedade sobre a atenção integral às pessoas que convivem com esses problemas. A atuação coordenada dos serviços de saúde mental nessa área pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população, além de favorecer a superação do estigma social e preconceito em relação aos usuários de substâncias psicoativas.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.M. M.; PASA, G.G.; SCHEFFER, M. **Álcool e Violência em Homens e Mulheres**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2009.

ANDRADE, A.G. et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.34, n. 3, p.294-305, 2012.

AZEVEDO, M.D. A.; et al. Atenção psicossocial a mulheres que fazem uso de substâncias. **Revista Observatório de Economia Latino-americana**, v.14, n. 1, 2017.

BALTIERI, D.A. **Drugs, Sex and Crime- Empirical Contributions**. Bentham Science Publishers. New York. 2009.

BARD, N.D.; et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino Americano de Enfermagem**. vol.24, n.1, p. e2680, 2016.

CLEMENTINO, F.S.; et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trabalho Educação e Saúde**., v.17, n.1, p. e0017713, 2019.

COCHRAN, S.D.; et al. Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. **Journal Consultation Clinical Psychology**., v.75, n.5, p.785–94, 2007.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**., v.11, p.1163-1178, 2006.

DIEHL, A.; LARANJEIRA, R. Tentativas de suicídio e o uso de substâncias em uma amostra de pronto-socorro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**., v.58, n.2, p.86–91, 2009.

DUARTE, C.E.; MORIHISA, R.S. **Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar.** Brasília: Secretaria Nacional Antidroga e Serviço Social da Indústria, 2008.

FIDELIS, A.C. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Trabalho Educação e Saúde.**, v.16, n.2, p. 561-582, 2018 .

FRAGA, P.C.P. **A escola, as drogas e a violência: experiência e representação.** 2016, p.81. Disponível em:< [https:// books.google.com.br](https://books.google.com.br)>. Acessado em: 11 mar. 2018.

GUIMARAES, C.F.; et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de psiquiatria.**, v.30, n.2, p.101-108, 2008.

KRUG, E.G.; et al. **World report on violence and health.** Geneva, 2002.

LAGO, R.R.; et al. Violência autorreferida em Rio Branco, Acre: inquérito populacional. **Revista Baiana de Enfermagem.**, v.26, n.3, p.620-630, 2013.

LIMA, M.A.D. S. et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções do profissionais e unidade básicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, v.30, p.625, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista de Saúde Pública.**, v.34, n.4, p.427-430 2000.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública.**, v.14, n.1, p.35–42, 1998.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. Violence and health care as an interdisciplinary field and an arena for collective action. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos.**, v.4, n.3, p.513-531, 1997.

NEVES, E.A.S; SEGATTO, M.L. Drogas lícitas e ilícitas: uma temática contemporânea. **Revista Católica.**, v.2, n.4, 2010.

OLIVEIRA, C.M.C.S.; et al. Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. **Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**, v.3, p. 57, 2008.

OLIVEIRA, C.C.; ALMEIDA, M, A.S.; MORITA, I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.35, n.3, p.412–420, 2011.

PARENTE, J.S.; et al. **Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais.** **Reprodução & Climatério.**, v.30, n.3, p.108-114, 2015.

ROCHA, Bruna L. et al. **Necessidade e experiências de mulheres, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais em tratamento para o uso de substâncias: a voz de usuárias e profissionais de saúde.** In: Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde:



1988 -2018: Trinta Anos De Saúde Como Direito, 2018, Franca. Grupos em situação de vulnerabilidade: em cena na luta por visibilidade no espaço urbano... Franca: UNIFRAN, 2018.

SALLES, D.B.; SILVA, M.L. Percepção de profissionais da área de saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSad. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional.**, v. 25, n. 2, p. 341-349, 2017.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde coletiva.**, v.10, n.3, p.707-717, 2005.

SCHNORRENBERGER, A.S. **A família e a dependência química: uma análise do contexto familiar.** 2003. Trabalho de Conclusão do Curso. Disponível em:<<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial288588.PDF>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violence and health: recent scientific studies. **Revista de Saúde Pública.**, v. 40, p.112–120, 2006.

SENNA, S.R.C.M.; DESSEN, M.A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, v.28, n.1, p.101-108, 2012.

SILVEIRA, P.; et al. **Violência e Uso de Drogas.** Disponível em:<[http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova\\_versao\\_pagina\\_psicobio/CAPITULO9v1OLENCIAE DROGAS.pdf](http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova_versao_pagina_psicobio/CAPITULO9v1OLENCIAE DROGAS.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2019.

SILVA, É.B.O.; PEREIRA, A.L.F. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ.**, v.23, n.2, p. 203-209, 2015.

SILVEIRA, D.X. **Um guia para a família.** Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

TAVARE, G.P.; ALMEIDA, R.M.M. Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. **Estudo Psicologia.**, v. 27, n.4, p. 545- 552, 2010.

TOLEDO, L.M (Org.). **Violência:** orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Caderno n 33- Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013.

UNO- United Nations Organizaton. **Drugs Crime and Violence:** the micro level impact. New York. p.11. 2004.

UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime. **Word Drug Report 2017,** part 2. United Nations Publicaton. 2017.

WHO- World Health Organization. **Improving Health trough schools:** national and international strategies, Geneva, 2015.

ZANATTA, A.B.; GARGHETTI, F.C.; LUCCA, S.R. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.36, n.1, p.225-237, 2012.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria.**, v.27, s.2, p.51-55, 2005.

## ANEMIA EM PRIMIGESTAS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA

Vicência Caroline da Silva Galindo<sup>1</sup>, Andréia Moreira de Andrade<sup>2</sup>, Suleima Pedroza Vasconcelos<sup>2</sup>, Débora Melo de Aguiar<sup>2</sup>, Leila Maria Geromel Dotto<sup>2</sup>, Rosalina Jorge Koifman<sup>3</sup>, Simone Perufo Opitz<sup>2</sup>

1. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### RESUMO

O estudo objetiva analisar a prevalência da anemia e fatores associados em primigestas. Trata-se de um estudo transversal, composto por uma amostra de 883 primigestas, residentes na zona urbana de Rio Branco, Acre, Brasil, com atendimento do parto nas duas maternidades do município, no período de fevereiro a julho de 2010. A amostra foi composta de 47,0% primigestas adolescentes (13-19 anos). A cobertura de pré-natal foi de 99,2%, e a proporção de primigestas com seis ou mais consultas de pré-natal foi de 68,4%. A prevalência de anemia materna foi de 10,4%, as proporções de baixo peso ao nascer e prematuridade foram 10% e 9,3%, respectivamente. As primigestas que realizaram o uso de sais de ferro tiveram menores proporções de prematuridade e baixo peso ao nascer, quando comparadas com aquelas que não utilizaram. Todavia, a prevalência da anemia diferenciou-se daquelas encontradas em outros estudos e forneceu base para novas investigações.

**Palavras-chave:** Anemia, Gestantes e Primigestas.

### ABSTRACT

The study aims to analyze the prevalence of anemia and associated factors in primigravidae. This is a cross-sectional study, comprising a sample of 883 primigravidae, living in the urban area of Rio Branco, Acre, Brazil, with delivery attendance at the two maternity hospitals in the municipality, from February to July 2010. The sample consisted of 47.0% primigravidae adolescents (13-19 years). Prenatal coverage was 99.2%, and the proportion of primigravidae with six or more prenatal consultations was 68.4%. The prevalence of maternal anemia was 10.4%; the proportions of low birth weight and prematurity were 10% and 9.3%, respectively. The primigravidae who used iron salts had lower proportions of prematurity and low birth weight when compared to those who did not. However, the prevalence of anemia differed from those found in other studies and provided a basis for further investigations.

**Keywords:** Anemia, Pregnant women and Primigravidae.

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a anemia gestacional é um importante problema de saúde pública, estimando que mais da metade das gestantes apresentam anemia nos países em desenvolvimento, enquanto nos países desenvolvidos essa situação acomete cerca de um quarto das grávidas (WHO, 2015). No Brasil, de acordo com diferentes estudos, a prevalência de anemia gestacional varia de 6,2 a 56,6% (ROCHA et al., 2005; MAGALHÃES et al., 2006; BRESANI et al., 2007; FERREIRA; MOURA; CABRAL JÚNIOR, 2008; SATO et al., 2008; DAL PIZZOL; GIUGLIANI; MENGUE, 2009; MASSUCHETI; CORSO; MOREIRA, 2009; AMERICO; FERRAZ, 2011) , sendo que na região Norte a prevalência foi de 24,9% ( FUJIMORI et al., 2011).

A anemia na gravidez pode ocasionar repercussões na saúde materna e neonatal, tais como: o aumento na incidência dos abortos espontâneos, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino e anemia no primeiro ano de vida (ROCHA et al., 2005).

As evidências científicas indicam que a anemia pode estar diretamente relacionada a desfechos no conceito, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer (BPN). No entanto, um consenso não está totalmente estabelecido, pois pesquisas com amostras populacionais representativas possuem divergências em seus resultados, principalmente devido a diferenças metodológicas (BRESANI et al., 2007; FUJIMORI et al., 2011; AMERICO; FERRAZ, 2011).

A prematuridade e o BPN, além da possibilidade de dano direto a saúde do recém-nascido, podem acarretar repercussões sociais e econômicas como por exemplo, o custo de internação hospitalar em unidades de tratamento neonatal (KOURA et al., 2011; SILVEIRA et al., 2013).

Diante do exposto, considerando o impacto da anemia na saúde da mãe e do conceito, objetivou-se estimar a prevalência de anemia nas gestantes, bem como analisar a ocorrência de possíveis repercussões no recém-nascido, tais como prematuridade e baixo peso ao nascer.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado a partir do estudo matriz denominado “Saúde reprodutiva de primigestas: análise de fatores relacionados ao tipo de parto”, desenvolvido em Rio Branco, Acre.

A população de estudo foi composta pelo universo de primigestas residentes na zona urbana, com atendimento do parto nas duas maternidades existentes no município de Rio Branco, no Estado do Acre. Este estudo é representativo uma vez que os partos domiciliares foram ínfimos. A amostra calculada considerou como base o ano de 2007, no qual foram realizados 7.094 partos no município de Rio Branco, sendo 2.644 de primigestas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para uma confiabilidade de 95%, poder de teste de 80% e uma razão de chances de 2,0 para os fatores de exposição analisados, e possíveis perdas (10%), foi estimada uma amostra de 906 primigestas.

A coleta de dados foi realizada no período de primeiro de fevereiro a 31 de julho de 2010. Os dados foram coletados por auxiliares de pesquisa (acadêmicas do curso de enfermagem e de saúde coletiva) devidamente treinadas. As entrevistas ocorreram em torno de 12 horas após o parto, nas enfermarias das maternidades, com o objetivo de preservar as primeiras horas de recuperação das puérperas. Foi utilizado um formulário padronizado com questões fechadas e semiabertas que continham os módulos: dados sociodemográficos; da gestação; do parto; do cartão pré-natal; do cartão do recém-nascido; do prontuário clínico da puérpera e do recém-nascido e da Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Foram incluídas no estudo primigestas residentes na zona urbana de Rio Branco; e excluídas da amostra as primigestas com distúrbios psiquiátricos que implicassem na impossibilidade de responder à entrevista, mães de gemelares e natimortos, sendo a população final do estudo 883 primigestas.

Os dados coletados foram digitados em banco de dados, usando software Access versão 2007 e foram convertidos para o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 20.

Foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, cor da pele autodeclarada, renda familiar, ocupação, situação conjugal, escolaridade, gravidez planejada, trimestre da primeira consulta pré-natal, quantidade de consultas pré-natal, problemas de saúde na gravidez, tipo de parto, uso de sais de ferro, trimestre de uso dos sais de ferro, uso de ácido fólico e anemia materna.

Foi considerada anêmica a gestante com hemoglobina abaixo de 11 g/dL em pelo menos um exame laboratorial durante o pré-natal.

As variáveis de desfecho do estudo foram prematuridade e baixo peso ao nascer, sendo considerado prematuro o recém-nascido com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas, utilizando para este cálculo a data da última menstruação e a data do parto e

para classificação do peso ao nascer, utilizou-se o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera baixo peso ao nascer menos de 2.500g (WHO, 2005).

Para a descrição das variáveis, foram realizadas análise das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão (médias, desvios-padrão, mediana e percentis) das variáveis contínuas. Na análise dos fatores associados ao baixo peso e prematuridade, todas as variáveis foram testadas, utilizando o Teste Qui-Quadrado de Pearson.

O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o protocolo nº 23107.005912/2009-21 e recebeu autorização das duas instituições de saúde onde a coleta de dados foi realizada.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 RESULTADOS

A média de idade das primigestas foi de 21 anos (DP = 5,2), variando de 13 a 43 anos, sendo que, 47% das primigestas eram adolescentes (13-19 anos).

Do total de 883 primigestas, 72% (n=636) apresentavam registro da dosagem de hemoglobina no cartão de pré-natal. Nessa amostra a prevalência de anemia na gravidez foi 10,4%. A anemia gestacional foi mais prevalente nas primigestas adolescentes 12,6% e que se autodeclararam brancas 8,3%, com gravidez não planejada 6,3%. Considerando a amostra de 883 primigestas, a anemia foi uma morbidade autorreferida por 43% das primigestas (Tabela 1).

Quanto ao uso de sais de ferro, foi observado maior percentual de baixo peso, prematuridade e parto cesáreo entre as mulheres que não utilizaram este medicamento, durante o período gestacional, considerando tanto as mulheres que tinham resultado da dosagem de hemoglobina, bem como as que não apresentaram o resultado do exame (Tabela 2).

Ao analisar o uso de sais de ferro por trimestres gestacionais foi verificado que as primigestas que iniciaram tratamento no primeiro trimestre tiveram menor proporção de prematuridade (5,8%).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico das primigestas, características da gestação materna, prematuridade e baixo peso ao nascer, segundo a ocorrência de anemia gestacional. Rio Branco/AC, 2010 (N=636).

Variável	Anemia				P Valor
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Idade</b>					
13-19 anos	40	12,6	277	87,4	0,065
20-43 anos	26	8,2	293	91,8	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>					
Branca	13	12,5	91	87,5	0,438
Não branca	53	10,0	479	90,0	
<b>Situação conjugal</b>					
Com companheiro	53	9,7	492	90,3	0,187
Sem companheiro	13	14,3	78	85,7	
<b>Gravidez planejada</b>					
Não	40	10,7	333	89,3	0,733
Sim	26	9,9	237	90,1	
<b>Nº de consultas pré-natal</b>					
0 – 5	22	11,5	169	88,5	0,536
6 ou mais	44	9,9	401	90,1	
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal	39	11,2	308	88,8	0,435
Cesárea	27	9,3	262	90,7	
<b>Prematuridade</b>					
Não ( $\geq 37$ semanas)	60	10,2	526	89,8	0,695
Sim (< 37 semanas)	6	12,0	44	88,0	
<b>Baixo peso ao nascer</b>					
Não ( $\geq 2.500$ g)	61	10,8	505	89,2	0,558
Sim (< 2.500g)	5	8,3	55	91,7	

\* As diferenças nos N utilizados correspondem aos missings.

\*\* P valor corresponde o teste de Qui-Quadrado de Pearson.

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis idade, cor da pele autodeclarada, número de consultas pré-natal, tipo de parto, BPN e prematuridade segundo resultado da dosagem da hemoglobina (Hb) e uso de sais de ferro. Rio Branco/AC, 2010 (N=636).

Variáveis	Com resultado/dosagem de Hb		Sem resultado/dosagem de Hb	
	Uso sais de Fe	Sem uso sais de Fe	Uso sais de Fe	Sem uso sais de Fe
<b>Idade</b>				
Média	20,1 (DP=4,5)	23,3 (DP= 5,7)	20,8 (DP=5)	24 (DP=6)
<b>Cor da pele autodeclarada</b>				
Branca	14,3%	23,3%	21,3%	33%
Não branca	85,7%	73,7%	71,8%	67%
<b>Nº consultas pré-natal</b>				
Média	6 (DP= 2)	6,3 (DP= 2,3)	4,5 (DP=2,2)	6 (DP=2,9)
Mediana	6 (5, 7)	6 (5, 8)	5 (2, 6)	6,5 (4, 8)
0 -5	31,2%	27,1%	47,1%	25,3%
6 ou mais	68,8%	72,9%	58,3%	74,6%
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	57,8%	43,8%	45,4%	34,9%
Cesárea	42,2%	56,2%	54,6%	65,1%
<b>Baixo peso ao nascer</b>	8,5%	13,3%	8,8%	14,6%
<b>Prematuridade</b>	6,3%	13%	9,9%	17%

\*Legenda: BPN: Baixo peso ao nascer

Hb: hemoglobina

Fe: ferro



**Tabela 3.** Distribuição das variáveis idade, cor da pele autodeclarada, número de consultas pré-natal, tipo de parto, peso ao nascer, BPN e prematuridade, de acordo com trimestre de uso de sais de ferro referido pelas primigestas. Rio Branco/AC, 2010 (N=883).

Variáveis	Uso de sais de ferro		
	1º trimestre n=311	2º trimestre n=226	3º trimestre n=72
<b>Idade</b>			
Média	21 (DP=4,5)	19,5 (DP=4,5)	19,7 (DP=4,5)
<b>Cor da pele autodeclarada</b>			
Branca	16,4%	14,6%	13,9%
Não branca	83,6%	85,4%	86,1%
<b>Nº consultas pré-natal</b>			
Média	6,5 (DP=1,9)	5,2 (DP=2,1)	5,2 (DP=2,3)
Mediana (P25, P75)	6 (5, 8)	5 (4, 6)	5 (3, 7)
0-5	20,6%	48,4%	47,9%
6 ou mais	79,9%	51,6%	52,1%
<b>Tipo de parto</b>			
Vaginal	49,2%	59,3%	65,3%
Cesárea	50,8%	40,7%	34,7%
<b>Baixo peso ao nascer</b>	8,2%	9,9%	7%
<b>Prematuridade</b>	5,8%	8%	11,1%

### 3.2 DISCUSSÃO

Os estudos desenvolvidos no Brasil relacionados à anemia, durante a gravidez, apresentam prevalências que variam de 6,2 a 56,6%. No entanto, tais resultados são oriundos de pesquisas que utilizaram metodologias diversas e desenvolvidas em diferentes localidades, o que poderia justificar tal variação (MAGALHÃES et al., 2006; BRESANI et al., 2007; FERREIRA; MOURA; CABRAL JÚNIOR, 2008; SATO et al., 2008; DAL PIZZOL; GIUGLIANI; MENGUE, 2009; MASSUCHETI; CORSO; MOREIRA, 2009;; AMERICO; FERRAZ, 2011; FUJIMORI et al., 2011).

Em estudo transversal realizado em 15 municípios no Estado de Alagoas foi estimada prevalência de anemia de 50% em uma amostra de 150 grávidas. Foi considerado caso de

anemia quando o resultado de Hb < 11g/dL. O acompanhamento pré-natal foi referido por 78% das gestantes e 21,2% utilizavam suplementação com sais de ferro, o que poderia ter contribuído para o resultado (FERREIRA; MOURA; CABRAL JÚNIOR, 2008).

Em outros estudos com o mesmo delineamento metodológico que esta pesquisa, desenvolvido em Cuiabá/MT (n=954) e Maringá/PR (n=781), foram verificadas prevalências de anemia de 25,5% e 10,6%, respectivamente, considerando como parâmetro a Hb < 11g/dL. Os autores consideraram que a diferença entre os resultados pode ter ocorrido por interferências na amostra, uma vez que havia uma proporção maior de grávidas adolescentes, com baixo peso, com histórico de aborto e mais de duas gestações anteriores entre as participantes de Cuiabá (FUJIMORI et al., 2009).

A cobertura de pré-natal da amostra foi 99,2%, evidenciando acesso a este serviço de saúde, sendo este percentual próximo aos resultados encontrados em outros estados brasileiros, 85,6% no Maranhão e 99% em Minas Gerais (COSTA, et al., 2010; COUTINHO et al., 2010). Quanto ao trimestre de início das consultas de pré-natal, 73,9% das primigestas começaram no primeiro trimestre gestacional. Esse achado corrobora com os resultados de um estudo transversal, realizado no município de Rio Grande (RS), com amostra de 2.395 gestantes, em que 70,6% das participantes tiveram início das consultas no primeiro trimestre gestacional (CESAR et al., 2012).

Vale ressaltar que a qualidade da cobertura de pré-natal, pode ser avaliada considerando o trimestre de início das consultas e a quantidade de consultas realizadas. É preconizado que o pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre gestacional e que ocorram, no mínimo, seis consultas para uma gestação a termo (COSTA, et al., 2010).

O início precoce do pré-natal favorece o acesso aos diagnósticos, às profilaxias e aos tratamentos para diversas patologias que podem ter repercussões na saúde materna e fetal. No entanto, é importante verificar a qualidade do acompanhamento, no qual devem ser contempladas as seguintes ações: início da assistência pré-natal até 16 semanas gestacionais; mínimo de seis consultas, divididas em uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; solicitação de exames de rotina, dentre eles hemograma e EAS no primeiro e no início do terceiro trimestre; vacinação antitetânica e consulta puerperal (DOMINGUES et al., 2012).

Em uma meta-análise sobre anemia, uso de sulfato ferroso durante o pré-natal e risco de desfechos gestacionais desfavoráveis, os achados oriundos dos ensaios clínicos mostraram um aumento significativo na média de peso ao nascer nos grupos de gestantes que usaram sulfato ferroso, quando comparados aos grupos de controle. O uso de sulfato

ferroso reduziu em 19% o risco de BPN em 13 ensaios clínicos. Em contrapartida, não foi encontrada associação significativa entre o uso de ferro e prematuridade (HAIDER et al., 2013).

Os estudos não apresentam consenso quanto à associação do uso de sais de ferro na gestação e os desfechos de prematuridade e baixo peso ao nascer. Um estudo brasileiro multicêntrico, realizado com grávidas usuárias do SUS e idade gestacional entre 21 e 28 semanas, evidenciou que o uso de sais de ferro não teve associação com prematuridade e BPN, bem como, não diminuiu os riscos para esses desfechos. As limitações do estudo foram a inexistência de dados posológicos e a duração de tratamento com os sais de ferro. As diferenças encontradas nos resultados das pesquisas, envolvendo associação dos sais de ferro com os desfechos gestacionais, podem ser explicadas pelas diferentes formas de seleção das gestantes e na variável exposição aos sais de ferro (DAL PIZZOL; GIUGLIANI; MENGUE, 2009).

Faz-se necessárias investigações sobre a adesão das gestantes ao tratamento com sais de ferro. Muitas vezes, a baixa adesão ao uso dos sais de ferro é uma das principais barreiras para efetividade do tratamento da anemia gestacional. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, com amostra de 1.407 gestantes usuárias de Unidade Básica de Saúde (UBS) e hospitais do SUS, teve como fatores associados ao não uso de sais de ferro, idade mais jovem, maior número de partos, não ter recebido orientação para o uso e não ter conseguido obtê-lo pelo SUS (NIQUINI et al., 2016).

No tocante aos resultados dos exames laboratoriais, 28% das primigestas estudadas não possuíam resultado do exame de hemoglobina registrada no cartão de pré-natal. Isso pode decorrer da falta de registro dos exames apresentados nas consultas, não apresentação desses exames por parte das gestantes, bem como a não realização dos exames. Além da ausência do registro do resultado do exame laboratorial de hemoglobina, também foram verificadas lacunas no preenchimento das informações de exames laboratoriais no cartão do pré-natal, o que pode ocasionar redução na qualidade da assistência, dificultando o acompanhamento da gestante e o diagnóstico precoce de morbidades como anemia, infecção do trato urinário, toxoplasmose, sífilis, hepatites virais, HIV e diabetes. Além de possibilitar o diagnóstico, os exames laboratoriais favorecem o rastreamento de complicações da gravidez (pré-eclâmpsia) e prevenção de complicações perinatais como a prematuridade e o BPN (AMORIM; MELO, 2009).

Além disso, a ausência de informações no cartão do pré-natal como tempo de tratamento da anemia com sais de ferro, posologia utilizada, resposta do tratamento

realizado na anemia, foram fatores que limitaram a abrangência do estudo em relação às associações das variáveis.

## 4. CONCLUSÃO

A prevalência de anemia na gestação foi de 10,4%, e não foi observada associação desta patologia na gestação com o BPN e prematuridade.

É importante salientar a importância do uso de sais de ferro na gestação, uma vez que, a primigestas que utilizaram este medicamento tiveram menores proporções de prematuridade e BPN. Em face dos resultados apresentados sobre o uso de sais de ferro e o BPN, são necessárias ações de intensificação da profilaxia da anemia durante o pré-natal, bem como da adesão das gestantes aos medicamentos. Para isso, é pertinente que os profissionais da saúde forneçam informações adequadas quanto ao uso dos sais de ferro e sua importância na prevenção da anemia e BPN, bem como o acesso aos medicamentos.

## 5. APOIO FINANCEIRO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Programas PROCAD-NF 1442/2007 e PROCAD-NF 2557/2008) e Fundação de Tecnologia do Estado do Acre (FUNTAC).

## 6. REFERÊNCIA

AMERICO, S. C. M.; FERRAZ, F. N. Prevalência de anemias em gestantes do município de Campo Mourão – PR entre os períodos de 2005 a 2008. **Semina Cienc Biol Saúde.**, v. 32, n. 1, p. 59-68, 2011.

AMORIM, M.; MELO, A. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 3, p. 148-55, 2009.

BRESANI, C. C. et al. Anemia and iron deficiency in pregnant women: disagreements among the results of a cross-sectional study. **Rev Bras Saúde Mater Infantil.**, v. 7, p. s15-s21, 2007.

CESAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012.

COSTA, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.6, p. 1005-1009, 2010.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n.11, p. 563-569, 2010.

DAL PIZZOL, T. DA S.; GIUGLIANI, E. R. J.; MENGUE, S. S. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. **Cad Saúde Pública.**, v.25, n.1, p. 160-168, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.**, v. 28, n.3, p. 425-437, 2012.

FERREIRA, H. S.; MOURA, F. A.; CABRAL JÚNIOR, C. R. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árida do Estado de Alagoas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 9, p. 445–51, 2008.

FUJIMORI, E. et al. Anemia em gestantes de municípios das regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 43, p. 1204–1209, 2009. Número Especial 2.

FUJIMORI, E. et al. Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Rev Saúde Públ.**, v. 45, n.6, p. 1027–35, 2011.

HAIDER, B. et al. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. **BMJ.**, v. 346, n.3, p. 3443, 2013.

KOURA, G. K. et al. Anaemia during pregnancy: impact on birth outcome and infant haemoglobin level during the first 18 months of life. **Trop Med Int Health.**, v.17, n.3, p.283-291, 2012.

MAGALHÃES, M.L.C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol. Obstet.**, v. 28, n.8, p. 446–52, 2006.

MASSUCHETI, L.; CORSO, A.C.T.; MOREIRA, E.A.M. Prevalência de anemia em gestantes atendidas na rede pública de saúde do município de Florianópolis (SC). **Cad Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p.417- 431,2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC))**. Disponível em: <[www2.datasus.gov.br/DATASUS](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS)>. Acesso em: 2 set. 2016

NIQUINI, R. et al. Fatores associados a não adesão à prescrição de uso de suplemento de ferro: estudo com gestantes do município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Saúde Matern Infantil**, v. 16, n.2, p. 201-211, 2016.

ROCHA, D. et al. Nutritional status and iron-deficiency anemia in pregnant women: relationship with the weight of the child at birth. **Rev Nutr.**, v. 18, n. 4, p.481-489, 2005.

SATO, A.P.S. et al. Prevalência de anemia em gestantes e a fortificação de farinhas com ferro. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.3, p.481-489, 2008.

SILVEIRA, M.F. et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. **Rev Saúde Públ.**, v.47, n.5, p. 992-1003, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **The World Health Report 2005: make every mother and child count.** Geneva, 2005. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf). Acesso em: 05 maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **The global prevalence of anemia in 2011.** Geneva, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf). Acesso: 25 maio de 2019.

## TIPO DE PARTO E A INTENÇÃO MATERNA EM REALIZÁ-LO: ESTUDO QUALIQUANTITATIVO EM RIO BRANCO, ACRE, BRASIL

**Mábia de Jesus Lima<sup>1</sup>, Debora Melo de Aguiar<sup>2</sup>, Andréia Moreira de Andrade<sup>2</sup>, Alanderson Alves Ramalho<sup>2</sup>, Simone Perufo Opitz<sup>2</sup>, Fernanda Andrade Martins<sup>2</sup>, Rosalina Jorge Koifman<sup>3</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

### RESUMO

Muitas e complexas são as razões para a escolha do tipo de parto, é importante entender que as mulheres possuem desejos e expectativas. O objetivo deste trabalho foi o de analisar as características sociodemográficas e econômicas das mulheres segundo o tipo de parto e descrever de forma qualitativa a intenção materna em realizá-lo. A média de idade das parturientes foi de 25,33 anos. A maioria tinha entre 25 e 34 anos (37,5%), ensino médio completo (52,3%), referia uma renda acima de 1 a 3 salários mínimos (56,6%), pertencia a classe econômica C, D e E (79,2%) e relatou ter companheiro (84,3%). A análise da intenção da mulher pela escolha do seu respectivo tipo de parto, aponta que 69,3% das mulheres gostariam de ter tido parto vaginal e os 30,7% restante gostariam de ter tido cesárea, 28,2% queriam parto vaginal e tiveram parto cirúrgico e 9,7% queriam cesárea e tiveram parto vaginal. Quanto a determinação de escolha do tipo de parto a ser realizado, o protagonista neste processo foi o médico (72,2%). Entre as mulheres que gostariam de ter tido parto vaginal, 51,1% deram respostas relacionadas à uma recuperação melhor e mais rápida, já entre as mulheres que gostariam de ter tido cesárea, 16,3% referiram o medo da dor do parto vaginal. Neste processo de escolha do tipo de parto, a preferência da mulher sobre o procedimento que será realizado em seu corpo deve, exceto por motivos de saúde, prevalecer, vindo assim como forma de respeito, equidade e tratamento universal humanizado.

**Palavras-chave:** Tipo de parto, parto vaginal, cesárea e parto humanizado.

### ABSTRACT

Many and complex are the reasons for choosing the type of delivery, what can not be lost sight of is the importance of understanding that these women have desires and expectations. The objective of this study was to analyze the sociodemographic and economic characteristics of women according to the type of delivery and to describe the main factors associated with the type of delivery. The mean age of the parturients was 25.33 years. The majority were between 25 and 34 years of age (37.5%), had a high school



education (52.3%), had an income above 1 to 3 minimum salaries (56.6%), belonged to economy class C, D and E (79.2%) and reported having a partner (84.3%). The analysis of women's intention to choose their respective type of delivery indicates that 69.3% of women would like to have a vaginal delivery and the remaining 30.7% would like to have had a cesarean section, 28.2% wanted vaginal delivery and had a surgical delivery and 9.7% wanted cesarean delivery and had vaginal delivery. Regarding the determination of the type of delivery to be performed, the protagonist in this process was the physician (72.2%). Among women who would like to have a vaginal delivery, 51.1% gave answers related to a better and faster recovery, while among women who wished to have had a cesarean section, 16.3% reported fear of vaginal delivery pain. In this process of choosing the type of delivery, the woman's preference over the procedure that will be performed in her body should, except for health reasons, prevail, thus coming as a form of respect, equity and universal treatment humanized.

**Keywords:** Type of delivery, vaginal delivery, cesarean section and humanized birth.

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma “aparadeira” de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares (BRENES, 1991). No século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, ocorreu a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização (BRASIL, 2001).

A institucionalização da maternidade trouxe consigo a decisão por um tipo específico de parto, o que não é uma tarefa fácil e depende de diversos fatores, entre eles as condições de saúde da mulher (físicas, psicológicas e morbidades) e do bebê (conforto, posição fetal e morbidades). Outro aspecto a ser considerado nessa decisão é a preferência e escolha da mulher pelo tipo de parto que gostaria de ter, além é claro, dos fatores que dizem respeito às intercorrências durante o parto e as prováveis condições de recuperação desta mãe no puerpério (BRASIL, 2001).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983 pelo Ministério da Saúde (MS) proporcionou as bases filosóficas para a introdução dos conceitos de atenção à saúde feminina, em sua integralidade e autonomia corporal (BRASIL, 1984). Nesta proposta, os profissionais de saúde deveriam receber capacitação de forma a estabelecerem novas práticas a partir dessa nova visão incorporada (JACOB, 2004). Dois anos depois, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu uma reunião

na cidade de Fortaleza, no Brasil, para discutir sobre qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. Baseados principalmente em dados disponíveis de países do norte da Europa, em que as taxas mostravam ótimos resultados maternos e perinatais, passaram a considerar que a taxa ideal de cesarianas deveria estar entre 10% e 15% (OMS, 2015).

Contudo, o poder de acesso da população ao serviço de saúde na Europa é bastante diferente em comparação ao do Brasil. Além disso, cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo que suas estratégias de cuidado à saúde devem ser desenvolvidas para cada contexto nacional específico. Dessa forma, importando parâmetros distantes da realidade brasileira podem-se provocar diversos equívocos (GADELHA et al., 2012).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição em 1988 foram às bases para a implantação do que hoje conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS), o qual visou garantir o direito universal à saúde através de leis. Dentre as diversas leis criadas, a Lei Orgânica da Saúde, ou seja, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 vem sedimentar as propostas anteriores, de forma a garantir a universalidade, a integralidade e equidade na atenção à saúde. Esta lei visou também ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, de forma a qualificar profissionais para essa nova abordagem da saúde (NORONHA et al., 2008).

Preocupado com as altas prevalências de cesarianas observadas, em 1998, o MS aumentou em 160% o valor da remuneração do parto vaginal e instituiu o pagamento da analgesia de parto, visando reduzir os excessos de intervenções cesarianas no SUS. A Portaria 466 de junho de 2000 instituiu o Pacto para Redução das Taxas de Cesárea, o qual redistribuiu entre as gestões estaduais a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais e maternidades, para a redução das taxas de cesarianas (RATTNER, 2009).

Também no ano de 2000 na sede da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova York, líderes de várias nações se reuniram e assinaram a Declaração do Milênio, que falava dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), onde cada país fez o compromisso de traçar seus objetivos específicos de desenvolvimento em várias áreas (BRAZIL, 2014). Para o Brasil foram propostos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que passaram a fazer parte do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (UNITED NATIONS, 2000).

Dentre os ODM propostos para o Brasil, o objetivo número 3, visa até 2030 “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades”, e possui como meta

reduzir a taxa de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e também acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos para no máximo 12 por 1.000 nascidos vivos. Já no quinto objetivo, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e também com a Plataforma de Ação de Pequim entre outros documentos, visa assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos da mulher, como forma de empoderamento e de alcance da igualdade de gênero (UNITED NATIONS, 2000).

É de fundamental importância salientar que não há parto humanizado se os direitos e desejos das mulheres parturientes não forem respeitados, visto que tanto a imposição de um parto cesariano, quanto a de um parto vaginal, torna-se uma violação ao seu corpo e ao seu direito de escolha (WOLFF; WALDOW, 2008).

Apesar de existirem diversas variações de tipos de parto como, por exemplo, o parto de cócoras, parto na água, fórceps entre outros e variações no local de realização do parto, o presente artigo refere-se às duas principais vias, sendo elas a via vaginal ou transpélvica, representada pelo parto vaginal e a via cirúrgica abdominal, representada pela cesariana.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esses dados fazem parte de um projeto matriz denominado “Utilização de medicamentos durante o período da gestação, parto e amamentação em gestantes no município de Rio Branco, Acre”. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, de base populacional. O município de Rio Branco é a capital do estado do Acre e constitui seu maior centro populacional, comercial, cultural e industrial. Em 2010 possuía o maior índice de desenvolvimento humano (IDH) do estado (0,727), inferior ao índice nacional (0,755). Há dois hospitais com maternidade nesse município, o Hospital e Maternidade Santa Juliana (HSJ) que atende às demandas públicas e privadas e a maternidade Bárbara Heliodora que atende exclusivamente as gestantes advindas do serviço público.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo a primeira etapa coletada nas duas maternidades de Rio Branco e a segunda etapa na residência das pacientes. Para participar do estudo, as mulheres deveriam residir no município em área urbana. A primeira etapa da coleta de dados ocorreu entre 06 de abril a 10 de julho de 2015, nas duas maternidades do município. O cálculo do tamanho da amostra utilizou como base a ocorrência de 6.943

partos nas duas maternidades de Rio Branco em 2014, um erro amostral de 3%, um poder de teste de 80% e uma razão de chances estimada de 2,0 para os fatores de exposição analisados, obtendo-se como necessário a seleção de pelo menos 926 gestantes. A amostra contou com a participação de 1.190 puérperas.

A segunda etapa de coleta de dados iniciou-se em 14 de dezembro de 2015 e encerrou-se em 18 de julho de 2016. Feita no domicílio após 6 meses do final da primeira etapa. Nessa coorte de parturientes foram entrevistadas 864 parturientes.

O desfecho deste estudo foi determinado como a “análise descritiva do tipo de parto e a intenção materna em realizá-lo”. Como variáveis independentes, foram avaliadas: características sócio-demográficas (idade materna, situação conjugal e cor da pele), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar, classe econômica, recebimento de auxílio social), vida reprodutiva (paridade, planejamento da gravidez, número de filhos vivos, número de partos), hábitos maternos durante a gestação (tabagismo, uso de bebida alcoólica, prática de atividade física), assistência ao pré-natal (número de consultas realizadas, assistência ao pré-natal pública ou privada, hipertensão gestacional, diabetes mellitus gestacional, anemia durante a gestação, VDRL, infecção urinária gestacional), assistência ao parto (privado ou público, prematuridade, baixo peso ao nascer).

Todas as variáveis foram coletadas por entrevistas realizadas diretamente com as puérperas e complementadas com os dados do cartão da gestante e prontuários médicos. As entrevistas ocorreram nas 24h após o parto, por meio de um questionário de pesquisa padronizado e semiestruturado. As entrevistadoras eram estudantes de graduação de cursos na área da saúde e/ou profissionais de ensino superior, que foram previamente selecionadas, treinadas e contempladas com auxílio financeiro. O treinamento subsidiou o registro das informações prestadas exatamente como eram relatadas pelas entrevistadas, evitando-se a utilização de linguagem técnica. Durante todo o período de coleta essas entrevistadoras trabalharam em regime de escalas e rodízio de trabalho, de modo a não haver sobrecarga, mas cobrir todos os dias em tempo integral. Elas foram treinadas com o intuito de obter padronização e uniformidade de procedimentos na coleta de dados.

A identificação da gestante ocorria pelo prontuário de internação e localizada, a puérpera era convidada a participar da pesquisa e, mediante concordância, solicitava-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, sendo que uma delas ficava em seu poder.

Os dados coletados na entrevista, no cartão da gestante e no prontuário médico foram revisados, codificados e posteriormente digitados. A entrada dos dados foi realizada por

diferentes digitadores e os dados foram checados quanto à consistência. As inconsistências foram sanadas mediante revisão dos instrumentos e/ou contato telefônico com a parturiente.

Os dados foram analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* IBM SPSS 22.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Inicialmente, foi realizada a descrição da população de estudo pela prevalência para cada uma das variáveis independentes. Em seguida, foi medida a prevalência do desfecho de acordo com as variáveis estudadas e significância estatística foi aferida pelo teste de qui-quadrado de Pearson.

Neste estudo foram observados os princípios éticos de acordo com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os pesquisadores receberam autorização das duas instituições em que a coleta de dados foi realizada e o projeto matriz foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob parecer nº 750.821 de 14/08/2014.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 RESULTADOS

A média de idade das parturientes foi de 25,33 anos. A maioria tinha entre 25 e 34 anos (37,5%), ensino médio completo (52,3%), referia uma renda acima de 1 a 3 salários mínimos (56,6%), pertencia a classe econômica C, D e E (79,2%) e relatou ter companheiro (84,3%).

O parto cirúrgico foi o mais prevalente, com 50,2% de ocorrência. A proporção de partos cirúrgicos foi maior entre as mulheres com maior idade ( $p < 0,001$ ), maior escolaridade materna ( $p < 0,001$ ), maior renda familiar ( $p < 0,001$ ), pertencer à classe econômica A e B ( $p < 0,001$ ), essa proporção de partos cirúrgicos foi menor entre as mulheres que declaravam receber auxílio financeiro do Bolsa Família ( $p < 0,004$ ) (Tabela 1).

Ao analisar as características maternas e gestacionais, percebe-se que a maior proporção de partos cirúrgicos ocorreu entre as mulheres que realizaram maior número de consultas pré-natais ( $p < 0,001$ ), ter realizado o parto pelo serviço privado ( $p < 0,001$ ), possuir número de partos entre 1 e 3 ( $p < 0,001$ ), apresentar histórico de cesariana anterior ( $p < 0,001$ ), e que desenvolveu hipertensão durante a gravidez ( $p < 0,001$ ) e essa proporção de partos cirúrgicos foi menor entre as mulheres com diagnóstico de sífilis durante a gestação ( $p < 0,04$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas, demográficas, hábitos maternos, morbidade e de assistência pré-natal, da população de estudo no município de Rio Branco - AC, 2015. (N=864).

Variável	Vaginal		Cirúrgico		p-Valor*
	n	%	n	%	
<b>Idade (anos)</b>					
13 -18	96	59,6	65	40,4	<b>0,001</b>
19 – 24	149	54,0	127	46,0	
25 – 34	143	43,9	183	56,1	
=> 35 anos	42	41,6	59	58,4	
<b>Escolaridade</b>					
Ensino fundamental I	36	72,0	14	28,0	<b>0,001</b>
Ensino fundamental II	101	63,1	59	36,9	
Ensino médio	226	50,0	226	50,0	
Ensino superior	67	33,2	135	66,8	
<b>Renda familiar</b>					
Até 1,5 SM	181	59,0	126	41,0	<b>0,001</b>
≥ 1,5 SM	184	42,5	249	57,5	
<b>Classe ABEP</b>					
A e B	58	32,6	120	67,4	<b>0,001</b>
C, D e E	371	54,7	307	45,3	
<b>Recebimento de Bolsa Família</b>					
Não	316	47,4	350	52,6	<b>0,004</b>
Sim	92	60,5	60	39,5	
<b>Situação conjugal</b>					
Não tem companheiro	69	50,7	67	49,3	0,806
Com companheiro	361	49,6	367	50,4	
<b>Cor da pele autodeclarada</b>					
Branca	36	41,4	51	58,6	0,101
Não Branca	393	50,6	383	49,4	
<b>Primigesta</b>					
Não	256	50,5	251	49,5	0,609
Sim	171	48,7	180	51,3	
<b>Gravidez planejada</b>					
Não	283	51,5	266	48,5	0,152
Sim	145	46,5	167	53,5	
<b>Atendimento Pré-natal</b>					
Público	392	54,7	324	45,3	<b>0,001</b>
Privado	24	19,2	101	80,8	
<b>Número de Consultas Pré-Natal</b>					
1 a 5	173	55,6	138	44,4	<b>0,001</b>
6 a 8	191	51,3	181	48,7	
> 8	61	35,9	109	64,1	

<b>Atendimento no Parto</b>					
Público	421	54,7	348	45,3	<b>0,001</b>
Privado	8	8,8	83	91,2	
<b>Número de partos vaginais</b>					
Nenhum	3	1,9	156	98,1	<b>0,001</b>
1 a 3	195	69,6	85	30,4	
>= 4	58	84,1	11	15,9	
<b>Número de partos</b>					
Nenhum	169	49,1	175	50,9	<b>0,004</b>
1 a 3	192	46,5	221	53,5	
4 a 6	56	65,9	29	34,1	
7 a 11	10	71,4	4	28,6	
<b>Número de partos cesáreos</b>					
Nenhum	216	98,2	4	1,8	<b>0,001</b>
1 a 2	37	15,1	208	84,9	
3 a 4	3	7,0	40	93,0	
<b>Hipertensão gestacional</b>					
Não	361	54,6	300	45,4	<b>0,001</b>
Sim	36	28,3	91	71,7	
<b>VDRL reagente</b>					
Não	412	49,2	426	50,8	<b>0,04</b>
Sim	18	69,2	8	30,8	
<b>Diabete Mellitus Gestacional</b>					
Não	158	47,3	176	52,7	0,336
Sim	17	39,5	26	60,5	
<b>Anemia Gestacional</b>					
Não	313	50,3	309	49,7	0,879
Sim	51	49,5	52	50,5	
<b>Prematuridade</b>					
Não	372	50,4	366	49,6	0,115
Sim	37	41,6	52	58,4	
<b>Baixo peso ao nascer</b>					
Não	396	50,1	394	49,9	0,407
Sim	31	44,9	38	55,1	

\*Teste do qui-quadrado de Pearson

\*\*Salário mínimo vigente na época (R\$ 788,00)

\*\*\*ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Quanto à determinação de escolha do tipo de parto a ser realizado, o protagonista neste processo foi o médico, tanto em relação ao parto vaginal quanto ao cirúrgico uma vez que 72,7% responderam que foi o médico o responsável pela escolha, 20,3% responderam que foram elas próprias que escolheram e 7% responderam que foram outros. Das 157 mulheres que escolheram o tipo de parto a ser realizado, 71,3% delas tiveram parto vaginal



e 28,7% tiveram parto cirúrgico. Já entre as 563 mulheres em que o médico escolheu o tipo de parto, 56,1% tiveram cesárea e 43,9% tiveram parto vaginal (Tabela 2).

**Tabela 2.** Determinação da escolha pela realização do tipo de parto, Rio Branco, Acre, 2015 (N=774).

Ator da escolha	Vaginal		Cirúrgico		Total*	
	n	%	n	%	n	%
A própria gestante	112	71,3	45	28,7	157	20,3
O médico	247	43,9	316	56,1	563	72,7
Outros	31	57,4	23	42,6	54	7,0

\*Foram incluídas apenas gestantes que responderam à pergunta de escolha pelo tipo de parto

A análise da intenção da mulher pela escolha do seu respectivo tipo de parto aponta que 69,3% das mulheres gostariam de ter tido parto vaginal e os 30,7% restante gostariam de ter tido cesárea. A discordância em relação ao desejo e a realização do tipo de parto foi de 40,7% para aquelas que queriam parto vaginal e tiveram parto cirúrgico e de 31,6% para relação inversa, ou seja, queriam cesárea e tiveram parto vaginal. A concordância foi de 59,3% para o parto vaginal e de 68,4% para o parto cirúrgico (Tabela 3).

**Tabela 3.** Intenção de escolha pela realização do tipo de parto em relação ao tipo de parto realizado, Rio Branco, Acre, 2015 (N=772).

Intenção de parto	Tipo de parto realizado					
	Vaginal		Cirúrgico		Total*	
	n	%	n	%	n	%
Vaginal	317	59,3	218	40,7	535	69,3
Cirúrgico	75	31,6	162	68,4	237	30,7

\*Foram incluídas apenas gestantes que responderam à pergunta de intenção pelo tipo de parto.

**Tabela 4.** Motivos que levaram as mulheres a querer um tipo de parto específico, Rio Branco, Acre, 2015 (N=771)

Motivo da escolha	Tipo de parto que gostaria					
	Vaginal		Cirúrgico		Total*	
	n	%	n	%	n	%
Recuperação melhor e rápida	394	51,1	3	0,4	397	51,5
Medo da dor do parto	6	0,8	127	16,5	133	17,3
Natural é melhor e mais saudável	49	6,4	0	0,0	49	6,4
Motivos prévios de saúde ou intraparto	4	0,5	34	4,4	38	4,9
Queria realizar laqueadura	2	0,3	35	4,5	37	4,8
Resposta insuficiente	24	3,1	11	1,4	35	4,5
Repetir o parto anterior	9	1,1	6	0,8	15	1,9
Experiência prévia ruim	6	0,8	8	1,0	14	1,8
Outras	46	6,0	21	2,7	67	8,7
Total	534	69,3	237	30,7	771	100,0

\*Foram incluídas apenas gestantes que responderam à pergunta sobre o motivo pela preferência por um tipo de parto.

### 3.2 DISCUSSÃO

Os resultados socioeconômicos desta pesquisa reafirmam os resultados de pesquisas anteriores, nas quais, as maiores prevalências de cesáreas estavam associadas à uma maior renda familiar (mães da classe A e B), ao aumento da idade materna e à maior escolaridade da mãe. Também estavam associadas a ter o seu parto realizado pelo serviço privado, ter um maior número de consultas pré-natais (DOMINGUES, 2014; OLIVEIRA, 2013; MANDARINO et al., 2009)

Em sua pesquisa, Domingues (2014) mostrou que 87,5% das mulheres do setor privado conceberam através do parto cirúrgico. Além disso, ele indicou um aumento de tomadas de decisão por esse tipo de parto no final da gestação, e que este procedimento

não foi dependente do diagnóstico de complicações. Em nossa pesquisa, 90,2% das mulheres que tiveram seu parto realizado no setor privado, tiveram cesariana, contra apenas 45,3% de cesarianas realizadas no setor público. Contudo, os dados não nos permitem afirmar se isso decorre da procura pelo atendimento privado exatamente para garantir a realização de um parto cirúrgico, seja por vontade ou por necessidade, ou se esse alto índice se dá por outros interesses institucionais e/ou médicos.

Em seu estudo comparando uma maternidade do serviço público com outra do serviço privado em São Luís do Maranhão, Mandarino et. al. (2009) constatou que 67,4% das mulheres da maternidade pública preferiam o parto vaginal, contra apenas 32,6% da privada. Contudo, este tipo de parto foi realizado em 46% das mulheres da maternidade pública e em 97,8% das da maternidade privada, visto que em 94,7% das cesáreas realizadas na rede pública tinham indicação clínica, contra apenas 63,2% na rede particular, ficando os 36,8% restantes da maternidade privada declaradas como cesariana “a pedido”. (MANDARINO et al., 2009). A maior prevalência de partos cirúrgicos (50,2%), demonstra um descompasso entre a realidade e as metas a serem alcançadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do MS, estando muito longe do valor máximo de 15% preconizado pela OMS. Fato importante é que das mulheres que tiveram seu atendimento pré-natal no serviço privado, apenas 19,2% tiveram parto vaginal, o que nos mostra que 80,8% dos partos privados foram de parto cesariano. Entende-se que provavelmente, estas mulheres que procuram o serviço privado, já o façam na procura por esse tipo de procedimento (parto cirúrgico), visto que quando se trata de atendimento público, a maioria das mulheres que realizaram seu pré-natal nesses estabelecimentos, tiveram partos vaginais.

Pode-se inferir que a cesariana “a pedido” torna-se um “artigo de luxo”, ao qual as classes sociais mais altas têm nela a preferência, sendo, portanto ditatorial impedir a escolha da mulher ao tipo de parto desejado, independentemente de seu status econômico. Dessa forma, o papel do médico, além de o de respeitar o desejo materno, é acima de tudo, resguardar a vida de seus pacientes, os quais neste caso são a mãe e seu bebê (CÂMARA, 2016)

Nota-se que apenas 20,3% das mulheres puderam escolher o tipo de parto a ser realizado, e que 72,7% referiram o médico como protagonista da escolha. Comparando as escolhas entre médicos e parturientes, observa-se a maioria das mulheres que escolheram o tipo de parto a ser realizado, optaram pelo parto vaginal, diferentemente do resultado encontrado entre as escolhas dos médicos, às quais evidenciaram um maior número de

cesarianas. Contudo não se tem dados suficientes para afirmar se tal escolha foi por necessidade ou apenas por conveniência, visto que a diferença entre a escolha do parto vaginal (43,9%) e o cirúrgico (56,1%) feito pelo médico, apesar de não estar entre os valores preconizados, é relativamente baixa (12%).

Oliveira (2013), afirma que a preferência pela via de parto não influencia o tipo de parto a ser realizado, porém, outro estudo feito anteriormente feito por Mandarino (2009) refere uma proporção de concordância de 55,8% para gestantes que preferiam o parto vaginal e o tiveram e de 38,2% para o parto cesáreo. Nessa pesquisa essa concordância foi ainda maior, sendo a concordância de 59,3% para o parto vaginal e de 68,4% para o parto cirúrgico. Isso mostra que os serviços locais, mesmo o médico sendo o principal personagem na escolha do tipo de parto a ser realizado, a vontade da mulher está prevalecendo e sendo respeitada na maior parte dos casos.

Apesar de haver concordância entre o tipo de parto desejado pela mulher e o parto realizado, os números ainda são muitos discretos perto da real necessidade de valorizar e respeitar a autonomia e a capacidade das mulheres de participar da decisão sobre seu próprio corpo e principalmente sua saúde e a de seu bebê (SODRÉ; MERIGHI, 2012). Muito além de perceber a necessidade de aumentar seu poder de escolha, é preciso fazer uma avaliação sobre se realmente estão sendo buscadas medidas de humanização do parto e valorização da mulher como foi proposto nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, já citado anteriormente (BRASIL, 2014).

Observou-se que apenas 69,2% das mulheres gostariam de ter tido parto vaginal, número este que está bem distante dos 85% preconizados pela OMS, visto que dentre elas, não se pode descartar a necessidade de uma cesariana por motivos de saúde. O foco para uma mudança nos altos índices de cesariana deve se concentrar então nas 30,7% de mulheres com preferência pela cesariana, visto que os motivos por elas apresentados poderiam facilmente ser resolvidos, como por exemplo, a dor do parto vaginal, a qual se resolveria com procedimentos de analgesia de parto.

Entre as respostas que justificavam suas preferências, grande parte era similar com a literatura já publicada (VALE et. al., 2015; DOMINGUES, 2014; BARBOSA et. al., 2003). Assim, das mulheres que preferiam o parto vaginal, as principais justificativas foram relacionadas à recuperação melhor e mais rápida (73,8%) e por que achavam o parto vaginal melhor e mais saudável (9,2%) como podemos observar nas respostas “porque é mais fácil, no dia seguinte a gente já está andando” ou em “é dolorido, mas rapidinho passa”. A grande questão aqui é que, no total, essa última justificativa, assim como outras

3,1% de respostas classificadas como respostas insuficientes como quando apenas diziam “porque é melhor” ou mesmo “não sei” respectivamente, é referida por Barbosa et. al. (2003) como “cultura do parto vaginal”, ou seja, apesar de preferirem o parto preconizado pelos órgãos de saúde, as mulheres não sabiam explicar concretamente os reais benefícios que justificariam os motivos de sua predileção.

A principal justificativa pela escolha do parto cirúrgico foi o medo da dor do parto vaginal (53,6%) como se pode exemplificar nas respostas “porque não sou mulher para sentir dor” e “porque a dor do normal é horrível”. A segunda justificativa mais usada foi o desejo de realizar laqueadura (14,8%) como em “queria fazer cesárea para poder fazer laqueadura na mesma cirurgia” e em terceiro lugar vieram os motivos prévios de saúde ou intraparto (14,3%) como em “por que era hipertensa e estava perdendo líquido amniótico”. Também foram verificadas 4,6% de respostas insuficientes entre as mulheres que gostariam de ter tido cesárea como na resposta em que a entrevistada afirmou que sua escolha pela cesárea foi realizada simplesmente por “curiosidade” ou mesmo as que apenas disseram que “porque é melhor” sem justificar o porquê achavam melhor, demonstrando que a “cultura da cesárea” existe, porém não se mostrou tão diferente e exorbitante quanto se é pregado (BARBOSA et. al., 2003). Estes resultados reforçam ainda, o quanto a falta de informação reduz a capacidade das mulheres de exercer seu direito à escolha de forma consciente (HOTIMSKY, 2002; VALE et. al, 2015).

Assim como a analgesia de parto poderia ajudar na redução do medo da dor do parto vaginal. O desejo de realizar laqueadura também poderia ser suprido, caso o acesso aos processos de cirurgia por videolaparoscopia fossem mais acessíveis à população. Até porque, a Portaria SAS/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999 estabelece que *“É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante período de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade...”* (BRASIL, 1999). Contudo, ao se pensar no risco de posteriormente se submeter a um novo procedimento cirúrgico e anestésico para a realização da laqueadura, caso a mulher tenha tido necessidade ou mesmo escolhido a realização do parto cirúrgico, deve-se estudar o custo benefício e se realmente esta lei beneficia a autonomia feminina (SILVA, 2014).

Entre as mulheres que gostariam de ter tido parto vaginal, apenas 1,4% delas afirmaram sua preferência por querer repetir o parto anterior, porém, 2,5% das mulheres que tiveram cesáreas também referiram o mesmo motivo. As experiências de partos anteriores trazem respostas bastante controversas como quando se compara uma das justificativas pela escolha do parto vaginal em “já tinha tido outros dois normais, sem

complicação e foi rápida a recuperação” com uma justificativa pela escolha da cesárea em “porque normal já tinha tido três e sofre muito”.

Houve também respostas, como “*para saber como era ter este tipo de parto*”, que evidenciaram a passividade dessa população frente a um evento em que sua saúde esteja em jogo. Isto demonstra uma maior necessidade conscientizar as mulheres acerca de sua saúde reprodutiva e acerca de seus direitos, para que saiam desse papel de sujeito e se tornem agentes de escolhas mais conscientes (SODRÉ; MERIGHI, 2012).

## 4. CONCLUSÃO

Verificou-se que mesmo diante dos esforços governamentais para a redução do número de cesarianas, este procedimento ainda prevalece e que os principais fatores associados a esta prática estão intimamente relacionados ao socioeconômico.

O empoderamento feminino deve ser um assunto melhor discutido, pois a falta de conhecimento sobre eventos que ocorrem em seu corpo, as leva a incorporar mitos que distorcem ou mesmo cerceiam sua autonomia. Neste processo de escolha do tipo de parto especificamente, a preferência da mulher sobre o procedimento que será realizado em seu corpo deve, exceto por motivos de saúde, prevalecer, vindo assim como forma de respeito, equidade e tratamento universal humanizado.

## 5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, G.P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cad Saúde Pública.**, v. 19, p. 1611-1620, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Portaria nº: 48, de 11 de fevereiro de 1999.** Estabelece normas e procedimentos para Planejamento Familiar. Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.

CÂMARA, R. et al. Cesariana a pedido materno. **Rev Col Bras Cir.**, v. 43, n. 4, p. 301-310, 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

GADELHA, P. et al. (EDS.). **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro, RJ: [Brasília, Distrito Federal, Brazil]: FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz: IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Ministério da Saúde: Secretaria de Assuntos Estratégicos, Governo Federal, 2012.

HOTIMSKY, S.N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica Childbirth as I see it... or the way I wish it was? Expectations of pregnant women towards. **Cad Saúde Pública.**, v. 18, n. 5, p. 1303–1311, 2002.

JACOB, S.S. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil; resultados iniciais. **Cad Saúde Pública.**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

MANDARINO, N.R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v. 25, n. 7, p. 1587–1596, jul. 2009.

NORONHA, J. et.al. **Sistema Único de Saúde-SUS**. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. p. 435-472, 2008.

OLIVEIRA, A.R. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.**, v. 29, n. 3, p. 151-159, 2013.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 13, p. 759-768, 2009.

SILVA, C.F. et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 30, p. 355-368, 2014.



SODRÉ, T.M.; MERIGHI, M.A.B. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde.**, v. 11, n. 5, p. 115–120, 30 maio 2012.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development.** New York: sustainabledevelopment.un.org, 2000.

VALE, L.D. et al. Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, v. 36, n. 3, p. 86–92, set. 2015.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade.**, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

## AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL NO MUNDO, NO BRASIL E NA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Débora Melo de Aguiar<sup>1</sup>, Andreia Moreira de Andrade<sup>1</sup>, Simone Perufo Opitz<sup>1</sup>, Ilce  
Ferreira da Silva<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Acre, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, AC, Brasil.

### RESUMO

A assistência pré-natal é considerada a principal estratégia de intervenção em saúde pública para redução de complicações durante a gravidez, parto e período pós-natal, além dos indicadores de mortalidade materna e infantil. Contudo, para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário que este atendimento seja ofertado com qualidade. Desta forma, este estudo teve o objetivo de revisar as publicações acerca da assistência pré-natal e contribuir para ampliar o conhecimento científico acerca da qualidade da assistência através de uma revisão narrativa da literatura nos principais bancos de dados nacionais e internacionais. Com o passar dos anos, um número considerável de publicações foi encontrado. Todavia, para avaliação da qualidade da assistência pré-natal são necessários parâmetros que vão além das características de utilização (números de consultas e momento de início da assistência); e partir dos anos 2000, houve um incremento no número de artigos que passaram a considerar ações relacionadas ao conteúdo das consultas, conforme recomendados pelos órgãos oficiais.

**Palavras-Chave:** Cuidado Pré-Natal, Saúde da Mulher e Qualidade do Pré-Natal.

### ABSTRACT

Prenatal care is considered the main strategy for public health intervention to reduce complications during pregnancy, delivery and the postnatal period, as well as indicators of maternal and infant mortality. So long as these goals are achieved, it is necessary that this service be offered with quality. This study aimed to review publications about prenatal care and contribute to broaden the scientific knowledge about the quality of care through a narrative review of the literature in the main national and international databases. Over the years, a considerable number of publications have been found. However, in order to assess the quality of prenatal care, parameters that go beyond the characteristics of use (numbers of consultations and time of start of care) are needed; and starting in the 2000s, there was an increase in the number of articles that began to consider actions related to the content of the consultations, as recommended by the official bodies.

**Keywords:** Prenatal Care, Women's Health and Quality Prenatal Care.

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção materno-infantil é um dos principais focos da atenção básica à saúde desde a Declaração de Alma-Ata em 1978, que estabeleceu que a assistência deve ser realizada em três momentos: durante a gestação, no momento do parto e no período pós-parto. A realização do pré-natal tem apresentado resultados decisivos na gestação, reduzindo problemas específicos do parto ou mesmo cuidados imediatos ao recém-nascido, além daqueles relacionados ao período puerperal (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Apesar da redução significativa da mortalidade infantil nos últimos 25 anos, a maioria dos óbitos ocorrem no primeiro mês de vida; e entre as principais causas dos óbitos perinatais estão aqueles relacionados a falhas na atenção ao parto e nascimento, uma vez que a oferta de um cuidado qualificado possibilita o diagnóstico e a prevenção de complicações por meio de intervenções oportunas (LANSKY et al., 2014).

Ao contrário das nações mais desenvolvidas, onde as mortes por causas perinatais apresentam relação principal com doenças de difícil prevenção, entre elas as malformações congênitas, o descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por afecções passíveis de prevenção e controle por meio de adequada assistência pré-natal, tais como prematuridade, sífilis congênita, infecções urinárias complicadas, doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias (NOGUEIRA, M., 1994; FRANÇA et al., 2017; LANSKY et al., 2014).

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil, atingiu valores superiores a 90% na década de 90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990); e em 2011 esses valores chegaram aproximadamente a 100%, demonstrando assim a universalidade do atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Embora avanços tenham sido alcançados em torno da cobertura pré-natal, ainda persistem agravos relacionados a causas evitáveis, sugerindo uma baixa qualidade do conteúdo deste serviço. Estudos revelaram que a avaliação do processo da assistência contribui para a melhoria da qualidade e adequação desses serviços, sendo fundamental para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (PEREIRA et al., 2006; CESAR et al., 2012; POLGLIANE et al., 2014).

Em 2010, o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, realizou a Chamada Neonatal, um estudo transversal com mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram às unidades de saúde selecionadas para participar desta

pesquisa. Fizeram parte 252 municípios brasileiros (98%) de um total dos 256 signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil. Considerou-se como pré-natal adequado: início no primeiro trimestre, seis ou mais consultas; aferição da pressão arterial, do peso e exame das mamas em todas as consultas; realização de hemograma, glicemia e urina; realização de VDRL e HIV com recebimento do resultado em até 15 dias; recebimento de orientação sobre aleitamento materno e local do parto. Foi observado que entre as mães que participaram do estudo, 98,7% tiveram acesso ao pré-natal, porém, 63% das mulheres na Amazônia Legal foi considerado inadequado. Em Rio Branco, no Estado do Acre, 1% apresentaram um pré-natal considerado adequado e 32% parcialmente adequado (LEAL et al., 2015).

Diante desse contexto, surge a seguinte questão: Como tem sido a produção de literatura científica sobre a qualidade da assistência pré-natal no mundo, Brasil e na Amazônia Ocidental? Em torno disso, o objetivo deste estudo foi revisar e contribuir para ampliar o conhecimento científico acerca da qualidade da assistência pré-natal, desde o momento de início e número de consultas, até os procedimentos recomendados pelos órgãos oficiais para garantia de uma gestação e parto saudáveis. Para isto, foi utilizada a técnica de revisão narrativa da literatura.

A busca foi desenvolvida no Banco de Dados Eletrônico da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), A Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos Capes. A revisão foi realizada no período de março de 2016 a abril de 2017, utilizando as palavras-chave “Prenatal Care”, “Saúde da Mulher” e “Quality Prenatal Care”.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A literatura voltada para a avaliação da qualidade do pré-natal destaca dois indicadores distintos: Os de utilização e os de conteúdo. Os indicadores de utilização são amplamente abordados por grande parte dos estudos nesta área, pois concentram-se no uso de indicadores quantitativos, por meio de informações sobre a cobertura do pré-natal, a idade gestacional de início do cuidado e o número de consultas de pré-natal, isoladas ou combinadas, controlados ou não para a duração da gestação (RIBEIRO et al., 2009; TRALDI; DOMINGUES et al., 2012).

Dentre os indicadores frequentemente usados para avaliação da utilização do pré-natal, destacam-se aqueles que relacionam a idade gestacional de início do cuidado e o número de consultas de pré-natal, por serem os indicadores ligados ao pré-natal que mais tem afetado a mortalidade materno-infantil. Com base nesses indicadores foram desenvolvidos dois índices, que são aqueles mais comumente utilizados na literatura nacional e internacional, os Índices de Kessner e o APNCUI (Adequacy Prenatal Care Utilization Index) ou Índice de Kotelchuck (KESSNER, DM. et al., 1973; KOTELCHUCK, M., 1994).

No Brasil, uma das primeiras propostas de avaliação da qualidade do pré-natal, surgiu em 1993 realizada por Takeda, também com base no índice proposto por Kessner, onde reduziu o número de consultas e estendeu a idade gestacional de início da assistência para antes de vinte semanas (TAKEDA, S., 1993).

Nas décadas que se sucederam, outros estudos tentaram construir indicadores capazes de avaliar a qualidade do conteúdo, utilizando como parâmetros as recomendações instituídas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e do Manual do pré-natal e puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada), incorporando elementos que vão além de características relacionadas a cobertura, número de consultas e tipo de parto. Em 2001, logo após a instituição do PHPN no Brasil, Silveira e colaboradores (2001), em busca de avaliar as ações realizadas no momento da consulta, acrescentaram a utilização adequada do pré-natal com base no índice de Kessner, a realização de exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos (SILVEIRA et al., 2001).

## 2.1 QUALIDADE DE PROCESSO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNDO: AVALIAÇÃO DO ACESSO.

Os primeiros programas de cuidados pré-natal foram concebidos na Europa e orientavam principalmente mulheres em condições de vida socialmente difíceis, com o objetivo de melhorar os resultados maternos e perinatais para grupos menos privilegiados. Gradualmente, os programas aumentaram seu número de objetivos e incluíram procedimentos de triagem mais específicos para detecção de problemas médicos definidos em todas as mulheres grávidas. A medida que o desfecho materno e perinatal melhorou drasticamente nos países mais desenvolvidos, os cuidados pré-natais receberam grande parte do crédito (LINDMARK; BERENDES; MEIRIK, 1998).

Globalmente, o número anual de mortes maternas diminuiu em 43%, passando de aproximadamente 532.000 em 1990 para 303.000 em 2015. Na Europa e América do Norte a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi equivalente a 13 mortes a cada 100.000 nascidos vivos, nos demais países desenvolvidos esse número foi de 12 mortes a cada 100.000 nascidos vivos (WHO, 2015).

Em um estudo realizado em Camden, em Nova Jersey com 1771 mulheres entre 18 a 29 anos no ano 2000, foi utilizado o índice de Kessner e Kotelchuck para mensurar a adequação da utilização da assistência pré-natal. Foi observado que apenas 29,4% receberam cuidados adequados de acordo com o índice de Kessner, enquanto segundo as categorias de Kotelchuck apenas 17,8% receberam cuidados mais que adequados e 34,1% adequados. Os autores observaram que a chance de ter um parto prematuro foi 2,8 vezes maior (IC95%: 2,07-3,78) entre as mulheres com índice de Kessner inadequado, e 2,1 vezes maior (IC95%, 1,58-2,81 entre as mulheres classificadas como inadequado no índice de Kotelchuck, quando comparadas às mulheres classificadas como pré-natal adequado/>adequado para ambos os índices (KRUEGER; SCHOLL, 2000).

Apesar dos progressos e dos baixos indicadores de mortalidade materna nos países desenvolvidos, tem sido observadas diferenças no acesso aos cuidados durante a gestação, contribuindo para as desigualdades nos resultados de saúde entre grupos étnicos e socioeconômicos (CDC, 2008). Assim, em busca de investigar as disparidades relacionadas a utilização do pré-natal na Califórnia, foi realizado um estudo transversal com base nos dados do Departamento de Serviços de Saúde da Califórnia entre 2002 e 2004 com uma amostra composta de 144.334 nascimentos a termo. A iniciação tardia foi definida como a realização da primeira visita pré-natal após 13 semanas de gestação. Das mulheres que fizeram parte do estudo, 87,8% das mulheres brancas iniciaram o pré-natal durante o primeiro trimestre, enquanto em mulheres negras esse valor reduziu para 78%, sugerindo que as mulheres negras tiveram maior probabilidade de iniciação tardia quando comparadas às brancas. Esses achados sugerem que existem disparidades raciais/étnicas na realização do pré-natal na Califórnia (BENGIAMIN; CAPITMAN; RUWE, 2010).

Na Europa, ao invés de um maior número de visitas, as ações estão voltadas para o conteúdo de cada consulta com medidas relacionadas ao monitoramento do tabagismo durante a gravidez, sobrepeso materno, tempo de iniciação do cuidado pré-natal, amamentação, aspectos socioeconômicos e medidas relacionadas a saúde materna (CURRAN, RHONDA et al., 2013). Desta forma, em 2014, o número médio de consultas na França chegava a 7 e sua taxa de mortalidade infantil era de 3/1000 nascidos vivos,

enquanto nos Estados Unidos esse valor correspondia ao dobro (6/1000 nascidos vivos). Esses resultados sugerem que um maior número de visitas, excedendo as recomendações internacionais, não implicam necessariamente em melhores resultados perinatais (MACDORMAN et al., 2016).

Considerando que a cobertura do pré-natal na Finlândia é próximo a 100%, foi realizado um estudo transversal com dados de uma coorte com todas as mulheres finlandesas que tiveram filhos vivos no Distrito Hospitalar do Sudoeste da Finlândia entre 2008 e 2010, compondo uma amostra de 2.741 mulheres. Considerando que a assistência a saúde da gestante possa ocorrer na maternidade ou em uma clínica integrada, o estudo buscou esclarecer a existência de uma relação entre o modelo organizacional da assistência e a utilização dos serviços. Entre as mulheres que realizaram o pré-natal na maternidade, 98,1% apresentaram início precoce (antes de 15 semanas gestacionais), 98,9% realizaram mais que 5 consultas e 25,2% realizaram mais que 17 consultas. Entre as mulheres que realizaram o pré-natal em clínicas integradas, 97,4% iniciaram antes de 15 semanas, 99,1% realizaram mais que 5 consultas e 24% realizaram mais que 17 consultas. Apesar da pequena diferença da utilização entre os dois serviços, o modelo organizacional não afetou a utilização dos serviços de assistência (TUOMINEN et al., 2016).

Por outro lado, ainda que nos países em desenvolvimento os indicadores de cobertura e utilização sejam significativamente inferiores aos países desenvolvidos, de acordo com dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a cobertura pré-natal nestas regiões apresentou aumentos expressivos entre 1990 e 2009, com um aumento na proporção de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta, variando de 64% em 1990 a 89% em 2009. Em relação a estimativa de mulheres que fizeram as 4 consultas preconizadas pela OMS em 58 países em desenvolvimento entre 2003 - 2009, 66% das mulheres seguiram as recomendações (UNICEF, 2010).

Embora os avanços conquistados na última década nos cuidados especializados durante a gravidez e progressos tenham sido feitos, a redução da mortalidade materna e infantil continuam sendo apresentadas como desafios nos países em desenvolvimento, como os países africanos, América Latina e Caribe. A RMM total nestas regiões é de 239 mortes a cada 100.000 nascidos vivos, aproximadamente 20 vezes maior que a nas regiões desenvolvidas. Contudo, a redução da mortalidade materna na América Latina e Caribe, foi equivalente a 50% entre 1990 e 2015, reduzindo de 135 para 67 mortes a cada 100.000 nascidos vivos. (WHO, 2015).



Devido a esses fatores, o atendimento pré-natal tem sido considerado como o principal indicador de saúde em que se é possível perceber a diferença entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Desta forma, a cobertura e a qualidade do atendimento pré-natal tem sido alvo de estudos nos países cuja mortalidade infantil ainda é considerada elevada, especialmente em países como a Índia, países Africanos e Brasil (CARROLI; ROONEY; VILLAR, 2001).

Com base em estudos que avaliaram um modelo de rotina para cuidados durante a atenção no pré-natal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2002 o manual para implementação de um novo modelo pré-natal. Considerando que a gestante não apresente nenhum problema de saúde específico e nenhuma necessidade especial, a realização de um pré-natal focado em um número mínimo de quatro consultas, início durante o primeiro trimestre de gravidez, atrelado à realização de intervenções específicas com base em evidências científicas seria suficiente para uma gestação segura e saudável em países em desenvolvimento (VILLAR; BERGSJO, 2002).

Seguindo estas recomendações, em 2009, o governo Chinês realizou uma reforma no sistema de saúde incrementando a oferta de serviços de assistência pré-natal e pós-natal com o objetivo de alcançar cobertura universal dos serviços básicos de saúde pública. Após esta reforma, nenhum estudo havia sido realizado com o objetivo de avaliar a qualidade do pré-natal. Por esta razão, os autores realizaram em 2010, um estudo transversal com 1.079 mulheres que tinham filhos menores de 2 anos em dois municípios da província de Hebei. Os autores consideraram um pré-natal adequado o início das consultas durante o primeiro trimestre e a realização de 4 consultas. Destas mulheres, 98% realizaram pelo menos uma consulta, 80% realizaram as 4 consultas mínimas preconizadas pela OMS. Sobre o início precoce, 46% iniciaram a assistência durante o primeiro trimestre. No que se trata do acesso ao pré-natal, a China vem se aproximando cada vez mais da universalidade do atendimento (CHEN et al., 2013).

Em Bangladesh cerca de 12.000 mulheres grávidas morrem a cada ano devido a complicações relacionadas a gravidez. Diante disto foi realizado um estudo transversal utilizando como base de dados o Inquérito Demográfico de Saúde em 2007, com o objetivo de produzir resultados representativos para o país como um todo, visando investigar quais fatores sociodemográficos estariam associados a inadequação do pré-natal no país. Das 4.921 mulheres que fizeram parte do estudo, 62% realizaram pelo menos uma consulta e apenas 23,1% das mulheres realizaram  $\geq 4$  consultas recomendadas pela OMS. Entre as razões para inadequação, a condição econômica (29%) e o local de moradia (17,6) foram

os principais fatores responsáveis por explicar a baixa adesão às 4 consultas (HOSSAIN et al., 2015).

Em 2014, foi realizado um estudo transversal em Sincelejo, na Colômbia, com 730 gestantes selecionadas por uma técnica de amostra aleatória nas comunidades da cidade, com o objetivo de identificar a adequação da assistência e as razões para não realização. Os autores consideraram o pré-natal adequado quando iniciado no primeiro trimestre e realizado pelo menos 4 consultas. Neste estudo, 97,7% tiveram acesso ao pré-natal, 84,9% realizaram o início da assistência durante o primeiro trimestre e 50% realizaram 4 consultas, 75,6% das mulheres realizaram um pré-natal considerado adequado. Entre as razões para não realização do pré-natal, estava o fato de ser considerado como um processo longo e demorado e a mãe já ter outros filhos sem problemas (MELADO; ÁVILA, 2016).

Com o passar dos anos, novos estudos foram realizados em diferentes países e evidenciou-se um aumento da mortalidade perinatal associado ao reduzido número de consultas mínimas (4 consultas), indicando a importância da vigilância no final da gravidez (32 a 36 semanas) para identificar situações de risco e garantir intervenções específicas (LAMBON-QUAYEFIO; OWOO, 2014; UMEORA; SUNDAY-ADEOYE; UGWU, 2008; VOGEL, et al., 2013).

Levando em consideração os resultados de novos estudos em diferentes lugares do mundo, e seguindo os “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS) em torno de políticas e atividades de cooperação internacional sobre erradicação da pobreza, segurança alimentar, saúde, entre outros aspectos” estabelecido pelas Nações Unidas, a OMS publicou em 2016 novas recomendações sobre cuidados pré-natais. Esta nova recomendação estabelece o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação e o aumento do número mínimo de consultas pré-natal de 4 para 8 consultas (WHO, 2016).

### **2.1.1 Qualidade do acesso a assistência pré-natal no Brasil e na Amazônia Ocidental.**

No Brasil a mortalidade materna e infantil ainda são grandes desafios para a saúde pública, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país. É possível observar diferenças significativas no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre as regiões do país, de modo que este IDH varia de 0,75 - 0,76 nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Norte e Nordeste este IDH varia entre 0,66 e 0,67. Diferenças como

estas explicam a heterogeneidade dos indicadores de mortalidade entre as regiões (RODRIGUES et al., 2016).

Visando a redução dessas taxas, o Ministério da Saúde passou a buscar alternativas com o objetivo de obter avanços relacionados as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, instituindo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Neste ano, o programa estabeleceu ações mínimas a serem realizadas, incluindo a realização de pelo menos 06 (seis) consultas e início do acompanhamento até a 16ª semana de gestação, as consultas devem acontecer preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação, seguida de realização de uma consulta no puerpério (até 42 dias após o nascimento) (BRASIL, 2000).

Entre os anos de 2011 e 2012 foi realizado o maior inquérito nacional sobre o parto e nascimento realizado no país, a pesquisa “Nascer no Brasil”. Os resultados deste estudo revelaram que a cobertura da realização do pré-natal no país foi de 98,7%, independentemente da característica materna. Destas, 75,8% realizaram a primeira consulta durante o primeiro trimestre da gestação e 73,1% realizaram as 6 consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Entre as razões para não realização do pré-natal; as barreiras de acesso (43,2%) e problemas pessoais (40,6%) foram os principais motivos relatados pelas gestantes entrevistadas. Os autores observaram ainda que a cobertura da assistência pré-natal na Região Norte foi equivalente a 97,5%, sendo a menor quando comparada às demais regiões do país ainda que próxima a 100%. Em relação ao início durante o primeiro trimestre gestacional nesta região, o valor correspondente foi de 64,4%; enquanto 42,7% realizaram menos que 6 consultas. Entretanto, como este estudo foi conduzido numa amostra estratificada por macrorregiões, infelizmente esses achados não podem ser extrapolados para estados ou municípios, uma vez que só foram considerados parâmetros regionais no processo de amostragem (VIELLAS et al., 2014).

Em Rio Grande, Cesar et al (2012) realizaram um estudo transversal de base populacional com 2.395 gestantes residentes no município que tiveram filhos em 2010, com o objetivo de estimar a cobertura dos procedimentos realizados durante o pré-natal, entre gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades com equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), clínicas de convênio e consultórios particulares. Os autores observaram que 78,3% das mulheres iniciaram o pré-natal durante o primeiro trimestre e 80% realizaram 6 ou mais consultas. De acordo com o índice de Kessner modificado por Takeda, 74,9% tiveram o pré-natal classificado como adequado. Observou-

se ainda que no setor privado, 91,6% realizaram seis ou mais consultas, enquanto no setor público apenas 71,6% cumpriram esta recomendação. Em relação ao início da assistência, 88,7% das mulheres que realizaram o pré-natal no setor privado iniciaram o atendimento durante o primeiro trimestre, enquanto no setor público esse percentual caiu para 70,6% (CESAR et al., 2012).

Apesar das conhecidas limitações de generalização dos achados para os estados e municípios, no estudo Nascer no Brasil foi observado que as regiões com menores percentuais de adequação do pré-natal (início precoce e número de consultas) foram as regiões norte (39,1% e 55,5%) e nordeste (49,2% e 63,8%) (DOMINGUES et al., 2015).

Corroborando com esses achados, Costa et al (2010) realizaram um estudo transversal de base populacional em 30 municípios do Maranhão, com 2.075 mulheres em idade fértil entre julho de 2008 a janeiro de 2009, visando caracterizar a cobertura do pré-natal no estado. Os autores observaram que embora a cobertura pré-natal tenha chegado a 85,6%, apenas 46,8% das mulheres que fizeram parte da amostra realizaram o número mínimo de 6 consultas e 64,6% delas iniciaram o atendimento durante o primeiro trimestre. Assim, considerando as recomendações brasileiras, 43,4% das mulheres desta amostra apresentaram pré-natal adequado. Desta forma, apesar de uma cobertura pré-natal acima de 80%, a utilização deste serviço foi considerada adequada em apenas 50% amostra, evidenciando um descompasso na atenção primária entre a cobertura e a qualidade desta atenção (COSTA et al., 2010).

A região amazônica é considerada a área com a maior taxa de fertilidade no Brasil e a terceira maior taxa de mortalidade infantil (ONU, 2010). Até o ano 2000 apresentava as razões mais baixas de postos de saúde por habitantes no país e uma das menores razões de leitos hospitalares por 10.000 habitantes no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Peculiaridades como estas representam obstáculos para assistência a saúde na região. No estado do Acre, o acesso a alguns municípios ainda ocorre apenas por via aérea ou aquática, porém, com a construção da rodovia interoceânica, Assis Brasil passou a ter acesso rodoviário permanente. Por isso, foram realizados dois estudos transversais (2003 e 2011) com o objetivo de avaliar as mudanças na assistência pré-natal e no parto neste município antes e depois da construção da estrada do Pacífico. A amostra foi composta por 154 crianças que nasceram entre 1997 – 2003 e de 412 crianças nascidas entre 2006 – 2011, e que estavam sendo criadas por suas mães biológicas. A cobertura do pré-natal em 2003 foi equivalente a 93,5%, enquanto em 2011 esse valor atingiu 95,6%. Em relação a utilização, 60,8% das mulheres realizaram pelo menos 6 consultas em 2003, em 2011 esse

número se manteve constante, alcançando 61%. Apesar da construção da rodovia interoceânica promover e facilitar o acesso aos serviços de saúde, a proporção de utilização do pré-natal não apresentou melhorias significativas. Apesar dos investimentos econômicos e governamentais, a atenção materna em pequenas cidades geograficamente isoladas da Amazônia ainda é inadequada representando um desafio para a saúde pública (GUIMARÃES et al., 2016).

Durante 2007 e 2008, foi realizado um inquérito de morbidade de base populacional com 648 mães de crianças de zero a cinco anos no município de Rio Branco, Acre. Os critérios de avaliação da cobertura do pré-natal foram determinados pelo número de consultas realizadas, considerando o mínimo de seis consultas e o início do acompanhamento durante o primeiro trimestre. Dentre as 648 gestantes incluídas no estudo, 97,6% realizaram alguma consulta de pré-natal e 60,7% realizaram seis ou mais consultas. As maiores frequências de seis ou mais consultas foram encontradas na faixa etária  $\geq 35$  anos (68,8%), com 10-14 anos de escolaridade (78%), solteiras (65,8%), cor branca (72,5%), com 1 a 2 filhos (67,5%) e residentes na zona urbana (72,7%). Em relação ao início do atendimento durante o primeiro trimestre, 61% das mulheres cumpriram a recomendação, apresentando valor inferior à proporção nacional, equivalente a 83% durante o mesmo período. A inadequação do pré-natal foi maior em mães que possuíam escolaridade entre 0 - 4 anos (RP = 2,41 IC95%: 1,65 – 3,59) e cor da pele negra (RP = 1,91 IC95%: 0,97 – 3,77) (CAVALCANTE et al., 2012).

No ano de 2010, foi realizado um estudo de base hospitalar envolvendo 887 primigestas com informações retiradas do cartão de pré-natal das gestantes, cujo objetivo foi de analisar os fatores associados ao uso de medicamentos na gestação no município de Rio Branco. Foi observado que 99,2% tiveram acesso ao pré-natal, sendo que 80,6% dos atendimentos foram realizados pela rede pública de saúde. Destas, 73,7% iniciaram o pré-natal no decorrer do primeiro trimestre e 68,2% realizaram seis ou mais consultas (ANDRADE et al., 2014).

Apesar dos avanços conquistados em relação a utilização do pré-natal (início durante o primeiro trimestre e a realização de pelo menos seis consultas), a contínua avaliação da utilização do pré-natal no Brasil ainda assume grande relevância, especialmente nas regiões norte e nordeste, que ainda apresentam desafios nos que se refere ao acesso e conteúdo do pré-natal. Por outro lado, ainda existem lacunas no conhecimento relacionados a qualidade do conteúdo desta assistência ofertada, especialmente aqueles relacionados à realização de procedimentos efetivos para redução de desfechos desfavoráveis. Para isso,

é necessário a superação de barreiras que impedem ações de diagnóstico precoce da gravidez e assim o início do acompanhamento nas primeiras semanas de gestação, favorecendo a detecção de possíveis problemas durante a gestação (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; DOMINGUES et al., 2015; ANJOS; BOING, 2016).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta revisão, demonstram consenso na literatura no que se refere à avaliação do programa de pré-natal, uma vez que presente estudo corrobora com as evidências consideradas fundamentais para os desfechos relacionados ao parto e nascimento.

A cobertura do pré-natal em Rio Branco apresentou resultados superiores a 90%, garantindo o acesso a este serviço a grande parte das gestantes que dele necessitam. Apesar disso, é importante destacar a necessidade de avaliação das ações recomendadas durante o cuidado da assistência, consideradas essenciais para detecção de possíveis agravos e garantia de uma gestação e parto saudáveis.

Com base nos trabalhos publicados, considera-se essencial a avaliação continuada do programa de pré-natal, principalmente na Amazônia Ocidental, localizada em uma região desfavorecida socialmente e economicamente, visando a realização de ações de planejamento e fortalecimento da rede assistencial voltada aos cuidados na gestação, parto e puerpério.

### 4. REFERÊNCIAS

ANJOS, J. C. DOS; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 835–850, 2016.

BENGIAMIN, M. I.; CAPITMAN, J. A.; RUWE, M. B. Disparities in Initiation and Adherence to Prenatal Care: Impact of Insurance, Race-Ethnicity and Nativity. **Maternal and Child Health Journal**, v. 14, n. 4, p. 618–624, 2010.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.



CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. **Paediatric and perinatal Epidemiology**, v. 15, n. s1, p. 1–42, 2001.

CAVALCANTE, S. et al. Atenção pré-natal no município de Rio Branco, Acre: Inquérito de base populacional, 2007-2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 661–2012.

CESAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2106–2114, 2012.

CHEN, L. et al. A comparison between antenatal care quality in public and private sector in rural Hebei, China. **Croatian Medical Journal**, v. 54, n. 2, p. 146–156, 2013.

COSTA, G. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63 n.6, p. 1005–1009, 2010.

CRUZ, R.; CAMINHA, M.; BATISTA FILHO, M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87–94, 2014.

CURRAN, RHONDA et al. **European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010**. [s.l.] Euro-Peristat, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.37, n.3, p.140-147, 2015.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 46–60, 2017.

GUIMARÃES, A. S. et al. Prenatal care and childbirth assistance in Amazonian women before and after the Pacific Highway Construction (2003–2011): a cross-sectional study. **BMC Women's Health**, v. 16, n. 1, 2016.

HOSSAIN, M. K. et al. Contribution of socio-demographic factors on antenatal care in Bangladesh: Modeling approach. **Public Health Research**, v. 5, n. 4, p. 95–102, 2015.

KESSNER, DM. et al. Infant Death: An Analysis by Maternal Risk and Health Care. **Institute of Medicine and National Academy of Sciences**, 1973.

KOTELCHUCK, M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **AM J Public Health**, v. 84, p. 1914–1920, 1994.



KRUEGER, P. M.; SCHOLL, T. O. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. **The Journal of the American Osteopathic Association.**, v. 100, n. 8, p. 485–492, 2000.

LAMBON-QUAYEFIO, M. P.; OWOO, N. S. Examining the Influence of Antenatal Care Visits and Skilled Delivery on Neonatal Deaths in Ghana. **Applied Health Economics and Health Policy.**, v. 12, n. 5, p. 511–522, 2014.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 30, n.suppl 1, p. 192–207, 2014.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, v. 15, n. 1, p. 91–104, 2015.

LINDMARK, G.; BERENDES, H.; MEIRIK, O. Antenatal care in developed countries. **Paediatric and Perinatal Epidemiology.**, v. 12, n. s2, p. 4–6, 1998.

MACDORMAN, M. F. et al. Recent Increases in the U.S. Maternal Mortality Rate: Disentangling Trends From Measurement Issues. **Obstetrics & Gynecology.**, v. 128, n. 3, p. 447–455, 2016.

MELLADO, C; ÁVILA, I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. **Colômbia: Revista Cuidarte.**, v.7, n.2, p.1345-1351, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC))**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS: Indicadores e Dados Básicos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/folder.htm>>. Acesso em: 27 maio. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC))**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def>>. Acesso em: 18 maio. 2017.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 19, n. 7, p. 1999–2010, 2014.

RIBEIRO, E. R. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth.**, v. 9, n. 1, 2009.

RODRIGUES, N. C. P. et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. **Jornal de Pediatria.**, v. 92, n. 6, p. 567–573, 2016.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. DI G. DO. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 20, n. 5, p. 1281–1289, 2004.

SILVEIRA, D.; SANTOS, I.; COSTA, J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 17, n.1, p. 131-139, 2001.

TAKEDA, S. **Avaliação de Unidade de Atenção Primária: Modificação dos Indicadores de Saúde e Qualidade da Atenção.** 1993.

TRALDI, M. C.; GALVÃO, P.; DA FONSECA, M. R. C. C. Avaliação do pré-natal de gestantes da região de Jundiaí-SP, Brasil: Índice de Kotelchuck. **Revista Saúde-UNG.**, v. 8, n. 1-2, p. 22–29, 2014.

TUOMINEN, M. et al. A Comparison of Medical Birth Register Outcomes between Maternity Health Clinics and Integrated Maternity and Child Health Clinics in Southwest Finland. **International Journal of Integrated Care.**, v. 16, n. 2, 2016.

UMEORA, O. U. J.; SUNDAY-ADEOYE, I.; UGWU, G. O. Advocating the new WHO antenatal care model in a free maternity care setting in a developing country. **Tropical Doctor.**, v. 38, n. 1, p. 24–27, 2008.

UNICEF (ED.). **Progress for children: achieving the MDGs with equity.** New York: UNICEF, 2010.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 30, p.85–100, 2014.

VILLAR, J.; BERGSJO, P. **WHO Antenatal Care Trial Research Group. Who Antenatal Care Randomised Trial For The Evaluation of A New Model Of Routine Antenatal Care.** GENEVA: Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health, 2002.

VOGEL, J. et al. **Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial.** Reproductive Health, 2013.

WHO. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division,** 2015.

WHO. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: World Health Organization, 2016.

## MELHORIA DA QUALIDADE DE FASE PRÉ-ANALÍTICA DO LABORATÓRIO CLÍNICO: UM RELATO DE EXPERIENCIA NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE

**Glaúcio Eduardo de Sousa Salomé<sup>1</sup>, Malcon Aduino Bezerra Peres<sup>1</sup>, Rogério Lima  
Pereira<sup>1</sup>, Débora Melo de Aguiar<sup>2</sup>, Andréia Moreira de Andrade<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil.

2. Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Uma das principais finalidades do exame laboratorial é auxiliar o raciocínio médico após a obtenção da história clínica e a realização do exame físico. Os procedimentos laboratoriais são divididos em três fases, pré-analítica, analítica e pós-analítica. A fase pré-analítica apresenta a maior concentração de erros registrados, devido ao fato de envolver uma sequência de ações e um grande número de pessoas, com diferentes formações profissionais, focos de interesse e grau de envolvimento. Esse capítulo constitui um relato de experiência de um trabalho que teve como objetivo proporcionar uma intervenção para melhoria da qualidade da fase pré-analítica nas salas de coletas de exames laboratoriais em 02 (duas) Unidades de Referência da Atenção Primária no município de Rio Branco, selecionadas aleatoriamente. Os participantes foram os técnicos de laboratório das salas de coleta no período de maio a junho de 2018. Foi utilizada uma metodologia ativa, exploratória em que os participantes eram figuras centrais do processo finalizando as ações com rodas de conversas. As problemáticas foram: número insuficiente de recursos humanos, falta de um processo de educação continuada, estruturas inadequadas das salas de coletas, problemas no manuseio e transporte das amostras biológicas e ausência de procedimentos operacionais padrão (POPs) ou Instruções de trabalho (ITs). A intervenção proposta levou em conta os problemas levantados durante o diagnóstico nas URAP'S envolvidas, sendo as atividades direcionadas para a prática de educação em saúde.

**Palavras-chave:** Fase pré-analítica, Erros e controle de qualidade.

### ABSTRACT

One of the main purposes of the laboratory examination is to assist the medical reasoning after obtaining the medical history and performing the physical examination. The laboratory procedures are divided into three phases, pre-analytical, analytical and post-analytical. The pre-analytic phase presents the highest concentration of errors recorded, due to the fact that it involves a sequence of actions and a large number of people, with different professional backgrounds, focus of interest and degree of involvement. This chapter constitutes an experience report of a work that had as objective to provide an intervention to improve the quality of the pre-analytical phase in the laboratories collection rooms in 02 (two) Reference

Units of Primary Care in the city of Rio Branco, randomly selected. Participants were the laboratory technicians of the collection rooms from May to June 2018. An active, exploratory methodology was used in which the participants were central figures of the process finishing the actions with wheels of conversations. The problems were: insufficient human resources, lack of a continuing education process, inadequate collection rooms, problems in the handling and transport of biological samples, and lack of Standard Operating Procedures (SOPs) or Work Instructions (WIs). The proposed intervention took into account the problems raised during the diagnosis in the Reference Units of Primary Care involved. Being the activities directed to the practice of health education.

**Keywords:** Pre-analytical phase, Errors and Quality control.

## 1. INTRODUÇÃO

Uma das principais finalidades do exame laboratorial é auxiliar o raciocínio médico após a obtenção da história clínica e a realização do exame físico. Os procedimentos laboratoriais são divididos em três fases, pré-analítica, analítica e pós-analítica. Destas, a fase pré-analítica apresenta a maior concentração de erros registrados, pois se desenvolve em uma sequência de ações com um grande número de pessoas, com diferentes formações profissionais, focos de interesse e grau de envolvimento. Tendo em vista a grande quantidade de resultados de exames laboratoriais imprecisos, não fidedignos, essa fase deve ser conduzida seguindo o rigor técnico necessário para garantir a segurança do paciente e resultados exatos (DA FONSECA; FIORIN; DESTEFANI, 2015).

Para alcançar uma maior qualidade nas salas de coleta, é necessário ênfase na fase pré-analítica, que é composta por várias etapas que compreendem cerca de 70% dos erros laboratoriais, entre eles destaca-se: erro na interpretação da requisição do exame; cadastramento, orientação sobre a coleta; preparação e a coleta do material; acondicionamento e transporte até o laboratório clínico (GUIMARÃES et al., 2011).

Estudos apontam não apenas as maiores frequências de erros, mas também as mais elevadas prevalências de erro humano. Os erros desta fase podem ser atribuídos a grande rotatividade de profissionais de formações diferentes, negligência, falta de entendimento sobre as boas práticas laboratoriais, treinamentos insuficientes e falta de comprometimento. Essa é a fase mais suscetível aos erros de processos, sobretudo, àqueles processos que envolvem diretamente tarefas manuais (DA GRAÇA BECKER; SELOW; TONIOLO, 2017).

A alta possibilidade de ocorrer erros na fase pré-analítica, destaca-se como peça principal o paciente, ele cede sua amostra e desta espera um resultado positivo à resolução de seu transtorno. É importante destacar que toda informação necessária ao preparo do paciente antes da coleta é de suma importância para a redução dos erros extra laboratoriais inerentes ao paciente. A comunicação entre o profissional de saúde e o paciente deve ser efetiva e assegurar a qualidade do processo, nesta etapa, os profissionais treinados devem ser facilitadores e precisos no repasse das informações, tendo em vista que o paciente não detém conhecimentos dos processos intra-laboratoriais (WISLOCKI, 2011).

Sendo assim, este constitui um relato de experiência de uma atividade de intervenção que teve como objetivo oferecer subsídios para melhoria da qualidade da fase pré-analítica nas salas de coletas de exames laboratoriais em 02 (duas) Unidades de Referência da Atenção Primária no município de Rio Branco.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão realizado em parceria com a Universidade Federal do Acre (UFAC) e Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA)

A intervenção foi feita por meio de uma pesquisa-ação e a técnica empregada para coleta de dados foi a Roda de Conversa. Segundo Moura e Lima (2014) rodas de conversa, consistem em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo (MOURA; LIMA, 2014).

As atividades foram realizadas em 02 (duas) URAP'S da cidade de Rio Branco selecionadas aleatoriamente. Os participantes foram os técnicos de laboratório das salas de coleta no período de maio a junho de 2018. O trabalho foi desenvolvido em quatro etapas.

### 2.1 PRIMEIRA ETAPA

O projeto de extensão tinha um cronograma a seguir estipulado pela Universidade Federal do Acre (UFAC). A primeira etapa envolveu a autorização para sua realização por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA). Os entraves burocráticos

institucionais provocaram um atraso de aproximadamente 02 (dois) meses na execução do projeto devido à demora da entrega da liberação, ocasionando transtornos acadêmicos para os discentes. Sanadas as pendências, os autores conseguiram a liberação e autorização para realização do projeto de intervenção.

## 2.2 SEGUNDA ETAPA

Iniciou-se com a visita em 02 (duas) URAP'S de Rio Branco em que foi realizada a entrega do documento de liberação para realização do projeto, apresentação do projeto, agendamentos das demais etapas e visita nas salas de coletas das mesmas para tornar possível perceber realidade local (espaço físico, números de funcionários fluxos de atendimento e sistemática). Esta etapa teve como objetivo o reconhecimento do ambiente de trabalho.

## 2.3 TERCEIRA ETAPA

De acordo com o agendamento das atividades do projeto foi realizada uma roda de conversa com os participantes seguindo o roteiro direcionado para o controle de qualidade da fase pré-analítica. Em seguida foi realizada uma visita ao Centro de Apoio e Diagnóstico (CAD) para averiguar quais os problemas mais frequentes quanto às coletas das amostras biológicas enviadas pelas URAP's, uma vez que, o CAD é a unidade responsável pelo o processamento dos exames coletadas, ou seja, realiza a fase analítica e pós-analítica. A visita ao CAD, teve como objetivo compreender a percepção dos problemas segundo a visão de quem recebe as amostras a serem processadas.

## 2.4 QUARTA ETAPA

Foi elaborado um plano de ação com base na importância de cada etapa da fase pré-analítica. Os problemas observados pelos discentes e relatados pelos participantes durante as visitas feitas nas unidades de saúde deste projeto, desde o agendamento, coleta e o armazenamento das amostras para o transporte, apontaram para uma necessidade de um treinamento para reforçar e aprimorar os procedimentos técnicos realizados nesta fase. Buscando com isso uma diminuição de erros e a consequente melhoria na qualidade final dos resultados dos exames.

## 2.5 INTERVENÇÃO

Essa prática foi desenvolvida pelos alunos do curso de especialização em saúde pública da Universidade Federal do Acre – UFAC sendo direcionada aos técnicos de laboratórios que trabalham nas salas de coletas de exames laboratoriais das URAP'S.

A intervenção proposta levou em conta os problemas levantados durante a roda de conversa nas URAP'S envolvidas. Sendo as atividades direcionadas para a prática de educação em saúde. As atividades foram realizadas nas salas de coletas das URAP'S em dias alternados e após o término das coletas.

Esse método utilizado garantiu a livre participação de fala dos participantes com depoimentos sobre o contexto profissional do seu dia a dia, promovendo uma rica troca de experiência entre os discentes e os participantes, e estimulando reflexões e o compartilhamento de vivência.

Para o treinamento foi elaborado um material didático enfatizando os procedimentos técnicos de coletas das amostras biológicas na fase pré-analítica, que se inicia, desde a recepção, coleta do material biológico, transporte e triagem. Ocorreu uma grande interação entre os participantes através de conversas e trocas de experiências e se observou um grande interesse dos mesmos. Dando continuidade ao treinamento foi aplicado um roteiro estruturado, direcionado para a possibilidade de obter deles a opinião a respeito dos principais problemas da equipe relatados durante as rodas de conversa. Finalizando foi realizada uma avaliação quanto a importância desse projeto de extensão para cada participante.

Ao término do treinamento foi promovida uma confraternização entre os discentes e os participantes em um clima de descontração e satisfação de todos.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à fase pré-analítica das salas de coletas das URAP'S participantes desse projeto foram encontrados as seguintes problemáticas: número insuficiente de recursos humanos, falta de um processo de educação continuada, estruturas inadequadas das salas de coletas, problemas no manuseio e no transporte das amostras biológicas e ausência de procedimentos operacionais padrão (POPs) ou Instruções de trabalho (ITs). No CAD foram relatados os seguintes erros mais frequentes: etiquetagem dos tubos e coletores das



amostras errado; confirmação de coletas sem que o material tenha sido enviado; tubos de coletas das amostras com coágulos ou hemolisadas e amostras insuficientes de material biológico. Cada problema foi enumerado segundo normas ou artigos de referência que oferecem padrões ou que os regulamentam (Figura 1).

**Quadro 1.** Principais problemas relatados nas visitas

URAP'S Augusto Hidalgo de Lima e Dra. Cláudia Vitorino			
Setor	Situação identificada	Problema	Parâmetros
Agendamento e salas de coletas	- Recursos humanos insuficientes.	- diminuição no atendimento	Nota Técnica N° 12/ 2017
	- Falta de educação continuada para atualização profissional.	- profissionais desatualizados e desvalorizados	Guimarães (2011) relata sobre a importância de educação em saúde
	- Problemas no acondicionamento, manuseio e transporte das amostras biológicas.	- interferência no resultado dos exames	Manual de Vigilância de Transporte de Material Biológico (ANVISA 2015)
	- Ausência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)	- falta de padronização no procedimento das coletas.	Martelli (2011). Importância de atividades documentadas.
	- Estrutura inadequada para salas de coletas.	- problemas ergométricos e de biossegurança.	RDC 50/2002 ANVISA/MS.
	- Ausência de um responsável técnico	- falta de padronização nas ações de coleta.	RDC n.º 302/2005 ANVISA/MS.
Centro de Apoio e Diagnóstico (CAD)			
Diretoria técnica	- Etiquetação errada dos tubos e coletores das amostras biológicas	- repetição de coletas.	Procedimentos Operacionais Padrão
	- Confirmação de coletas sem que o material tenha sido enviado	- atraso na liberação dos resultados dos exames.	
	- Tubo de coletas das amostras com coágulos ou hemolisados.	- gera novas coletas.	
	- Amostras de material das amostras biológicas insuficientes.	- gera novas coletas.	

Segundo a Nota Técnica Nº 12/ 2017 que padroniza o quantitativo de profissionais por sala de coleta/unidade de saúde, e quantitativo de atendimento/pacientes que cada profissional técnico de laboratório realizará por hora, tendo em vista que a perspectiva seria que para cada URAP, fossem contratados quatro técnicos de laboratório para coletas e um administrativo para cadastro e agendamento, sendo estabelecidos quatro atendimentos/hora/dia por técnicos, totalizando 24 atendimentos/6 horas trabalhadas/dia. Sendo assim, o primeiro problema diagnosticado através desse estudo foi a insuficiência de recursos humanos (Nota Técnica 12 Nº 12/ 2017). A percepção dos discentes frente a esta constatação foi de que os técnicos apresentam-se sobrecarregados, cansados e desanimados com a situação e que em alguns momentos apresentaram total desinteresse por produzir um trabalho de qualidade, uma vez que, devido ao grande número de coletas, a prioridade não seria a qualidade da amostra e sim atender a todos em um curto espaço de tempo.

Segundo Guimarães (2011), para alcançar as metas de redução dos erros e aumentar a segurança nos processos pré-analíticos, faz-se necessário implantar atividades que visam à formação, educação e cultura de todos os profissionais envolvidos nos processos de obtenção e manipulação de amostras biológicas (GUIMARÃES et al., 2011). Esse estudo evidenciou uma ausência de um processo de educação permanente e continuada em saúde, e a impressão que se tem é que os técnicos se sentem excluídos do processo de formação e relatam que os superiores cobram melhorias e qualidade do serviço, mas não ensinam como deveria ser. Não se importam com a formação do conhecimento e evidenciam o aprendizado prático como fundamental.

Outra observação que foi apontada foram as estruturas das salas de coletas que não seguem as normas padrões, sendo as mesmas adaptadas. De acordo com a RDC 50/2002 ANVISA/MS, as dimensões físicas e capacidade instalada são as seguintes: box de coleta = 1,5 m. Caso haja apenas um ambiente de coleta, este deve ser do tipo sala com 3,6 m<sup>2</sup>. Um dos boxes deve ser destinado à maca e com dimensões para tal; área para registro de pacientes; sanitários para pacientes e acompanhantes; número necessário de braçadeiras para a realização de coletas uma para 15 (quinze) coletas/hora (BRASIL, 2002). A percepção dos alunos sobre este fato foi de que existe um descaso com o setor, eles relatam que em outras unidades de saúde, a sala de coleta divide espaço com outras atividades, que falta espaço para lavagem e esterilização e que as atividades dos mesmos, não são reconhecidas e valorizadas.

Foi relatado pelos participantes que o transporte das amostras biológicas é feito em veículos não apropriados, por servidores não capacitados e caixas térmicas sem termômetro. Segundo o Manual de Vigilância de Transporte de Material Biológico da Anvisa (2015), o transporte deve ser feito, sempre que possível por meio de veículos apropriados ou adaptados e preferencialmente com compartimento antichoque, caixa climatizada com controle de temperatura, caixas de transporte com dispositivo de segurança e acondicionamento correto em frascos adequados e motorista, capacitados para o transporte e manuseio das amostras (ANVISA, 2015). Sendo assim, o grupo conseguiu perceber que não existe desconhecimento por parte dos técnicos sobre a forma correta de se fazer o transporte do material biológico, uma vez que eles conseguiram relatar com detalhes os meios impróprios, porém existe a falta de governabilidade sobre as ações, uma vez não são eles os responsáveis pelo transporte.

Segundo Martelli (2011), todas as atividades do laboratório devem ser documentadas através de Instruções de Trabalho (IT) ou Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), aprovadas e colocadas à disposição do corpo técnico e de apoio. As ITs ou POPs são documentos que descrevem detalhadamente cada atividade do laboratório, tais como: atendimento ao cliente, coleta de amostras, limpeza e descarte de materiais, manipulação de equipamentos, realização de diversos exames e liberação de laudos. Nesse estudo constatou que nas URAP'S participantes do projeto de extensão não existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) ou Instrução de Trabalho (ITs), o que gera uma total falta de padronização nos procedimentos nas salas de coleta (MARTELLI, 2015). Essa falta de procedimentos, além de comprometer a qualidade da coleta, gera insegurança no técnico que desenvolve seu trabalho sem seguir um parâmetro institucional. O grupo conseguiu sentir que os profissionais atuantes se asseguram no conhecimento repassado de um para o outro e que a responsabilidade pelo erro ou acerto se deve ao técnico anterior que sempre fez de determinada maneira.

A realização desse projeto de extensão contribuiu de forma positiva para os discentes e para os participantes proporcionando uma vivência da realidade do local de trabalho das salas de coletas. Tendo como objetivo principal a melhoria da qualidade das coletas de duas URAP'S de Rio Branco, a roda de conversa foi fundamental para que fosse relatado pelos participantes os principais problemas e dificuldades enfrentados pelos mesmos no desempenho de suas funções profissionais. Essa roda de conversa favoreceu e fortaleceu o vínculo entre os discentes e a equipe envolvida no projeto.

Na primeira visita que foi feita nas salas de coletas notou-se uma falta de interesse dos técnicos em participar do projeto, que foi superado ao fim da primeira conversa. A comunicação foi um elemento fundamental nesse processo para o êxito do mesmo. O que foi fundamental e contribuiu na elaboração e desenvolvimento do projeto, pois a partir desta etapa foi identificado as principais dificuldades no dia a dia. Diante do que foi relatado foi elaborado um material didático para treinamento e um roteiro de conversas direcionado para as problemáticas e dificuldades encontradas pelos mesmos. Essas atividades foram aplicadas em dias diferentes nas URAP'S, devido à distância e ao tempo e fez com que os discentes estreitassem as relações com os participantes. Elas foram desenvolvidas após o término da coleta para que não fosse prejudicado o serviço prestado sem prejuízo aos usuários.

Diante dos relatos citados obteve-se a opinião dos profissionais a respeito das problemáticas e a importância da realização desse projeto para a melhoria dos serviços prestados à comunidade. Portanto, o objetivo de verificar a percepção dos participantes quanto às dificuldades enfrentadas no seu dia a dia, a importância deles dentro desse processo de trabalho da fase pré-analítica foi alcançado. Destaca-se a importância do roteiro de conversa que possibilitou aos discentes perceber uma carência de um processo de formação profissional continuada para melhoria do desempenho e do serviço de coleta.

A roda de conversa permitiu aos participantes, tanto aos discentes quanto a equipe, uma reflexão a respeito da realidade local de trabalho. Foi dado a cada um a oportunidade de manifestarem suas opiniões, o que precisa melhorar com relação a si próprio e em relação aos colegas no desempenho das funções profissionais nas salas de coletas. Ocorrendo uma interação entre todos. Pois essa pratica teve uma participação onde todos ouviam e opinavam, ocorrendo uma troca de experiências e vivências.

Para os discentes oportunizou conhecer os modos, as condições de trabalho e o ambiente profissional. Onde foi apresentado todo o fluxograma de atendimento na fase pré-analítica da realidade local, que se inicia desde a recepção, onde é feito o agendamento e repassada todas as orientações necessárias para realização dos exames, para posterior fazer a coleta da amostra biológica. A atividade proporcionou uma comunicação dinâmica e produtiva, que teve como consequência a criação de expectativas em relação ao projeto para melhoria dos serviços.

Este trabalho mostrou a realidade vivenciada de cada profissional e sua importância em cada uma das etapas da fase pré-analíticas. O que demonstra a conscientização dos mesmos, da necessidade de suas responsabilidades e comprometimento para uma

melhoria dos serviços prestado. O trabalho em equipe na sala de coleta é de extrema importância no resultado final do exame.

Proporcionou aos discentes uma visão da realidade das salas de coletas. Que apesar de ter ocorrido uma melhora significativa através de modificações no sistema de atendimento, ainda apresenta problemas como recursos humanos insuficientes, profissionais com desvio de função, a falta de um processo de educação continuada para a melhoria da qualidade do serviço, principalmente no agendamento dos exames que exige uma orientação adequada para o preparo do paciente, falta de comprometimento de alguns profissionais com o serviço, estruturas físicas inadequadas das salas de coleta, falta de uma padronização dos procedimentos técnicos na coleta, falta de gerenciamento do CAD com relação a padronização nas salas de coleta ocasionando uma transferência de responsabilidades.

E nesse cenário, uma vez identificado os problemas relatados, os discentes perceberam que tanto as equipes das salas de coletas como o CAD apenas apontavam as problemáticas. Os servidores das URAP's relatavam falta de apoio e os do CAD apenas cobrava e mencionavam que os erros eram oriundos das coletas. E nenhum destes assumia suas responsabilidades e não apresentavam soluções.

Apesar da maioria dos erros serem oriundos da atividade humana, alguns desses problemas fogem a governabilidade da equipe das salas de coleta e do CAD. Tais como, recursos humanos insuficientes, falta de um processo de educação continuada, estruturas inadequadas das salas de coletas, problemas no transporte e manuseio das amostras biológicas coletadas. Com isso gera um transtorno no atendimento desse serviço à comunidade. Uma vez que diminui o número de atendimento aumentando a espera para a realização do exame, demora no resultado final do mesmo devido a erros ocorrido na coleta o que gera novas repetições.

A finalidade principal do projeto de extensão foi proporcionar uma melhoria na qualidade do atendimento nas salas de coleta buscando a conscientização de cada membro da equipe quanto a sua importância no processo de trabalho.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa experiência permitiu vivenciar a realidade do dia a dia nas salas de coletas com seus problemas e dificuldades. Aos discentes proporcionou uma vivência da realidade local

relatado pelos profissionais das salas de coletas. Aos profissionais das salas de coletas foi dada a oportunidade de uma reflexão para melhoria dos serviços desempenhados pela equipe.

Monitorar e controlar a fase pré-analítica é uma tarefa altamente complexa, pois, muita das variáveis envolvidas está fora do alcance dos laboratórios. Para manter um serviço de qualidade é necessário um esforço e comprometimento de todos os profissionais envolvidos no processo.

Através desse projeto procurou-se conscientizar individualmente a importância do comprometimento e responsabilidade do seu desempenho em cada etapa da fase pré-analítica, com isso buscando melhorar a qualidade desse serviço na sala de coleta.

## 5. REFERÊNCIAS

ANVISA. **Manual de vigilância Sanitária sobre o transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº. 50**, 2002.

DA FONSECA, E. F.; FIORIN, L. H. G.; DESTEFANI, A. C. **Avaliação dos Principais Erros Laboratoriais na Fase Pré-analítica: Atualização da Base Literária e de seu Impacto na Dinâmica Clínica**. 2015

DA GRAÇA BECKER, M.; SELOW, M. L. C.; TONIOLO, R. M. M. A importância do controle de qualidade em laboratórios clínicos. **Revista Dom Acadêmico.**, v.1, n.1, p.183-268, 2016

GUIMARÃES, A. C., et al. O laboratório clínico e os erros pré-analíticos. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.**, v. 31, n. 1, p. 66-72, 2011.

MARTELLI, A. Gestão da Qualidade em Laboratórios de Análises Clínicas. **Journal of Health Sciences**, v.13, p.363-368, 2011.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação.**, v. 23, n. 1, p. 95–103, 2014.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica nº. 12/2017**: Padroniza-se o quantitativo de profissionais por Sala de Coleta / Unidade de Saúde, atendimento/pacientes que cada profissional técnico de laboratório realizará por hora. 2017.

WISLOCKI, Valéria Doliwa. **Levantamento das não conformidades laboratoriais e suas consequências clínicas em uma unidade hematológica hospitalar**. 2011.

## PESQUISA EM SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAMPO

**Débora Melo de Aguiar<sup>1</sup>, Fernanda Andrade Martins<sup>1</sup>, Alanderson Alves Ramalho<sup>1</sup>,  
Simone Perufo Opitz<sup>1</sup>, Andréia Moreira de Andrade<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal do Acre, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, AC, Brasil.

### RESUMO

A pesquisa de campo é considerada uma fase realizada após a construção de um estudo bibliográfico, fundamental para que o pesquisador possa obter um conhecimento essencial sobre o assunto pesquisado, uma vez que nesta etapa, será colocado em prática os principais objetivos do trabalho. Sendo assim, objetivou-se realizar um relato de experiência acerca da pesquisa de campo na Amazônia Ocidental, mais especificamente, no município de Rio Branco, Acre entre os anos de 2015 a 2017. Apesar das dificuldades e limitações encontradas, principalmente por ser uma região menos desenvolvida economicamente e localizada em uma área geograficamente isolada, o que muitas vezes dificulta e reduz o interesse para realização de pesquisas; este estudo proporcionou uma troca de experiências entre pesquisadores e participantes, além de possibilitar um momento de educação em saúde, visto que foi realizado o acompanhamento do desenvolvimento das crianças até os 2 anos de idade. Entretanto, espera-se que a primeira coorte do município de Rio Branco, seja apenas o pontapé inicial para realização de futuras pesquisas que venham difundir o conhecimento científico na região.

**Palavras-Chave:** Metodologia de Pesquisa, Saúde materna e infantil e Educação em saúde.

### ABSTRACT

Field research is considered a phase after the construction of a bibliographic study, fundamental for the researcher to obtain an essential knowledge about the researched subject, since, at this stage, the main objectives of the work will be put into practice. Thus, the objective was to make an experience report about the field research in the Western Amazon, more specifically in the municipality of Rio Branco, Acre between the years 2015 to 2017. Despite the difficulties and limitations found, mainly because it is an economically less developed region and located in a geographically isolated area, which often hinders and reduces the interest for research, this study provided an exchange of experiences between researchers and participants, in addition of enabling a moment of health education, since the development of children up to 2 years of age was monitored. However, it is expected that the first cohort of the municipality of Rio Branco will be the initial kick-off for future research that will disseminate scientific knowledge in the region.

**Keywords:** Research methodology, Maternal and child health and Health education



## 1. INTRODUÇÃO

A iniciação científica em pesquisa é uma modalidade relativamente recente e junto com o ensino e extensão constitui um dos pilares da formação acadêmica. Estima-se que mais de 70% dos alunos de mais de 70% das Instituições de Ensino superior participam ativamente de grupos de pesquisa e experienciam junto à vivência acadêmica uma formação para pesquisa de campo. Esse percurso dentro da universidade promove uma formação de recursos humanos mais qualificados e estimulados à uma educação profissional continuada (FONTANELLA et al., 2011)

O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e o Diretório dos Grupos de Pesquisa (DGP) são instrumentos criados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com o intuito de fomentar e desenvolver a pesquisa científica no Brasil (DRAGANOV et al., 2018; FONTANELLA et al., 2011)

As regiões Sul e Sudeste concentram a maioria dos grupos de pesquisa cadastrados junto ao CNPq, garantido aos iniciantes em pesquisa uma oportunidade maior frente ao processo de formação. A atuação em grupos de pesquisa, promove uma grande interação entre alunos e pesquisadores e uma convivência e colaboração entre os cursos de graduação, constituindo uma estratégia relevante para o processo de formação interprofissional em saúde, um conceito recentemente discutido e implementado nas instituições de ensino (BATISTA; BATISTA, 2016)

Na região Norte, o Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia (GPSCAM) é formado por docentes da Universidade Federal do Acre e seleciona alunos de graduação e pós-graduação em saúde para atuação junto as pesquisas desenvolvidas pelo grupo. Este trabalho em específico constitui um relato da experiência vivenciada por uma docente (orientadora/pesquisadora) e uma acadêmica durante 4 anos em uma pesquisa de coorte no município de Rio Branco, Acre.

## 2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

### 2.1 DESCRIÇÃO DA PESQUISA E DA FORMAÇÃO ACADÊMICA

A pesquisa denominada: “Utilização de medicamentos durante o período da gestação, parto e amamentação em gestantes no município de Rio Branco, Acre”, teve início no ano de 2015, com o objetivo de analisar a utilização de medicamentos por

mulheres, durante a gestação e o período de internação para o parto, no município de Rio Branco, Acre, que representa um estudo de coorte. De acordo com Rothman et al. (2011), a definição de coorte é um grupo de pessoas para as quais a condição de membro é definida de modo permanente, ou de uma população na qual a condição de membro é determinada totalmente por um só evento definidor e, assim, torna-se permanente.

No município de Rio Branco, a referida coorte apresentou três fases: Durante o pós-parto imediato, seis meses após o parto e no segundo ano de vida.

A inserção da acadêmica ocorreu ainda durante a graduação como iniciação científica e oportunizou a formação continuada, uma vez que a mesma passou por dois anos no mestrado e atualmente encontra-se no segundo ano do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva e continua atuando e pesquisando dados referentes à essa coorte.

Os resultados deste relato serão apresentados e discutidos de forma estruturada apontando a fase da pesquisa, a descrição da mesma, dificuldades encontradas, potencialidades de enfrentamento e a percepção das pesquisadoras em cada uma das etapas.

## 2.2 FASE DE CONCEPÇÃO

Esta fase foi executada pelos professores pesquisadores em que houve a revisão de literatura, levantamento das necessidades em pesquisa da região, construção do projeto de pesquisa, amostragem e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos. Nesta fase houve ainda a elaboração preliminar do instrumento de coleta de dados, o contato e pedido de autorização das Unidade de Saúde para atuação do grupo de pesquisa nas respectivas maternidades.

Destaca-se que os pesquisadores encontraram dificuldades inerentes à adequação e aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de ética que impõem um rígido rigor metodológico e as funções do mesmo geralmente são pouco divulgadas e compreendidas pelos pesquisadores, bem como a dificuldade em se obter autorização das unidade de saúde e manter uma relação de cooperação entre a academia e os serviço. De acordo com as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, II.4, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com "munus público", que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os

interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Apona-se como potencialidade desta fase o conhecimento alcançado sobre a atuação e os tramites burocráticos do Comitê de ética, visto que na época (2013/2014) havia dúvidas e interpretações diversas sobre a legislação que acabara de ser publicada. A Resolução anterior, nº 196 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) aponta uma dupla inspiração: uma influência utilitarista (conceituada na importância da configuração dos "riscos e benefícios" e da compreensão de "vulnerabilidade" como marcos orientadores da avaliação dos procedimentos éticos); e uma influência liberal (explícita na importância da proteção aos direitos humanos e das noções de sigilo, anonimato e autonomia dos sujeitos investigados) (FLEISCHER et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). A Resolução posterior do CNS nº 466 (BRASIL, 2012) mantém tais influências, adicionando ao trabalho de regulação o controle e acompanhamento do trabalho dos próprios CEPs, além de detalhar atribuições, deveres e responsabilidades dos participantes das pesquisas e de seus agentes fiscalizadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

### **2.2.1 Oficina de Elaboração do instrumento de coleta de dados**

Esta fase houve a inserção dos acadêmicos/bolsistas e iniciantes em pesquisa que imprimiram sua opinião e discutiram item a item o instrumento. A entrevista era composta por questões de cunho pessoal e a forma de se perguntar e elaborar a pergunta era definitivamente relevante para se obter os resultados esperados. As dificuldades encontradas foram relacionadas à melhor forma de redigir perguntas de cunho íntimo e pessoal sem constranger e ser invasivo. Como a análise dos dados necessitava de informações tais como: o número de parceiros sexuais, idade da primeira relação sexual, idade da primeira menstruação, uso de drogas lícitas e ilícitas entre outras, houve-se o cuidado em preservar e não ferir a honra e não atingir risco emocional a participante. Para os acadêmicos, o ponto de discussão foi relevante pois foi trabalhado a arte de ser empático, ou seja, de se colocar no lugar participante.

### **2.2.2 Estudo Piloto**

O estudo piloto ocorreu com cerca de 80 mulheres e foi de suma importância, uma vez que os pesquisadores conseguiram identificar lacunas em todos os processos.

Identificou-se problemas no instrumento tais como: digitação errada, campos sem respostas possíveis e falhas na sequência e pulos das perguntas.

Foi possível contornar problemas logísticos na escala dos pesquisadores de campo, bem como na localização dos mesmos junto à unidade de saúde de forma mais estratégica, uma vez que o fluxo das pacientes dentro da maternidade em alguns casos faziam com que mulheres que tiveram partos vaginais sem nenhuma intercorrência, ganhasse alta hospitalar antes mesmo de ir ao leito e acabavam contribuindo com as perdas. Segundo Zaccaron, D'Ely e Xhafaj (2018), o estudo piloto é um instrumento capaz de mensurar de forma exata, porém em menor escala, os meios e métodos planejados durante a fase pré-coleta. Durante o piloto é possível reproduzir procedimentos e adequar os métodos tornando a pesquisa o mais fidedigna possível. Segundo um dos autores o estudo piloto é uma “mini versão do estudo completo” e por isso, um passo fundamental para a pesquisa.

### **2.2.3 Coleta de Dados**

Por ser um estudo coorte, o acompanhamento durante o pós-parto ocorreu na maternidade, em seguida, a observação das mulheres nos primeiros seis meses e no segundo ano de vida ocorreu no domicílio de cada parturiente. Na maternidade, a coleta de dados foi efetuada por meio de entrevistas com questionários semiestruturado, constituído de diversos módulos aplicado durante o pós-parto imediato, por dados registrados no cartão do pré-natal e dados do prontuário.

As entrevistas foram realizadas no interior das maternidades, no alojamento conjunto, sendo as puérperas abordadas geralmente 12 horas após o parto, de forma a preservar a recuperação no pós-parto imediato. Durante todo o período de coleta desta etapa, as pesquisadoras trabalhavam em regime de escalas e rodízio, de modo a não haver sobrecarga e cobrir a demanda de todos os dias em tempo integral. Além disso, as auxiliares de pesquisa se dirigiram ao posto de enfermagem e coletaram dados do prontuário da puérpera (evolução desde a internação até o parto) e do cartão de pré-natal, com o intuito de obter as informações ofertadas na assistência a parturiente e ao recém-nascido durante o período em que estiveram sob internação hospitalar.

Durante esta etapa, aponta-se dificuldades inerentes ao ambiente hospitalar e à dinâmica dele, em que os espaços são pequenos, exige-se métodos de higiene adequados e manter-se no local de forma a não atrapalhar e ser discreto sem que haja qualquer tipo

de interferência no ambiente. Foi necessário experienciar práticas como as das pesquisas etnográficas urbanas no tocante ao contato com o ambiente (MAGNANI, 2009). Ainda durante a fase intra-hospitalar, destaca-se o real cumprimento dos preceitos éticos no que diz respeito à redução dos riscos, em especial ao risco psicológico quando da interrogação sobre questões de cunho íntimo e pessoal em locais no alojamento conjunto (CEP/FASURGS, 2016; PALÁCIOS; REGO; SCHRAMM, 2001).

#### **2.2.4 No Domicílio**

Nesta fase, ocorreu o deslocamento das equipes até o domicílio dessas mulheres para coletar dados sobre a mãe e seus respectivos filhos. A ida aos domicílios ocorrera em duas etapas, mas a experiência em ambas fora semelhante. É possível enumerar diversas dificuldades e peculiaridades dessa fase, mas pretende-se chamar atenção para os principais problemas relacionados às questões regionais. Verificou-se dificuldades de localização dos domicílios, visto que as mulheres não conseguiram precisar os endereços quando questionadas, relatavam o endereço de forma descritiva da rua e do bairro, não era possível identificar nome de rua, número da casa e bairro. Outra dificuldade foram as condições urbanas, grande quantidade de ruas sem asfalto, com muita lama e buracos, além de ocorrer em um período de chuvas intensas. Outro fator relevante foi a violência urbana, foram furtados equipamentos durante visitas, as equipes vivenciaram tiroteios e visitaram domicílios dominados pelo tráfico de drogas.

A grande potencialidade desta etapa foi rever os bebês que foram escolhidos ao nascimento e assegurar o crescimento e desenvolvimento deles. Outro ponto experimentado foi a receptividade e o cuidado da maioria das mães que prontamente recebiam a equipe, nos disponibilizava documentos (carteira de saúde, receitas médicas, exames e etc). A percepção era de que existia nelas um sentimento de gratidão e uma necessidade de falar a respeito dos filhos das experiências da maternidade.

### **2.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A obtenção dos resultados ocorreu por meio de análises estatísticas com a finalidade de interpretar de maneira descritiva e exploratória, para avaliar a distribuição e caracterizar

a amostra. A partir dos dados coletados, foram obtidas as frequências de cada um dos desfechos com os respectivos intervalos de confiança. Também foi realizada a análise bivariada com o intuito de determinar a magnitude de associação entre as variáveis de exposição e os desfechos, estimadas por medidas razões de chances e análises multivariadas por meio de regressão logística.

A publicação destes resultados tem ocorrido por meio da publicação de artigos em revistas nacionais e internacionais, com o objetivo de difundir o conhecimento acerca da saúde materno-infantil no município de Rio Branco, Acre.

Destaca-se as dificuldades em se publicar artigos em revistas científicas de qualidade, uma vez que ainda são encontradas altas taxas de rejeição. Todavia, o referido trabalho buscou cumprir todo rigor teórico e metodológico, afim de colaborar com a contribuição de valor sobre o tema abordado na região.

A divulgação dos resultados de uma pesquisa ocorre sempre por meio da confecção e publicação de artigos científicos. É também por esse meio que a comunidade acadêmica consegue prestígio e reconhecimento, financiamento em editais de fomento e evolução no campo da pesquisa. Além disso, o número e a qualidade das publicações são requisitos para avaliação dos programas de pós-graduação. Os longos processos de revisão por pares aparecem recheados de problemas como divergências entre pareceristas, falta de treinamento para os avaliadores, como é um trabalho voluntário e secundário, o tempo para devolução do mesmo é longo e as mudanças solicitadas transformam estruturalmente os artigos e acabam por deixar dados obsoletos (SERRA; FIATES; FERREIRA, 2008). Discute-se ainda um certo preconceito em aceitar artigos oriundos das regiões Norte e Nordeste.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação e o contato com a pesquisa apresentaram-se como uma experiência de fundamental importância no âmbito de ensino-aprendizagem, contribuindo diretamente para formação continuada e a capacitação dos alunos com a pesquisa desde a graduação. A participação das diferentes fases, desde o processo de elaboração do instrumento, até a apresentação e interpretação dos dados coletados, auxiliaram no desenvolvimento

intelectual como pesquisadores, promovendo um momento de reflexão acerca do contato direto com o público selecionado para participação da pesquisa em diferentes momentos.

Todavia, a falta de incentivo, recursos e conhecimento da importância e do retorno que a pesquisaria traria pelos próprios participantes, foram algumas limitações encontradas durante os três anos de pesquisa. Apesar das limitações, consideramos que esta pesquisa foi um diferencial, por ser a primeira coorte no município de Rio Branco e estabelecer o acompanhamento entre mãe e filho durante um período fundamental da vida, promovendo o conhecimento de fatores essenciais para prevenção e garantia de desfechos positivos.

## 4. REFERÊNCIAS

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. DA S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 202–204, mar. 2016.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CEP/FASURGS. O fator de “risco” em pesquisas com seres humanos. Orientação nº 01/2016 – Comitê de Ética em Pesquisa da FASURGS. 2016.

DRAGANOV, P. B. et al. Journal Club: a group of research experience. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 71, n. 2, p. 446–450, 2018.

FLEISCHER, S. et al. **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres : Editora UnB, 2010.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Iniciação científica com pesquisas qualitativas: relato da experiência de um grupo de professores e alunos de Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.**, v. 6, n. 21, p. 275–282,. 2011.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes antropológicos.**, v. 15, n. 32, p. 129–156, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 196, de 10 de Outubro de 1996.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.**

PALÁCIOS, M.; REGO, S.; SCHRAMM, F. R. A eticidade da pesquisa em seres humanos. **Escola Nacional de Saúde Pública. Comitê de Ética em Pesquisa.[Internet]. Rio de Janeiro: ENSP, 2001.**



ROTHMAN, K.J; GREENLAND, S; TIMOTHY, L.L. **Epidemiologia Moderna**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011

SERRA, F. A. R.; FIATES, G. G.; FERREIRA, M. P. Publicar é difícil ou faltam competências? O desafio de pesquisar e publicar em revistas científicas na visão de editores e revisores internacionais. **Revista de Administração Mackenzie**., v. 9, n. 4, p. 32-55, 2008.

ZACCARON, R.; XHAF AJ, D. C. P. Estudo piloto: um processo importante de adaptação e refinamento para uma pesquisa quase experimental em aquisição de I2. **Revista do GELNE**., v. 20, n. 1, p. 30–41, 2018.

## PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM UNIDADE BASICA DE SAUDE EM RIO BRANCO/ACRE: UM RELATO DE EXPERIENCIA

**Gabriela Alves da Silva<sup>1</sup> , Josiane de Oliveira<sup>1</sup> , Herleis Maria de Almeida Chagas<sup>2</sup>**

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão das acadêmicas do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, na disciplina de práticas integradas, que foi desenvolvido na policlínica Barral y Barral, no município de Rio Branco - Acre, cujo objetivo foi conhecer as percepções dos profissionais quanto a qualidade de vida no trabalho (QVT). Utilizou-se o método de pesquisa-ação, através das seguintes etapas: fase exploratória, fase de planejamento e avaliação. Para alcançar os objetivos proposto aplicamos o método de Rodas de Conversa que as falas eram gravadas e depois transcritas para serem analisadas. Após a análise foram retiradas as seguintes categorias: a comunicação e o processo de trabalho; a (in) satisfação dos profissionais no trabalho e a importância das relações interpessoais na rotina do trabalho. Constatou-se com os resultados, a necessidade de implantação de ações de melhoria do nível de satisfação dos trabalhadores, pois de forma geral as percepções não foram positivas.

**Palavras chave:** Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), comunicação no trabalho, satisfação no trabalho

### ABSTRACT

This is an experience report of an academic extension activity of the Specialization Course in Public Health of the Federal University of Acre, in the discipline of integrated practices, which was developed in the Barral y Barral polyclinic in the city of Rio Branco - Acre, whose objective was to know the professionals' perceptions regarding quality of life at work (QWL). The research-action method was used, through the following steps: exploratory phase, planning and evaluation phase. In order to reach the proposed objectives we applied the Wheels of Conversation method, which were recorded and then transcribed for analysis. After the analysis, the following categories were withdrawn: communication and work process; the (in) satisfaction of the professionals in the work and the importance of the interpersonal relations in the routine of the work. It was verified with the results, the need to implement actions to improve the level of employee satisfaction, since in general the perceptions were not positive.

**Key Words:** Quality of Life at Work (QWL), communication at work, job satisfaction

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse sobre o assunto Qualidade de Vida no Trabalho tem despertado características relevantes no que se refere a estudos desenvolvidos nas ciências da saúde. Por se tratar de uma nomenclatura que vem sendo divulgado nos últimos anos principalmente no Brasil.

No que tange, a qualidade de vida é entendida como um conceito extremamente humano, sendo mensurado pelo o grau de satisfação do indivíduo no seu contexto familiar, sentimental e ambiental e ou por outra, pela própria beleza pessoal. Nesse sentido como conceito inclui várias definições que representam ideias, experiências e princípios individuais e coletivos que refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade vida existe desde o nascimento da medicina social (MINAYO, 2000).

A OMS definiu qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). Sendo assim a definição de qualidade de vida mantém características relevantes ao indivíduo e sua subjetividade baseado no seu próprio julgamento pessoal (ARAÚJO, 2009).

A qualidade de vida no trabalho – QVT, segundo Lacaz (2000) “Passa por noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve discussões sobre as novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias”. Somente a pouco tempo, a preocupação com QVT destacou-se para situação de trabalho como parte integrante de uma sociedade complexa e de ambiente heterogêneo (CAMPOS, 2000).

Importante ressaltar que o conceito de QVT compõe-se por múltiplos fatores interdependentes, sendo uma das preocupações centrais das organizações, devido ao seu impacto significativo nos comportamentos dos trabalhadores, nomeadamente no bem-estar. Além disso, é o princípio orientador das políticas de trabalho (PACHECO; CARNEIRO, 2017).

Tendo isso em vista, o presente estudo tem como objetivo conhecer as percepções dos profissionais de saúde, que trabalham em uma unidade intermediária de saúde no município de Rio Branco- Acre, quanto a qualidade de vida no trabalho. O estudo justifica-se por se tratar de uma unidade recém-inaugurada e do interesse em saber como os profissionais estão percebendo o seu cotidiano no processo de trabalho.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão das acadêmicas do curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, na disciplina de práticas integradas, que foi desenvolvido na policlínica Barral y Barral, no período de 08 de abril a 25 de maio de 2018. A ação foi realizada com 35 profissionais atuantes nos diversos setores da Policlínica.

Utilizou-se o método de pesquisa-ação, através das seguintes etapas: fase exploratória, fase de planejamento e avaliação. No período exploratório foram realizadas entrevistas utilizando um roteiro semi-estruturado (com o gestor e profissionais – anexos 1 e 2). A fase de planejamento ocorreu após a análise das respostas das entrevistas, sendo definidos temas para serem discutidos nas rodas de conversa. Para alcançar os objetivos proposto aplicamos o método de Rodas de Conversa. É uma técnica utilizada na prática de aproximação entre os sujeitos no cotidiano, oportunizando a aceitação de espaço de encontro, de escuta e de troca entre profissionais. As discussões nas Rodas de Conversa foram pautadas na comunicação e humanização no processo de trabalho.

Após definição dos temas foram propostas 3 rodas de conversa: 1<sup>a</sup> Roda de Conversa abordando o tema: Comunicação no processo de trabalho; 2<sup>a</sup> Roda de Conversa abordando o Tema: Humanização no cotidiano do Trabalho; 3<sup>a</sup> Roda com o objetivo de Avaliar a Ação. As conversas eram gravadas e depois transcritas para serem analisadas. Para ROLIM (2004), o material original das falas transcritas deve ser tratado por meio de análise temática. Após a análise foram retiradas as seguintes categorias: a comunicação e o processo de trabalho; a (in) satisfação dos profissionais no trabalho e a importância das relações interpessoais na rotina do trabalho.

Para melhor exposição dos resultados, foram extraídos e manuseados recorte das falas dos sujeitos do estudo. Com propósito de preservar o anonimato dos participantes, colocando código de identificação com a letra “P” para nomeá-los, seguindo o número correspondente a ordenação dos entrevistados ( $P_1, P_2$ ).

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 A COMUNICAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO

Os profissionais relatam a existência da fragilidade no processo de comunicação entre a gestão e a equipe, tornando por vezes mecanicista e fria (impessoal). Sendo assim a

informação é reproduzida da mesma forma a clientela prejudicando o processo de trabalho. Fato este identificado na seguinte fala.

*“...Eles [chefes] exigem isso de nós com a população, com a nossa clientela. Mais quando eles se portam agente, eles se esquecem disso e daí então, não é que a gente copie o chefe, mas de repente eles [chefes] não tem essa importância se preocupar falar com os funcionários ... Da forma que eles [chefes] passa finda sendo passado também” (P<sub>1</sub>).*

*“... É porque geralmente nós servidores, a gente faz aquilo que mandam. (P<sub>2</sub>)*

Podemos perceber nas falas expressas (P<sub>1</sub> e P<sub>2</sub>) que a influência da comunicação no processo de trabalho é essencial para o bom funcionamento e que a sua ausência cria barreiras que dificultam o bom desempenho da equipe gerando ruídos no processo da comunicativo em consequência disto o desvinculo e falta de interação entre o grupo de trabalho e a população.

Segundo Ferraz e Spagnol (2000), grande parte das organizações preserva um padrão no conceito de tratamento clássico da administração que retrata uma estrutura de gestão, traçando o comando de mando e subordinação. Nesse contexto a comunicação torna-se frágil, acontecendo de forma vertical, na direção decrescente perante o aspecto normatização versus orientação. Quando as decisões acontecem de forma unilateral, ou seja, não há participação do sujeito (receptor), a consequência disto é baixa qualidade da informação, tornando-se incompleta, incorreta e por outro lado, demonstrando um fluxo distorcido e longo (MORAES, 2001).

É importante também destacar que o processo comunicativo é instrumento que indica a necessidade e precisão da comunicação como método para assegurar o sucesso do gerenciamento da assistência.

No que se refere a comunicação entre a equipe observou-se à falta de interação dos membros na realização da assistência e repasse de informações a respeito do serviço. Conforme relatos, a seguir:

*“...Aqui tem algumas coisas que poderia melhorar, por exemplo: informações que podem ser compartilhadas porque em relação ao estresse que todo mundo tá falando... Tipo tem uma sobre carga para o colega o outro não se dispõem a ajudar, não porque ele não queira ...mais tem informações que exclusiva do colega” (P<sub>3</sub>).*

Nota-se a importância da comunicação no trabalho da equipe de saúde, já que o seu funcionamento e eficiência, acrescido do desempenho de outras categorias profissionais mantém a garantia da qualidade do atendimento.

Por outro lado, podemos dizer que a comunicação das equipes de saúde atua como fator de agregação ou desagregação da organização do trabalho em saúde. Sendo assim importante que a gerência tenha a consciência e o interesse em praticar uma nova forma comunicativa entre a equipe possibilitando a interdisciplinaridade e a melhora na assistência integral aos usuários. Segundo Oliveira (2010) ressalta que “a comunicação interpessoal (aquela que se dá entre duas pessoas ou mais) tem a finalidade de estabelecer, entre essas pessoas uma associação ou ligação, um entendimento ou identificação, ainda que momentâneo”. Característica também percebida pelo relato a seguir:

*“... Nós tínhamos reuniões, nós parávamos os serviços geralmente nas sextas-feiras, quando o serviço era mais devagar. A gente se reunia para conversar, para saber o que tava acontecendo, em um determinado setor, para dar um recado. Mais era tão bacana! Tão gratificante! Era o único momento que a gente via os colegas de trabalho (P<sub>4</sub>).*

Para Gomes (2000) destaca-se a importância das reuniões frequentes da equipe, como estratégia para garantir o bom andamento do trabalho. Essas reuniões devem configurar-se em espaços de análise e discussão do processo de trabalho que, conseqüentemente podem colaborar com a qualificação da assistência prestada. Segundo Broca e Ferreira (2015) quando se identifica e compreende-se os elementos formadores do processo comunicativo torna-se mais fácil o enfrentamento dos desafios da comunicação no trabalho.

### 3.2 A (IN) SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO TRABALHO

Os entrevistados identificam a falta de perfil da gerência com um dos fatores geradores de (in) satisfação no trabalho, os sujeitos apontam tanto para a falta de sensibilização como para a falta de perfil. Fato esse observado nas falas dos profissionais:

*“...O chefe tem que olha isso ela tá no setor que ela gosta? Para atender bem o próximo... De que adianta ele [chefe] não olhar, a tendência é o paciente chegar e você atender mal”...“O chefe tem de estar do lado do servidor para saber o que se passa” (P<sub>5</sub>).*

*“... aí você passa a ver que não há o respeito. Porque apesar de ele ser o teu chefe, você é colega de trabalho dele” (P<sub>6</sub>).*

Observa-se nas citações ( $P_5$  e  $P_6$ ) que os sujeitos expõem a importância do olhar diferenciado pelo gestor em relação a rotina de trabalho. A medida que os trabalhadores chamam atenção da gestão quanto ao apoio na assistência prestada. Podemos considerar como alerta para um possível grau de insatisfação pelo não reconhecimento do seu esforço.

Cabe mencionar que a prática de conduzir uma equipe não demanda apenas competência, mais acima de tudo habilidade e política. Neste sentido, é necessária mudança da prática, em consonância com modelos de gestão inovadores. Atualmente, os gerentes estão sendo chamados a compartilhar as tarefas voltadas aos usuários e ao cotidiano das unidades, que exigirá habilidades e conhecimento clínico e a transposição do estilo de gerência científica para o gerenciamento mais flexível e sensível (MERHY EE,2000).

De acordo com Santos (1999), A satisfação no trabalho ou satisfação laboral traduz o envolvimento as questões particulares do labor, visto com índice de bem-estar fisiológico e/ou emocional. Em outras palavras o entendimento quanto a satisfação no trabalho é algo que remete a sensação de prazer que o trabalhador demonstra pelo seu labor e que pode ser positiva (satisfação) ou negativa (insatisfação). Nessa perspectiva, podemos entender que a proporção que o empregado reconhece os elementos causador de sua satisfação ou insatisfação na atividade laboral, poderá aperfeiçoar consciência da importância e seu empoderamento, ficando assim mais prazeroso a sua vivência no trabalho (SILVEIRA,2012).

Segundo Silva et al (2016) a satisfação dos funcionários no trabalho assume um papel fundamental pois, da mesma forma que constroem, podem levar a organização (instituição) ao insucesso, tomando como base a falta de empenho e dedicação, dentre outros fatores. A implementação de ferramentas de gestão de QVT atua na busca por mudanças que gerem satisfação e bem-estar das pessoas, maior produtividade, redução do absenteísmo, rotatividade, acidentes, entre outros fatores

Nos discursos dos participantes da ação ficou claro que quando o trabalhador realiza um trabalho com o qual se identifica e tem vocação e capacidade para o executar desenvolve-o com mais satisfação, aumentando sua autoestima e sua participação no bom desenvolvimento da instituição.



### 3.3 A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA ROTINA DO TRABALHO.

Nos sentidos abstraídos das falas dos profissionais que indicam falha nas relações entre equipe, como propósito claro, incluindo-se a importância da confiança e respeito mútuo. Fato esse relatado nos entrevistados  $P_7$  e  $P_8$ .

*“... Fulano não está na sala só ele pode resolver... Parece que a pessoa é dona da sala se ela não estar, tem de esperar. Acho que deveria ter uma interação, uma união facilitaria nosso trabalho...melhoraria muito o atendimento” ( $P_7$ ).*

*“... Porque muitas vezes você chega... para sua sala...faz seu atendimento... vai embora. Você não sabe se colega tá precisando de alguma coisa...e aí já passou... eu sinto falta disso aqui” ( $P_8$ ).*

É notório ressaltar na fala ( $P_7$ ), a existência de fragilidade na interação entre profissionais, assim como o poder da representatividade que os mesmos sofrem diante das práticas específicas de suas funções, levando a acreditar um certo grau de possessividade relacionada atividade que exerce. Percebe-se também que o grupo é marcado pela fragmentação das ações do processo de trabalho, limitando-se ao cumprimento de normas rotinas e regulamentos.

Para Peduzzi (2001), vejamos como é entendido esta relação entre trabalhador e o exercício de sua profissão, como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Pode-se dizer que o trabalho no âmbito da saúde ocorre por meio de atividades tanto individuais, como coletiva e as relações interpessoais se concretizam por diferentes esforços, criando vínculos profissionais que vão fundamentando no seu cotidiano (SANTOS,2017).

Para Thofehrn e Leopardi (2006) a construção e alegação de vínculos profissionais propõem uma extensão de relações entre as pessoas em cada grupo de trabalho, entendendo a realidade a ser aperfeiçoada afim de proporcionar o desenvolvimento individual e coletivo no campo do trabalho, possibilitando a solução de conflitos e oportunizando o progresso pessoal.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou entender as percepções dos entrevistados na obtenção do bem-estar no âmbito do exercício profissional, de forma que o trabalho se torna elemento central quando se pensa na QVT.

Considerando que a comunicação tenha a influência no bom funcionamento do processo do trabalho e que na sua ausência pode-se gerar ruídos que afetam no bom desempenho da equipe. Observou-se a falta de interação entre o grupo de trabalho, grau de (in) satisfação do profissional, gerando o desvinculo do profissional, quebra das relações humanas e dificuldade de gerenciamento pessoal. Constatou-se com os resultados, a necessidade de implantação de ações de melhoria do nível de satisfação dos trabalhadores, pois de forma geral as percepções não foram positivas.

## 5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G.A.; SOARES, M.J.G.O.; HENRIQUES, M.E.R.M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Rev Eletrônica Enferm.**, v.11, n.3, p.635-641, 2009.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem a fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery.**, v.19, n.3, p.467-474, 2015.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3rd ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

FERRAZ, C.A.; VALLE, E.R.M. **Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível**. In: Organización Pan-americana de la Salud. La enfermería em las Américas. Washington (DC); 1999.

FLECK MPA et al. O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve): aplicação da versão em português. **Revista de Saúde Pública.**, v.5, n.1, p.33-38, 2000.

GOMES ES, A.; MEO, F.W.D.L. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Rev Bras Enferm.**, v.53, n.3, p.472-480, 2000.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. [Tese Livre Docência] Campinas (SP): UNICAMP; 2000.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MORAES, A.M.P. **Iniciação ao estudo da administração.** 2ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2001.

MS (Ministério da Saúde). **Manual do PNHAH.** Brasília, 2000a.

OLIVEIRA, A. **A comunicação interna – a eficácia nos meios de comunicação interna na FNAC.** Coimbra. Dissertação de Mestrado não Publicado no Instituto Superior Miguel Torga, 2010.

PACHECO FERREIRA, A.; CARNEIRO CARVALHO, A.P. Saúde do Trabalhador: Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de Bancários. **Cienc Trab.**, v.19, n. 59, p. 128-134, 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública.**, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

RIZZOTO, M.L. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enferm.**, v.55, n.2, p.196-199, 2002.

ROLIM, K.M.C.; CAMPOS, A.C.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SILVA, R.M. Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem. **Rev Rede Enferm Nordeste.**, v.5, n.2, p.79-85, 2004.

SANGOI, T.P.; et al. Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem: um relato de experiência. **II jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA.**, 2010.

SANTOS, M.S. **A (in) satisfação do enfermeiro no trabalho: implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem: aspectos teóricos.** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

SILVA, F.C.; COSTA, V.F.; FERREIRA, V.C.P.; COSTA, M.P.C. Qualidade de Vida no Trabalho: Um estudo em uma rede supermercadista. **Revista Eletrônica de Administração** v.15, n.1, p.141 -157, 2016.

SILVA, M.; et al. Influência do contexto de trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. **Rev Eletr Enf.**, n.32, p. 198-210, 2013.

SILVEIRA, R.S.; et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco.**, v.3, n.2, p.93-96, 2012.

SOUZA, S.S.; et al. **Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho.** **Rev Eletr Enf.**, v.12, n.3, p.449-455, 2010.

SPAGNOL, C.A. **Tendência e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte.** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

THOFEHRN, M.B.; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão de enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 409-417, set. 2006.

## PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Juliana de Lima Menezes<sup>1</sup>, Lúcia Maria de Souza Prado<sup>1</sup>, Maria Goreth dos Santos Oliveira<sup>1</sup>, Herleis Maria de Almeida Chagas<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

Trata-se de um relato de experiência que segue os passos da pesquisa ação de uma atividade de extensão das acadêmicas do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre - UFAC, que foi desenvolvido em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Rio Branco-Acre, cujo objetivo foi conhecer as percepções dos usuários sobre as atribuições da equipe e o papel de cada profissional da Estratégia de Saúde da Família. Utilizou-se de rodas de conversas por ser uma forma dinâmica e rica de obter conhecimento grupal, e o sociodrama por ser possível explorar e tratar, simultaneamente os conflitos que surgiram. O projeto constituiu-se de três etapas: fase exploratória, fase de planejamento e fase das cinco rodas de conversas temáticas. A análise identificou que os usuários não entendiam as atribuições de cada profissional e o papel da Equipe dentro da Atenção Básica e do Sistema de Saúde local. Os resultados dessa ação reiteram a importância de as equipes de saúde realizar atividades educativas com a comunidade de seu território sobre o papel da Estratégia de Saúde da Família dentro da Rede de Atenção, uma vez que o sucesso das práticas em saúde não depende apenas do componente técnico, mas da aproximação, diálogo e vinculação entre profissionais, usuários e serviço.

**Palavras-Chave:** Estratégia Saúde da Família, percepção do usuário e organização do serviço de saúde.

### ABSTRACT

This is an experience report that follows the steps of the action research of an academic extension activity of the Specialization Course in Public Health of the Federal University of Acre (UFAC), which was developed in a Family Health Unit (USF), in the municipality of Rio Branco - Acre, whose objective was to know the perceptions of the users about the attributions of the team and the role of each professional of the Family Health Strategy. It has been used as conversation wheels because it is a dynamic and rich way of obtaining group knowledge, and the sociodrama because it is possible to explore and treat simultaneously the conflicts that have arisen. The project consisted of three stages: exploratory phase, planning phase and phase of the five wheels of thematic conversations. The analysis identified that the users do not understand the attributions of each professional and the role of the Team within the Basic Health Care and the Local Health System. The results of this action reiterate the importance of health teams to carry out educational activities with the community of their territory on the role of the Family Health Strategy within

the care network, since the success of health practices does not depend only on the technical component but the approximation, dialogue and linkage between professionals, users and service.

**Keywords:** Family health strategy, user perception and health service organization.

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo assistencial de atenção básica, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais, realizado a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (BRASIL, 2011).

A Estratégia tem como objeto de atenção a família, promovendo o acesso aos serviços e o estabelecimento de vínculos, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) é necessária uma equipe mínima para o funcionamento da ESF:

*“A equipe de Saúde da Família (ESF) deverá ser composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal”.*

Portanto a ESF Maria Sofia atende o que é preconizado pela política já que é composto por um enfermeiro, um médico, cinco Agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), uma técnica de enfermagem, dois microscopistas e uma zeladora de uma empresa terceirizada.

As atribuições específicas e comuns dos profissionais pertencentes à Equipe da Estratégia Saúde da Família são estabelecidas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). As específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

A partir da vivência observa-se a dificuldade dos usuários da ESF entenderem a diferença das atribuições de cada profissional e o papel da ESF dentro da Atenção Básica

e dentro do Sistema de Saúde local, causando assim um desgaste desnecessário na relação profissional - usuário, e uma busca de atendimento em locais inadequados, conforme a explicação de Chagas e Vasconcellos (2013) que diz: “Os usuários se utilizam de várias estratégias para acessar os serviços de saúde de que necessitam, muitas vezes, sem levar em consideração ou desconhecendo as normatizações do modo de organização do sistema”.

Dentro deste contexto o projeto buscou contribuir para a melhoria do conhecimento da comunidade do bairro Santa Cecília no município de Rio Branco-Acre sobre a organização e funcionamento do serviço de saúde, fortalecendo o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, promovendo atividades educativas através de rodas de conversa com a comunidade adscrita, com o objetivo de conhecer suas percepções sobre as atribuições da equipe e o papel de cada profissional da ESF.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência que segue os passos da pesquisa ação de uma atividade de extensão das acadêmicas do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, na disciplina de Práticas Integradas, que foi desenvolvido na ESF Maria Sofia, situada na BR 364, km 09, Bairro Santa Cecília em Rio Branco - Acre, no período de 08 de março a 26 de abril de 2018. A ação aconteceu no espaço da Associação de Moradores do bairro.

Optou-se como método o uso de rodas de conversas por ser uma forma dinâmica e rica de obter conhecimento grupal. Conforme discorre Campos (2018) a roda de conversa é um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos.

A ação foi realizada com 52 moradores, 51 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 72 anos. Quanto a escolaridade: 25% possui ensino médio completo, 11,54% ensino médio incompleto, 7,7 % Fundamental Completo, 23% Fundamental incompleto e apenas 7,7 % Superior completo, 5,8% Superior incompleto e 19,2% não informaram.

Para a coleta de dados foram utilizados diários de campo e registro de imagem e áudio.

O projeto constituiu-se de três etapas: fase exploratória, fase de planejamento e fase das cinco rodas de conversas temáticas. Nos seis encontros ocorreu a dinâmica de interação.

A primeira fase exploratória teve como objetivo conhecer a percepção dos participantes quanto às atribuições da Equipe. No encontro, a partir das perguntas norteadoras realizadas (Qual o papel do posto na comunidade? Sabe a função/papel dos profissionais? Quem é responsável em orientar a comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde?), ocorreu uma chuva de ideias e a realização de um sociodrama, onde os personagens os próprios participantes que demonstraram a realidade vivida no seu cotidiano nas unidades de saúde.

Segundo Moreno e Cesarino (1974):

*“O verdadeiro sujeito do sociodrama é o grupo... Há conflitos nos quais estão envolvidos fatores coletivos... supra individuais... e que têm que ser compreendidos e controlados por meios diferentes... pode-se, na forma de sociodrama, tanto explorar, como tratar, simultaneamente, os conflitos que surgem entre duas ordens culturais distintas e, ao mesmo tempo, pela mesma ação, empreender a mudança de atitude dos membros de uma cultura a respeito dos membros da outra”.*

A segunda fase foi o planejamento, onde foram confeccionados os materiais que seriam utilizados nas rodas de conversas (selecionadas as dinâmicas de quebra gelo, confecção de banner, construção de folders com as atribuições por profissionais, painéis, histórias e placas).

A terceira fase foi à realização das cinco rodas de conversas, sobre as temáticas que se identificou como nós críticos na fase exploratória, objetivando conhecer suas percepções sobre as atribuições e o papel de cada profissional da ESF.

A primeira roda de conversa teve como tema uma reflexão sobre as atribuições comuns da Equipe da Saúde da Família (apresentação do banner). Nessa fase foi possível perceber que os participantes pouco sabiam das atribuições específicas de cada profissional, pois os mesmos entendiam que, por exemplo, a atribuição do enfermeiro seria a mesma do técnico em enfermagem, não compreendendo que a cada um lhe cabe uma atribuição diferente.

Na segunda roda de conversa foi distribuído e trabalhado o folder sobre as atribuições do enfermeiro e técnico em enfermagem. Nessa roda foi possível explicar e salientar que as atribuições são diferentes, esclarecendo muitas dúvidas dos participantes, pois somente depois da explanação do folder alguns deles foram perceber que cada um



tem seu papel dentro da Estratégia, o que melhora bastante a relação entre usuário x unidade.

A terceira roda de conversa foram fixados no mural as atribuições da equipe da ESF e em seguida distribuídos entre os presentes da roda, placas com situações, histórias e atribuição de profissionais para os participantes direcionarem nos painéis correspondentes, depois foi apresentado e discutido o folder sobre as atribuições do médico e agente comunitário de saúde, assim demonstrando para a comunidade os acertos e equívocos cometidos durante a roda. Nessa roda muitos participantes sabiam as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e do Médico, o que facilitou na dinâmica, pois eles conseguiram acertar 95% dos casos expostos a eles, direcionando as situações de saúde para o respectivo profissional responsável pelo atendimento solicitado.

Na quarta roda de conversa foram distribuídas placas com histórias para os participantes direcionarem ao painel correspondente (ou atribuição do dentista ou atribuição do auxiliar de saúde bucal), após direcionarem foram distribuídos os folders sobre as atribuições do dentista e ASB, assim podendo detectar os acertos e erros. Observou-se que algumas atividades da Dentista eram vistas como favores, pois eles não sabiam especificamente qual o verdadeiro papel desse profissional. Com a exposição dos folders foi possível mostrar a eles as inúmeras atribuições dessas duas profissionais.

E a quinta roda de conversa distribuiu-se placas com situações, histórias de atendimentos oferecidos nas unidades de saúde, para os participantes colocarem nos painéis fixados na parede, para qual unidade de saúde ele encaminharia cada caso. Após todos participarem era realizada leitura em voz alta para o posicionamento sobre os direcionamentos corretos ou equivocados. Como era a última roda foi possível que todos os participantes tivessem êxito em direcionar cada situação para o respectivo local de atendimento, o que nos fez perceber que as rodas tinham sido de suma importância e que os participantes haviam assimilado bem todas as informações que lhe foram repassadas durante todo o período da ação, proporcionando nas acadêmicas de Especialização o sentimento de dever cumprido e o propósito de que a partir dali aqueles usuários teriam outro olhar para a Equipe de Saúde inserida em sua comunidade.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 PERCEPÇÕES DA COMUNIDADE SOBRE A EQUIPE DE ESF

Nas participações foi possível perceber que os usuários demonstraram satisfação quanto à localização da unidade:

*“Muito importante né, porque às vezes a gente tá doente, a gente vem, não precisa ir pra outro canto né, é perto daqui né, importante pra gente”. (P1, sexo feminino, 24 anos, ensino fundamental completo).*

A proximidade do local de atendimento relatado pelo participante (1) corrobora com estudo realizado por Silva et al. (2011) ao afirmar que a proximidade é um dos aspectos fundamentais da atenção primária à saúde, sobre a qual se busca oferecer a rede de serviços de forma planejada, levando em conta a localização geográfica da ESF, distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho e moradia da população.

Outro aspecto citado pelos participantes foi quanto ao acesso e o vínculo com o profissional:

*“Eu, eu acho muito importante né, o ACS vai na minha casa medi minha pressão e eu acho que é muito importante isso que ele faz”. (P3, feminino, 64 anos, sem informação escolar).*

*“A ESF tem o papel de atender a comunidade”. (P50, sexo feminino, 39 anos, ensino fundamental completo).*

*“Serve para atender as pessoas, ajudar, dar informações, se você vai no atendimento não sabe onde fica, vai pegar informações para ela, ela tem que atender todo mundo, se tiver o que a pessoa vem buscar, atrás de alguma informação, é para todo mundo, eu acho, né, e a minha opinião. Porque é assim pois a gente mora aqui, ai nós precisa de atendimento em outro canto, nós não acha bom ser atendido em outro canto, é a minha opinião”. (P14, sexo feminino, 42 anos, ensino fundamental incompleto).*

Como estratégias de melhoria do acesso aos serviços de saúde assim como, para o desenvolvimento de tais práticas integrais temos o acolhimento e o vínculo que se definem como uma forte relação entre a equipe de saúde e os usuários que se estabelece a partir de compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa (GOMES; PINHEIRO, 2005). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, considerando os diversos saberes resultando em cuidados efetivos a uma população de um território definido.

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si (BRASIL, 2013).

Quanto à participação da comunidade nas programações desenvolvidas na Unidade, um dos participantes diz:

*“Eu acho assim né, eu acho que tem tipo assim, uma divisão, as pessoas da comunidade ela se sente meio que afastada, porque as vezes o profissional não dá aquela liberdade pra gente participar, porque muitas vezes tem stress do profissional e não sei o que pra atender a gente, então tem um certo afastamento entre a comunidade e o posto de saúde”. (P5, sexo feminino, 40 anos, ensino superior completo).*

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), no art.3º diz que a participação da comunidade é uma diretriz que permite minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. Desta forma foi possível perceber que a comunidade não participa das ações programáticas da unidade, e segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF, as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

Na ESF a participação da comunidade é de total importância para que junto com a equipe possam ser traçadas estratégias e programadas ações para melhoria da saúde dos usuários.

Quanto ao acolhimento e escuta na unidade, uma das participantes relatou:

*“É muito chato a gente falar com as pessoas, e a pessoa fingir que não tá nem escutando”. (P25, sexo feminino, 30 anos, sem informação escolar).*

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território.

Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia. Em outras palavras, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser preferencialmente, um processo dialógico, não unilateral. Isso

contribui para o autocuidado, assim como para a solidariedade entre os usuários (BRASIL, 2013).

É importante citar que há várias formas de acolhimento da demanda espontânea (preconizada para a ESF) com seus limites e potencialidades, dependendo de vários fatores como profissionais qualificados, características da população adscrita, estrutura física entre outros. Mas vale a pena as diversas tentativas, o importante é estabelecer um critério de avaliação quanto aos seus efeitos tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários.

A ESF, como principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

### 3.2 E AS ATRIBUIÇÕES COMUNS DOS PROFISSIONAIS?

Os participantes não souberam detalhar a maioria das atribuições comuns a todos os profissionais das equipes. Mas na sua simplicidade um dos participantes relatou:

*“Eu acho assim que todos devem prestar um bom atendimento né, para os pacientes”. (P18, sexo feminino, 25 anos, ensino superior completo).*

O Ministério da Saúde do Brasil destaca por meio da Política Nacional de Atenção Básica as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde como: a realização do cuidado à saúde da população adscrita mediante ações de atenção integral, conforme a necessidade de saúde da população local. De modo a garantir a integralidade da atenção, com a promoção da saúde; busca ativa e notificação de doenças e agravos; participação nas atividades de educação permanente e na execução de outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

### 3.3 PERCEPÇÕES SOBRE AS ATRIBUIÇÕES DE CADA PROFISSIONAL DA ESF

#### 3.2.1 Quanto ao Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Na conversa sobre o papel do ACS na comunidade, um dos participantes diz:

*“Eu acho que ele é uma ponte né, é uma ponte entre a comunidade e a unidade de saúde.” (P3, sexo feminino, 64 anos, sem informação escolar).*

No que se refere ao papel de mediador social, Nogueira, Silva e Ramos (2000) endossam que o ACS [...] é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Quando foi perguntado quem era o profissional responsável por orientar a comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na Unidade obteve-se a seguinte resposta:

*“O agente de saúde. Quando eu quero saber quando o médico vem, o dentista, tipo, ginecologista, eu pergunto pra ela.” (P14, sexo feminino, ensino fundamental incompleto).*

O que se confirma na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que diz que uma das atribuições do ACS é Informar os usuários sobre as datas e horários de consulta e exames agendados.

No entanto, outras atribuições consideradas importantes dos ACS a comunidade desconhecia como, por exemplo: o cadastramento de todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, devendo acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabem “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2011). O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

### 3.2.2 Atribuições do Enfermeiro e Técnico em Enfermagem

Foi realizado um sociodrama onde foi identificado que a maioria não sabia separar as atribuições do enfermeiro e o do técnico em enfermagem. Quando foi solicitado para citarem uma atribuição do enfermeiro deram as seguintes respostas:

*“Faz curativo, injeção”. (P26, sexo feminino, 63 anos, sem informação escolar).*

*“Mede pressão”(P21, sexo feminino, 25 anos, ensino fundamental incompleto).*

*“Vai nas casas”. (P20, sexo feminino, 68 anos, ensino fundamental incompleto).*

*“PCCU”. (P10, sexo feminino, 36 anos, ensino médio completo).*

*“Supervisionar o agente comunitário de saúde e agente comunitário de endemias”. (P18, sexo feminino, 25 anos, ensino superior completo).*

*“Pré-natal e vacina”. (P1, sexo feminino, 24 anos, ensino fundamental completo).*

Quando foi perguntado sobre as atribuições do técnico em enfermagem o (P5, sexo feminino, 40 anos, ensino superior completo) respondeu com outra pergunta:

*“Vixe. E tem diferença? Então vocês falem pra gente”.*

Sobre a diferença nas atribuições do enfermeiro e técnico de enfermagem:

*“Não sabia não do enfermeiro do técnico, se não fosse através de vocês, se essa palestra não tivesse acontecido sabia de nada, pensava que o enfermeiro era para fazer um curativo e pronto, agente que dar de pensar, agente que não tem entendimento, o agente de saúde é normal, não sabia a função do agente de saúde. Agente quando escuta uma palestra desta tem que guardar para si, passar para o próximo né, tem gente que escuta aqui e chega ali air não lembra o que é o agente de saúde, eu não, só sou assim meio perturbado, mais eu guardo tudo, eu decoro tudo eu”. (P22)*

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define que há uma diferença entre os papéis destas duas categorias:

*O Enfermeiro é o profissional que exerce a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico. Ao enfermeiro cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde (BRASIL, 2011);*

*Ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente (BRASIL, 2011).*

### 3.2.3 Quanto a Equipe de Saúde Bucal

Quando foi perguntado o que a dentista faz, um participante respondeu:

*“A dentista é pra cuidar dos dentes né. Mas no meu caso eu vim fazer um tratamento aqui e passei um mês vindo e tava com meus quatro dentes da frente quebrado e ela disse que não ia abturar porcauso se ela abturasse eu não ia voltar a vim. Eu vinha todo dia de madrugada pra ela escovar meu dente todo dia, e eu tava precisando de abturar”.(P17, sexo feminino, 35 anos, ensino superior incompleto).*

Foi realizada uma dinâmica onde os participantes das rodas recebiam fichas com algumas situações fictícias e tinham que falar sobre o acontecimento, se estava correto e por quê.

Uma das situações era um atendimento odontológico em uma escola do bairro com palestra, escovação e avaliação odontológica e uma criança foi atendida e como tinha vários dentes estragados foi agendada para tratamento na unidade de saúde. E foi perguntado para as pessoas da roda o que eles acharam deste atendimento. E uma das respostas chamou a atenção:

*“Tá certo né, ele fez uma gentileza né, foi educado em se preocupar com o próximo né, em cuidar das crianças com os dentes estragados” (P50, sexo feminino, 39 anos, ensino fundamental completo).*

Esse relato mostrou que a comunidade confunde as atribuições do dentista com gentileza e também desconhece seu papel dentro da equipe, pois o cirurgião-dentista, segundo Lima, Watanabe e Palha (2006), foi inserido nesta proposta no ano de 2000, com a criação das Equipes de Saúde Bucal para mudar os serviços odontológicos prestados. Somente a realização de procedimentos curativos não estava gerando o resultado esperado, ou seja, há a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal.

O cirurgião-dentista é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar.

*Ao dentista cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltada à promoção*



*da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutive. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos (BRASIL, 2011).*

*Ao técnico em saúde bucal (TSB) cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicos a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos. É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal (BRASIL, 2011).*

### 3.3 ORGANIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O ideal é que as pessoas façam o acompanhamento médico de sua saúde por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família que estão alocadas nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Referências da Atenção Primária de cada Regional, porém quando passam mal elas devem procurar a UPA que estão preparadas para atender os casos de urgência (situação que requer assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar complicações e sofrimento) e emergência (quando há ameaça iminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, havendo necessidade de tratamento médico imediato).

Segundo o portal do governo de Brasília (BRASIL, 2018), as pessoas devem procurar um Posto de Saúde, uma UPA, ou um hospital nestas situações:

**Posto de Saúde:** É a unidade de atenção básica, a porta de entrada do SUS, onde são realizados exames, consultas e acompanhamento médico, além de entrega de remédios e aplicação de vacinas. Quando necessário, solicita a outros serviços de saúde o encaminhamento do paciente. Utilização: traumas leves, sintomas leves de gripe, tonturas, dor abdominal leve, mal-estar, conjuntivite, entre outros.

**UPA:** É a unidade de urgência e emergência para serviços de média a alta complexidade, um meio-termo entre centro de saúde e hospitais, com mais recursos do que um posto de saúde. A gravidade do risco, e não a ordem de chegada determina a rapidez com que o paciente será atendido. Funciona diariamente 24 por dia, inclusive nos fins de semana.

**Hospital:** Unidade que deve atender casos de alta complexidade e emergência,

encaminhados pelos Postos de Saúde, UPA ou por ambulâncias, além de fazer atendimento clínico geral em diversas especialidades. Tem mais recursos tecnológicos de intervenção. Funciona diariamente 24 horas e nos fins de semana. Utilização: casos de risco à vida, acidentes graves de trânsito, envolvendo ortopedia, neurocirurgia, oftalmologia e AVC (acidente vascular cerebral, entre outros).

Mediante a discussão deste tema foi perguntado sobre o papel de cada unidade, e os participantes deram as respostas abaixo:

*“O papel dos centros e URAP?(...)Num sei (risos), eu acho que é atender, tipo o que não tem no posto, tipo ultrassom, raio x, que não tem aqui na unidade básica e pode ter na unidade, que o médico e enfermeiro encaminhar para lá”. (P30, sexo feminino, 23 anos, ensino fundamental incompleto).*

*“A UPA serve quando a gente tá doente, aí a pessoa vai procura o médico para ser atendido lá, e serve para fazer exame, bater um raio x”. (P49, sexo feminino, 55 anos, ensino fundamental incompleto).*

*“O PS é...Em caso de urgência, emergência, tipo como se for lesão, um acidente que tem uma lesão exposta, tem que ir para o pronto socorro”. (P18, sexo feminino, 25 anos, ensino superior completo).*

*“Quando devemos procurar o Hospital das Clínicas ? Quando estar perto de morrer já né”. (P23, sexo feminino, 29 anos, ensino médio completo).*

*“E o SAMU quando chamar? Quando sofre um acidente ou queimadura grave, aí só ligando prá eles, né!”. (P47, sexo feminino, 20 anos, ensino médio completo).*

*“O SAMU é emergência né! Mas nem sempre agente é atendido na emergência quando chama o SAMU, nem sempre, porque teve o caso da minha filha, teve começo de hemorragia, acho que era quase uma hora da manhã e agente liguemos, mas eles falaram que não vinha por causa o atendimento não era deles, então é atendimento de quem? Graças a Deus, minha vizinha mandou o filho dela levar ela. Por isto eu digo que não é todas as vezes que é chamado que eles vão”. (P14, sexo feminino, 42 anos, ensino fundamental incompleto).*

Quando foi perguntado se alguém já tinha chamado o SAMU uma participante relatou:

*“Já. Foi... nós liguemo, cada um ligou, eles não queriam vim, caso que foi problema de alcoolismo né, diz eles né, a pressão dela subiu, aí ela desmaiou aí eles não queriam vim, aí cada um ligou, aí foi como eles vieram. Aí ele veio, aí eles falaram, falemo como ela tava, disseram pra deixá ela lá mesmo, quando eles vieram aí levaram ela. Liguemo umas 5, 6 vezes, até que eles vieram.” (P46, sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo).*

Foi realizada dinâmica, onde todos recebiam um caso fictício e deveriam decidir em qual unidade de saúde deveriam procurar atendimento, a maioria direcionou seus casos para a unidade correta, a minoria relatou que devido à situação de desespero procuraria a unidade de pronto atendimento como explica a (P24, sexo feminino, 31 anos, ensino fundamental incompleto):

*“No caso de uma criança com febre de 38° “eu como sou uma mãe desesperada, eu não ia para o posto, eu ia para UPA”.*

No caso de um paciente diabético que foi encontrado desacordado em casa a (P37, sexo feminino, 23 anos, sem informação escolar) disse que o levaria pra UPA.

Assim, percebeu-se que ao se depararem com certas situações de saúde os participantes na maioria das respostas direcionaram para o local de atendimento correto, mostrando que as conversas realizadas sobre a organização do sistema de saúde local surtiram efeito, possibilitando que após esse conhecimento cada usuário saiba buscar o atendimento desejado em seu respectivo local, e podendo com seu conhecimento ser um multiplicador dentro da sua comunidade.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contato com a comunidade foi possível observar a dificuldade que os usuários da ESF tinham em entender as atribuições de cada profissional e o papel da ESF dentro da Atenção Básica e do Sistema de Saúde local, ocasionando um desgaste na relação profissional-usuário na busca de atendimento em locais inadequados.

A execução dessa ação permitiu contribuir para a melhoria da conscientização da comunidade sobre a organização e funcionamento do serviço de saúde, no intuito de fortalecer o vínculo entre equipe e comunidade, executando atividades de rodas de conversa com a comunidade adstrita da USF Maria Sofia, assim, conhecendo *in loco* as percepções que os participantes tinham das atribuições da equipe e o papel de cada profissional inserido nesta unidade de saúde.

Essa ação reitera a importância das equipes de saúde realizar atividades educativas com a comunidade de seu território sobre o papel da Estratégia de Saúde da Família dentro da Rede de Atenção, uma vez que o sucesso das práticas em saúde não depende apenas do componente técnico, mas da aproximação, diálogo e vinculação entre profissionais, usuários e serviço.

Nos encontros avaliaram-se as rodas na busca de fazer o participante refletir se a atividade havia acrescentado alguma coisa em sua vida e se o impacto havia sido positivo, pois eles eram agentes ativos nas atividades e a troca de conhecimentos proporcionou um estreitamento na relação entre a comunidade, a Estratégia Saúde da Família e a Instituição de ensino. A troca de conhecimentos permitiu não só que os usuários compreendessem o papel da Estratégia, como também do Sistema de Saúde local, bem como a aproximação

das extensionistas com os serviços de saúde, permitindo o entendimento do fluxo de atendimento prestado à comunidade, tornando-os multiplicadores do saber adquirido e atores reflexivos dentro da comunidade.

## 5. REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília MS: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.**

BRASIL. Portal do Governo de Brasília. Quando devo procurar uma upa, um posto de saúde ou um hospital? [Internet]. Disponível em: <<http://www.df.gov.br/>>, [Acesso em: 30 mai 2018].

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CHAGAS, H.M.A.; VASCONCELLOS, M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.**, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

LIMA, C.M.G.; WATANABE, M.G.C.; PALHA, P.F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Pediatria (São Paulo)**, n. 28, v. 3, p.191-8, 2006.

MORENO, J.L.; CESARINO, A.C.M. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou. 1974. (Original publicado em 1959).

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saude soc.**, v.10, n.1, p.33-53, 2001 .

SILVA, R.M.; ARAÚJO, K.N.C.; BASTOS, L.A.C.; MOURA, E.R.F. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.16, n.5, p.2415-2424, 2011.

## RODAS DE CONVERSA SOBRE A MELHOR IDADE: UMA EXPERIÊNCIA DE GRUPO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIO BRANCO/ACRE

Aryel Thomaz Fontenelle de Melo<sup>1</sup>, Duciana Araújo Pinto<sup>1</sup>, Rafaela Sales Bonfim Brito<sup>1</sup>, Herleis Maria de Almeida Chagas<sup>2</sup>

1. Universidade Federal do Acre, Especialização em Saúde Pública, Rio Branco, Acre, Brasil.

2. Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

### RESUMO

O envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades atualmente. Neste cenário, em 2006, surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, definindo que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Este relato de experiência surgiu a partir de um projeto de extensão do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, tendo como objetivo conhecer as necessidades dos idosos para disponibilizar ações de promoção à saúde a este público, utilizando a pesquisa-ação através do método de rodas de conversa na formação de um grupo de idosos em uma Unidade Básica de Saúde em Rio Branco (UBS), Acre. Buscou-se com isso superar mitos e promover o envelhecimento saudável e ativo, através de práticas reflexivas, construindo novos saberes pelo empoderamento desta população. A presente ação facilitou a interação entre profissionais, discentes e usuários, possibilitando diálogos livres, horizontalização do conhecimento, expressão dos sentimentos, estabelecimento de vínculos e empatia.

**Palavra-chave:** Saúde do idoso, estratégia de saúde da família, pesquisa-ação, roda de conversa, atenção primária à saúde e educação em saúde.

### ABSTRACT

Aging is part of the reality of most societies currently. In this scenario, in 2006, the National Health Policy of the Elderly Person arises, defining that the health care of this population will have, as entry point, the Basic Health Care/Family Health Strategy. This experience report emerged from an extension project of the Post-Graduation Course in Public Health of the Federal University of Acre, aiming to know the needs of the elderly to make available health promotion actions to this public, using the action research through the conversation wheels' method to form a group of elderly in a UBS in Rio Branco, Acre. We sought to overcome myths and promote healthy and active aging through reflexive practices, building new knowledge for the empowerment of this population. This extension action facilitated the interaction between professionals, students and users, enabling free dialogues, horizontalization of knowledge, expression of feelings, establishment of bonds and empathy.

**Key words:** Elderly health, family health strategy, action research, conversation wheel, primary health care and health education.

## 1. INTRODUÇÃO

A questão do envelhecimento da população é urgente devido ao momento de mudança na pirâmide demográfica, acompanhado da ausência de estruturas adequadas para atender à terceira idade. O retrato desse contingente de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil somava em 2013 o equivalente a 13% da população e segundo estimativas da OMS, os idosos serão 30% em 2050 (IBGE, 2015).

“O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social, reconhecendo as potencialidades e o valor das pessoas idosas” (BRASIL, 2006).

É função das políticas de saúde contribuir para o envelhecimento ativo e saudável, em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa. Neste cenário, em 2006, surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Nesse sentido, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, constituindo-se na principal porta de entrada, por considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2012). Nesse contexto surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) com a missão de ser a ordenadora da atenção à saúde.

As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família trabalham na comunidade ações coletivas, atividades de grupo, a participação das redes sociais e a educação popular dos usuários, tornando-se alguns dos recursos indispensáveis para alcançar as particularidades envolvidas no processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

Dessa forma, este trabalho trata-se de um relato de experiência da disciplina de Práticas Integradas do curso de especialização de Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, com o objetivo de disponibilizar ações que visam à melhoria da qualidade de vida através da identificação das necessidades dos idosos, por meio da pesquisa-ação e realização de encontros baseados na técnica de roda de conversa. A atividade de extensão



justificou-se pela inexistência de ações coletivas de promoção à saúde destinada a esse grupo na UBS selecionada.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O relato de experiência surgiu a partir da ação de extensão baseada na pesquisa-ação, uma metodologia coletiva que favorece as discussões e a produção cooperativa de conhecimentos específicos sobre a realidade vivida, a partir da perspectiva do esmorecimento das estruturas hierárquicas e das divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano. Constitui-se enquanto prática desnaturalizadora e tem como foco principal de análise as redes de poder e o caráter desarticulador dos discursos e das práticas instituídas no convívio social (MOLINA, 2007).

O método utilizado foi a observação participante, no qual consiste na participação do conhecimento na vida da comunidade, do grupo, ou de uma situação determinada (GIL, 2008). Aplicou-se a técnica de coleta de dados utilizando rodas de conversa, por meio de quatro encontros, os quais deram subsídios ao método e análise do conteúdo. Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se relatos e registros fotográficos durante toda a execução do grupo.

A escolha pela técnica de rodas de conversa se baseou no fato de que a mesma proporciona a horizontalização das relações em grupo, em que as falas são expressões do modo de vida dos participantes. Essa técnica possibilita encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de saberes. Nelas os sujeitos se implicam dialeticamente como atores críticos e reflexivos da sua própria realidade (SAMPAIO et al., 2014).

As rodas são mais do que simplesmente sentar em círculo, elas se constituem em um espaço de transformação social, construção de conhecimento, surgimento de novas possibilidades, com movimentos contínuos de perceber, refletir e agir diante da vida (SAMPAIO et al., 2014).

Todas essas possibilidades vão para além do individual, muitas são as construções coletivas nesse processo, favorecendo o entrosamento e a confiança entre os participantes, a superação de desafios através da reflexão coletiva. A todo o momento os sujeitos são



desafiados ao novo, libertando-os para o mundo de possibilidades e de novos conhecimentos (SAMPAIO et al., 2014).

O projeto ocorreu durante os meses de setembro e outubro de 2017, na UBS Máximo Diogo Magalhães, inserida no segmento de saúde Rosângela Pimentel, no bairro Portal da Amazônia, na cidade de Rio Branco, Acre. O público alvo consistiu-se por idosos residentes no território de abrangência, na sua maioria, com autonomia e renda preservadas para além da aposentadoria, haja vista que desenvolviam outras atividades, tais como: costura, artesanato, marcenaria, trabalhos manuais diversos, habilidades musicais e de dança. Por se tratar de um grupo heterogêneo, caracterizava-se por pessoas com e sem vínculo afetivo aos familiares e cônjuges.

A ação constituiu-se por uma reunião prévia entre enfermeiro da UBS e os discentes da pós-graduação em saúde pública para definição das etapas a serem executadas. A mobilização dos idosos aconteceu através de convites impressos e distribuídos pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiro, nas suas residências e na própria unidade, além de recurso visual (cartaz) exposto na recepção. Além disso, semanalmente, os ACS visitavam o público no domicílio para reafirmar o encontro a ser realizado. Os discentes e a orientadora da ação de extensão foram os responsáveis pela organização e execução das ações propostas no projeto.

## 2.1 ETAPAS DOS ENCONTROS

Os quatro encontros foram marcados para serem iniciados às 8 horas. O acolhimento se dava pelos ACS à medida que os idosos chegavam na UBS, e direcionados à sala de reunião, onde aconteceram as atividades de grupo. A participação dos idosos variou de 5 a 8 por encontro, sendo organizados em círculo pelos discentes, enfermeiro e sua estagiária.

As intervenções em grupo se deram através de dinâmicas, atividades lúdicas e discussão sobre temas de interesse dos idosos. Ao final, ocorria momento de avaliação, em que cada participante expressava seus sentimentos sobre o encontro. Além disso, os membros se confraternizavam por meio de abraços, dança, conversas e lanche compartilhado.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 ACOLHENDO OS IDOSOS

No primeiro encontro, com o objetivo de conhecer os integrantes, ocorreu a apresentação de cada indivíduo, através da dinâmica “A Origem do Nome”, na qual perguntas norteadoras guiavam o momento: “Quem escolheu o seu nome?” “Você gosta do seu nome?” “Como você gostaria de ser chamado aqui nesse grupo?”. A presente atividade teve como objetivo dar a oportunidade aos participantes de refletirem sobre a origem do nome, a história que cada indivíduo carrega consigo, despertando a sensibilidade, a afetividade e auto-estima (BRASIL, 2000).

O êxito desse momento está diretamente relacionado à técnica de roda de conversa, proporcionando a construção dialógica, produzindo conhecimentos e contextualizados, ao privilegiarem a fala crítica e a escuta sensível, de forma lúdica, não usando nem a escrita, nem a leitura da palavra, mas sim a leitura-ação das imagens e dos modos de vidas cotidianos (SAMPAIO et al., 2014).

Também foi solicitado que cada participante respondesse a quatro questionamentos, conforme dinâmica em Serrão (SERRÃO; BALEEIRO, 1999), que foram: “Qual a sua melhor qualidade?” “O que gostaria de mudar em você?” “Qual a pessoa que você mais admira?” “O que você mais gosta de fazer?”.

O momento proporcionou aos participantes a oportunidade de se expressar, possibilitando ao grupo conhecer melhor seus integrantes. Também foi perceptível a empatia entre os membros, a identificação com as histórias trazidas por cada um e com isso o grupo deu seus primeiros passos para o estabelecimento de vínculo.

A atividade realizada permitiu que cada membro tomasse consciência dos seus valores, habilidades, potencialidades e limitações, facilitando um conhecimento mais aprofundado sobre si e sobre os outros, demonstrada através das seguintes falas:

*“Gosto meu jeito de ser”* Idoso 4

*“Sou trabalhadora”* Idoso 2

*“Meu jeito explosivo de ser”* Idoso 5

*“Meu excesso de sinceridade”* Idosos 1 e 3

*“A pessoa que eu mais admiro é a minha mãe”* Idosos 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8

*“Gosto de ter ocupação”* Idosos 1, 4 e 7

*“Gosto de ‘tá’ com a família”* Idosos 2 e 6

Em seguida escolheu-se um nome que identificasse o grupo a partir de tudo que fora trazido durante esse primeiro encontro. Dessa forma, o nome escolhido foi “É dos caçulas que eles gostam mais”. Esse título surgiu devido a característica predominante entre os participantes em que a maioria era o irmão caçula, assim acharam interessante que isso fizesse jus ao nome do grupo.

### 3.2 ARTE COMO EXPRESSÃO DA SUBJETIVIDADE

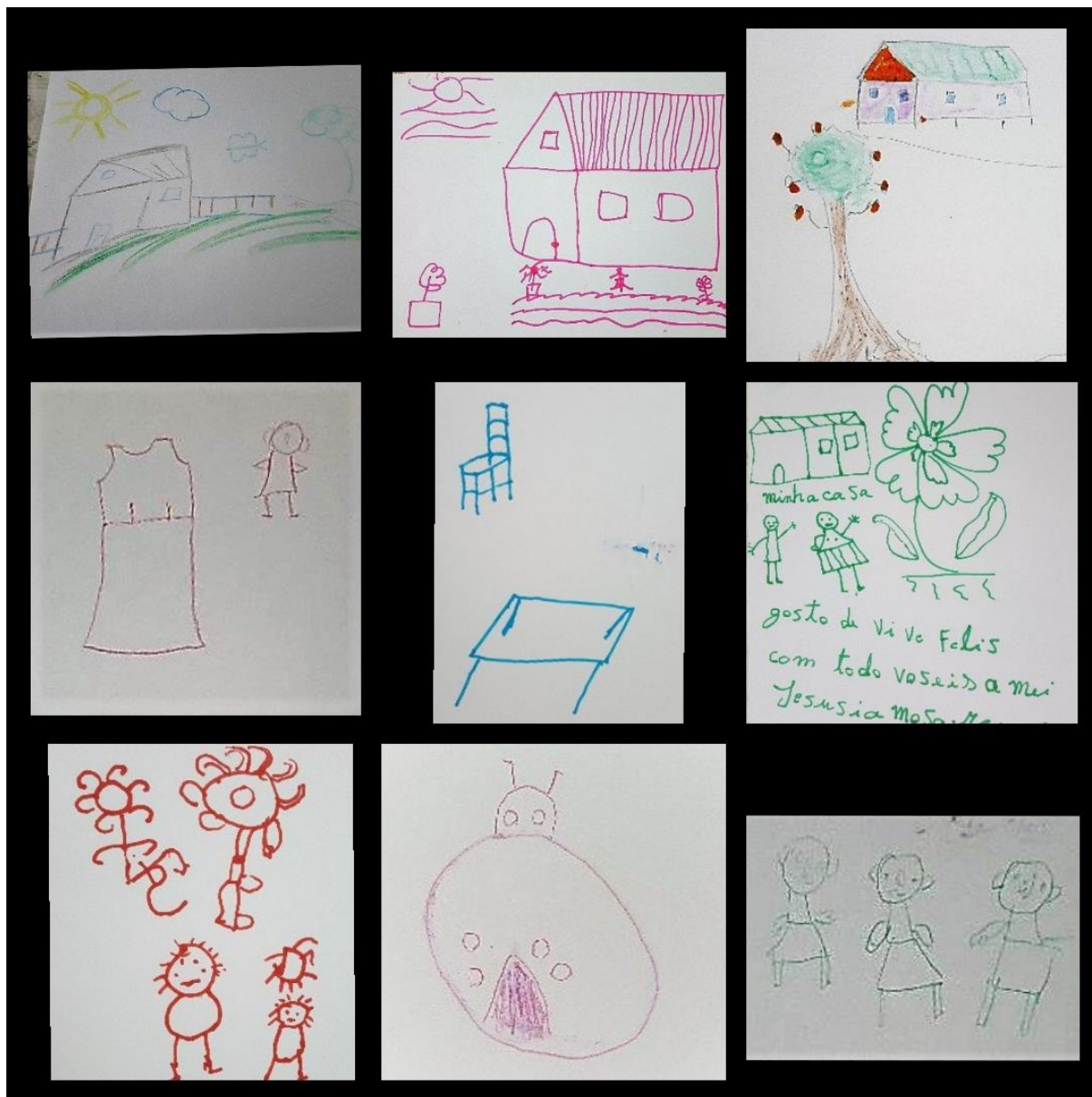
No segundo encontro, foi realizada uma atividade de aquecimento, na qual os idosos realizaram movimentos de alongamento e exercícios de baixa intensidade, conduzidos pela educadora física ao som da música “Eu só quero um xodó” de Dominginhos, seguido por um momento de reflexão sobre a importância e potencialidades do grupo para os participantes ao som da música “Con te Partiro” de Andrea Bocelli.

Foi proposto ao grupo que cada membro produzisse um desenho livre, a fim de oportunizar a expressão dos idosos quanto a sentimentos e experiências de vida. Após a produção, o grupo retornou para seu posicionamento em roda e foi solicitado que cada um apresentasse o seu desenho. Os temas surgidos foram variados, representando a realização de sonhos, desejos, família e ocupação, conforme demonstrado na figura 1 e nas falas.

É importante ressaltar que a utilização desse recurso não teve nenhum viés de testagem projetiva. Os desenhos produzidos visaram ser um meio que facilitasse a expressão dos participantes, tendo em vista que os mesmos apresentavam dificuldade em verbalizar sentimentos e emoções. Ficou claro que tal recurso facilitou essa expressão, pois todos conseguiram realizar a atividade e falar a respeito de seus conteúdos. Todavia não foi objeto dessa atividade realizar análise psicológica do material produzido. O objetivo principal foi que eles pudessem falar livremente sobre seus conteúdos trazidos nos desenhos.

O desenho livre pode ser uma ferramenta bastante produtiva, pois desenhar é uma das formas que o homem encontrou para expressar emoções, representar e organizar suas percepções e conhecimentos, transformando em algo material uma ideia, imagem ou um

sentimento. Para pessoas na terceira idade, a utilização do desenho livre se diferencia em razão de que se deve transformar o ato de desenhar em ato de conhecimento de vida, permitindo espaço para expressar sentimentos, conhecimentos, valores e cultura.



**Figura 1.** Mosaico dos desenhos feitos pelos idosos

Sonho

*“Sempre tive o sonho de ter uma casa com jardim”*

*“Sempre tive o sonho de ser um tocadour, mas nunca tive oportunidade”*

Desejo

*“Desejei a vida toda uma casa boa, agora finalmente consegui”*

Família

*“Minha família é tudo na minha vida”*

Ocupação

*“Sou costureira, amo minha profissão”*

*“Sou marceneiro, adoro inventar”*

Após esse momento o grupo foi convidado para pensar uma sugestão de assunto que fosse de seu interesse, sendo escolhido o tema: direitos e deveres da pessoa idosa. Assim, ficou combinado que esse tema seria abordado no próximo encontro pela equipe responsável pela condução do grupo.

### 3.3 CONHECENDO OS DIREITOS E PERCEBENDO OS DESRESPEITOS

No terceiro encontro começamos com as boas-vindas aos novos participantes e iniciamos a dinâmica de aquecimento, com a música (Envelhecer – Arnaldo Antunes), formando uma dança circular.

No segundo momento aconteceu o debate sobre o tema “Direitos da Pessoa Idosa”. A explanação do assunto se deu pela exibição de um vídeo do Ministério Público da Bahia, no qual abordava a temática. Durante essa atividade, o vídeo era pausado para oportunizar a discussão e melhor entendimento de cada tópico abordado no Estatuto do Idoso, permitindo aos idosos esclarecer suas dúvidas.

A interação entre os idosos nessa atividade também pode ser percebida pela troca de informações que um tinha com o outro, através de relatos de experiências pessoais envolvendo os direitos da pessoa idosa, constatada através das seguintes falas:

*“É muito bom conhecer nossos direitos”* Idoso 4

*“Tô feliz por saber dessas coisas”* Idoso 2

*“Agora eu sei onde tirar minhas dúvidas”* Idoso 7

*“Vou atrás da minha passagem de ônibus de graça”* Idoso 5

*“Tenho que ir no banco entender porque não tô recebendo (o benefício)”* Idoso 6

Como resultado, o grupo identificou a necessidade de realizar uma ação educativa nas escolas do bairro voltada para conscientização dos jovens e adolescentes sobre os direitos e deveres da terceira idade.

No trabalho das equipes da Atenção Básica, é fundamental que as ações coletivas promovam a participação dos idosos em redes sociais como recurso indispensável para atuação nas suas dimensões cultural e social.

Apesar de existir um arcabouço legal que envolve os direitos dos idosos, ainda não há materialização destes no cotidiano na vida dessas pessoas. Isso é notório a partir dos relatos:

*“Quería que um jovem sentisse na pele como é ficar em pé no ônibus”* Idoso 1

*“Tem gente novo que não sai da cadeira, finge que nem vê a gente”* Idoso 3

Conforme Brasil (2006), “o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita”.

Confirmando a importância da técnica utilizada, segundo Ingrid (2015), as Rodas de Conversa proporcionam aos sujeitos um espaço de diálogo e interação, permitindo a ampliação de suas percepções sobre si e sobre o outro. No contexto da ação, a escolha dessa técnica ocorreu principalmente por sua característica de permitir que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre os temas propostos, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo.

### 3.4 AS MARCAS DO GRUPO

Por tratar-se do último encontro com a equipe de extensão da pós-graduação, foram dados alguns informes gerais de como o grupo seria conduzido daquele momento em diante pela equipe da UBS.



As atividades se iniciaram com a apresentação musical de um dos idosos que propiciou uma divertida e descontraída dança entre os participantes. Após este momento, foi realizada a atividade “As Marcas do Grupo”, consistindo na construção de um cartaz formado pelo conjunto das mãos dos participantes, pintadas com tinta guache e pressionadas na cartolina.

Concluída a atividade proposta, solicitou-se ao grupo que expressasse de forma verbal qual o sentido ou o significado desse grupo na sua vida:

*“Eu sempre tive um sonho de me apresentar em público, tocando, mas nunca ninguém me deu a chance”* Idoso 3

*“Eu sou sozinha no mundo, não tenho mais ninguém, todos os meus irmãos já morreram, e hoje eu não me sinto tão só quando venho pra cá.”* Idoso 8

*“Apesar de todos os problemas e dificuldades, é aqui que eu consigo força pra esquecer”* Idoso 4

*“Eu preciso ficar no grupo pra fugir da depressão”* Idoso 5

A partir das falas, podemos constatar que o objetivo principal foi alcançado, visto que eles puderam participar ativamente da construção coletiva do grupo, podendo estabelecer vínculos, expressar seus sentimentos, desejos, emoções, sonhos, refletindo na melhoria da qualidade de vida de cada participante, mesmo se tratando de um grupo novo, ainda em processo de formação.

Trabalhamos na perspectiva de que os idosos daquele território necessitavam de um espaço de convivência com boas práticas em saúde e que isso poderia melhorar a qualidade de vida desse público. Dessa forma, para a equipe de extensão, fica clara a quebra de paradigma em que é possível desenvolver ações usuário-centradas, contrariando o modelo biomédico presente na maioria das práticas em saúde.

Ao final ficou definido pelos participantes e equipe da UBS que esses encontros continuariam acontecendo semanalmente, com a participação da educadora física também como colaboradora nas atividades.

### 3.5 AVALIAÇÃO

As avaliações ocorriam ao final dos encontros, de forma direta, em que cada participante escolhia uma palavra/frase que representasse seu sentimento. Consideramos que todas as avaliações foram positivas, demonstradas através dos relatos a seguir:



*“Gostei muito”* Idoso 1

*“Paz”* Idoso 3

*“Esse grupo me deixa muito feliz”* Idoso 5

*“Muito agradecida por estar aqui”* Idoso 9

*“Espero que o grupo continue”* Idoso 4

*“Esse grupo me faz muito bem”* Idoso 8

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente ação de extensão proporcionou aos discentes da pós-graduação em Saúde Pública, a oportunidade de vivenciar uma experiência inovadora na Atenção Básica, no tocante a construção e condução de grupo na perspectiva da educação popular em saúde, em que o modelo biomédico não foi utilizado como parâmetro para o desenvolvimento das ações.

O êxito dessa extensão deu-se através da pesquisa-ação cujo roda de conversa facilitou a interação entre profissionais, discentes e usuários, possibilitando diálogos livres, horizontalização do conhecimento, expressão dos sentimentos, estabelecimento de vínculos e empatia. As potencialidades foram surgindo à medida que aconteciam os encontros, estimulando o protagonismo dos membros do grupo.

Para a equipe da UBS, foi percebido indícios de transformação, tendo em vista a aproximação que o grupo permitiu aos profissionais em relação ao público-alvo, fazendo um resgate dos atributos da Atenção Primária em Saúde, diminuindo barreiras, tecnicismos, verticalização dos conhecimentos e melhorando as práticas em saúde.

Esse espaço privilegiado propiciou aos idosos, expressar suas necessidades e sentimentos, baseados numa escuta humanizada voltada às necessidades mais básicas: ser ouvido; acolhido; respeitado e de se sentir pertencente. Apesar de estar num processo de consolidação, o grupo permanece em construção devido aos novos conteúdos que surgem a cada encontro. Isso demonstra a necessidade da continuidade dos encontros a fim de garantir que este espaço permaneça aberto, oportunizando a melhoria da qualidade de vida da população idosa.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Manual do multiplicador: adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INGRID, T. **Roda de Conversa como Instrumento para Criação de Grupos de Interação Social e Educacional em Saúde-Relato de Experiência**. Trabalho de Conclusão de Curso Especialização Latu Sensu- TCC. Educação Permanente em Saúde em Movimento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

MOLINA, R. **A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa..** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano, Brasil. **Interface (Botucatu)**., v.18, p.1299-1312, 2014.

SERRÃO, M.; BALEEIRO, M.C. **Aprendendo a ser e a conviver**. 2.ed. São Paulo: FTD, 1999.

## ORGANIZADOR

### Orivaldo Florencio de Souza



Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (1993) e mestre em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria (1998). Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Desde 2002 é professor no Centro de Ciências da Saúde e Desportos da Universidade Federal do Acre. Tem experiência na área de Antropometria e Saúde Coletiva (Epidemiologia).

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-65-80261-08-6



DOI: 10.35170/9786580261086