

Henrique Marques Dagostin
Thainara Maia de Paulo
Luzia Carla de Souza Soriano
Maiara de Moraes

ORGANIZADORES

Anais

*II Assembleia Regional
Nordeste 2*





 **IFMSA**
Brazil

UFERSA

Henrique Marques Dagostin
Thainara Maia de Paulo
Luzia Carla de Souza Soriano
Maiara de Moraes

(ORGANIZADORES)

ANAIS



II ASSEMBLEIA REGIONAL NORDESTE 2



2020

© 2020. Direitos Morais reservados aos organizadores: Henrique Marques Dagostin, Thainara Maia de Paulo, Luzia Carla de Souza Soriano e Maiara de Moraes. Direitos Patrimoniais cedidos à Editora da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (EdUFERSA). Não é permitida a reprodução desta obra podendo incorrer em crime contra a propriedade intelectual previsto no Art. 184 do Código Penal Brasileiro. Fica facultada a utilização da obra para fins educacionais, podendo a mesma ser lida, citada e referenciada. Editora signatária da Lei n. 10.994, de 14 de dezembro de 2004 que disciplina o Depósito Legal.

Comissão Organizadora

Maiara de Moraes, Emanuel Kennedy Feitosa Lima, Maria dos Milagres Fernandes Diniz Chaves, Teresinha Silva de Brito, Aline Lidiane Batista de Amorim, Rejane Helena Pereira Lins, Lazaro Fabricio de França Souza, Caio Augusto Martins Aires, Ione Sousa Duarte, Luiza Carla de Souza Soriano, Frederico Fausto Marinho de Medeiros Junior, Pedro Alberto Diogenes Saldanha de Pontes, Carlos Ygor Costa Martins, Jose Ilton Silva Junior, Mariana Ribeiro de Paula, Thainara Maia de Paulo, Dayane Patrícia Ferreira Menezes, Gabriel Nicolás de Melo Dias, Ana Carolina Vasconcelos Melo, José Alex Costa de França, Henrique Marques Dagostin, Milena Rodrigues Sampaio e Tereza Brenda Clementino de Freitas.

Comissão Científica

Maiara de Moraes, Henrique Marques Dagostin, Thainara Maia de Paulo e Luzia Carla de Souza Soriano.

Projeto Gráfico

Henrique Marques Dagostin, Thainara Maia de Paulo e Luzia Carla de Souza Soriano.

Revisão ortográfica

Ana Alice Henrique de Brito.

Conselho Editorial

Mário Gaudêncio (Coordenador), Keina Cristina Santos Sousa e Silva, Rafael Castelo Guedes Martins, Rafael Rodolfo de Melo, Fernanda Matias, Emanuel Kennedy Feitosa Lima, Rafael Lamera Giesta Cabral, Franselma Fernandes de Figueiredo, Antonio Diego Silva Farias, Luís Cesar de Aquino Lemos Filho e Pedro Fernandes de Oliveira Neto.

Equipe Técnica

Francisca Nataligeuza Maia de Fontes (Secretária), José Arimateia da Silva (Designer Gráfico) e Mário Gaudêncio (Bibliotecário).

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

A844 Assembleia Regional Nordeste II (2. : 2020 : Mossoró, Brasil).
Assembleia regional nordeste II / organizado por Henrique Marques Dagostin, Thainara Maia de Paulo, Luzia Carla de Souza Soriano e Maiara de Moraes. – Mossoró : EdUFERSA, 2020.
332 f. : il.

Anais da Assembleia Regional Nordeste II promovido pela IFMSA/BRAZIL - *International Federation of Medical Students' Association* e editado pela Editora da Universidade Federal Rural do Semi-Árido.

E-ISBN: 978-65-87108-04-9.

1. Medicina. 2. Saúde. 3. Estudos médicos. I. Dagostin, Henrique Marques. II. Paulo, Thainara Maia de. III. Soriano, Luzia Carla de Souza. IV. Moraes, Maiara de. V. Título.

CDD: 610

Mário Gaudêncio (CRB-15/476)

Bibliotecário

Editora Associada



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
PARTE I – COMUNICAÇÃO ORAL	9
1 Peer-mentoring como estratégia de recepção ao ambiente acadêmico.....	10
2 Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose-HIV na população do Rio Grande do Norte no período entre 2007 e 2017	17
3 Análise temporal da mortalidade de mulheres no Brasil por câncer de mama, colo uterino e ovário no período entre 2005 e 2015.....	25
4 Medicina de família e comunidade e estratégias de saúde da família no Brasil e seus 20 anos em Mossoró	35
5 Uma análise temporal da cobertura vacinal	41
6 Tendência temporal da sífilis gestacional e sífilis congênita no estado do Rio Grande do Norte nos anos de 2007 a 2017.....	47
7 Panorama internacional dos cuidados paliativos: barreiras em sua implementação e perspectivas para o futuro	56
8 Síndrome congênita do vírus Zika e os desafios vivenciados pelas famílias: um relato de experiência	63
9 Análise temporal dos casos notificados de Leishmaniose Visceral no Rio Grande do Norte entre os anos de 2007 e 2017	69
10 Relato de experiência de educação popular em saúde com grupos de mulheres: climatério, endocrinologia integrativa e gestantes.....	78
PARTE II: APRESENTAÇÃO EM PÔSTER/BANNER	85
11 Vírus Linfotrópicos Humanos de Células T (HTLV-1/2/3/4): revisão narrativa da literatura	86
12 Educação sexual e o desenvolvimento de habilidades de comunicação com adolescentes: relato de experiência da campanha “fala sério”	94
13 MED TABUS: relato de experiência	99
14 Saúde rural, acesso de mulheres do campo à saúde e direitos humanos	103
15 Suporte básico de vida em libras: inclusão nos cuidados de saúde - relato de experiência	112

16 A Efetividade da assistência pré-natal e perinatal na realidade do sistema único de saúde	122
17 Not Today – relato de experiência	129
18 Transformando: saúde do transexual em foco – relato de experiência	134
19 <i>Free hugs</i> do vestibular – relato de experiência	139
20 A Complexidade do atendimento à saúde dos refugiados: uma revisão de literatura.	143
21 Evolução temporal dos casos notificados de hanseníase no estado do Rio Grande do Norte no período de 2008 a 2017	149
22 Relato de experiência sobre atividade de educação em saúde no âmbito da atenção básica	155
23 Gincana da saúde: ampliação do conceito de saúde e bem-estar	160
24 O Discurso de resistência do paciente oncológico ao tratamento cirúrgico	167
25 Evolução clínica da Síndrome de Burnout: uma revisão de literatura	175
26 Relato de experiência: relação entre a exposição à luz azul violeta emitida por dispositivos digitais e a saúde mental	180
27 Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar: abordagem teórico-prática de manejos básicos para a população - relato de experiência	186
28 Elementos introdutórios para se pensar no aborto enquanto questão de saúde pública no nordeste brasileiro	191
29 Mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica nas regiões nordeste, sul, sudeste e paraíba	199
30 Chagas e você: o que saber dessa doença? relato de experiência	207
31 Promoção de saúde sexual para adolescentes no ambiente escolar como estratégia de fortalecer a saúde pública	211
32 Estratégias desenvolvidas em campanha “não estoure seu coração” para adesão de hábitos saudáveis e prevenção da hipertensão arterial sistêmica: relato de experiência	217
33 A Medicina frente à população trans	223
34 Atenção interprofissional à saúde em situações de violência: um relato de experiência	230
35 Discutindo a reforma psiquiátrica à luz do documentário “o holocausto brasileiro” seguido de uma discussão em mesa redonda.....	239

36 Construção de fluxograma para suporte à classificação dos tecidos fundamentais: relato de experiência de monitoria em histologia humana.....	247
37 Projeto “amarmentar”: uma estratégia de educação médica e de extensão universitária em prol da saúde pública	254
38 Relato de experiência: a interdisciplinaridade no contexto da formação médica.....	261
39 Inserção do suporte básico de vida no ensino acadêmico.....	269
40 Ensino de libras voltado para a saúde – relato de experiência.....	273
41 Circuito residência médica	278
42 MedCafé: um papo sobre esquizofrenia – relato de experiência	283
43 Formação integral: percepções subjetivas perante assembleia geral da IFMSA.....	287
44 Importância do mecanismo de territorialização no âmbito da ESF	291
45 Sala de aula invertida: uma estratégia para a educação médica	296
46 Intercâmbio acadêmico e sua relevância para a formação do estudante de medicina – relato de experiência.....	301
47 MedEnsina: um relato de experiência sobre a interface entre a educação médica e a preparação para o ensino superior	307
SOBRE OS AUTORES	317

Henrique Marques Dagostin
Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Com muito orgulho, escrevo sobre a II Assembleia Regional Nordeste 2 da IFMSA Brazil (AR NE2)! Dotados de muita força de vontade, atitude e perseverança, parablenizo todo o Comitê Organizador (OC) pelo esmero para com esse evento. A IFMSA Brazil une estudantes de medicina espalhados por todo o Brasil. Hoje, a federação está presente em 157 Escolas Médicas, em todos os estados brasileiros e representando seus mais de 7 mil alunos filiados. A AR NE2, é o mais esperado evento da nossa regional, que une 6 estados, com 24 Comitês Locais na data do evento, e foi planejada nos mínimos detalhes para que todos nós tivéssemos 3 dias inesquecíveis. E para isso, pudemos contar com a presença de todos, desde o Rio Grande do Norte até a Bahia.

A participação no evento promoveu um espírito mais participativo dentro da Federação, com resultados, aumento da produtividade, maior satisfação nas atividades, sem falar na melhora da convivência entre os coordenadores Locais. Essa motivação, eu quis não apenas para a UFERSA, mas para toda a regional, pois acredito que nós, estudantes de medicina possamos descobrir e desenvolver nossos potenciais, para liderarmos ações, podendo vivenciar a medicina aplicada ao redor do mundo, extrapolando os limites da universidade, desenvolvendo empatia e habilidades de liderança que a categoria médica tanto necessita atualmente para conduzir o processo de mudança da realidade local, objetivando a melhoria da saúde da população.

Aqui, temos os trabalhos apresentados nas modalidades Oral e Pôster, onde podemos relembrar o evento como um todo, através dessa amostra do que foi discutido. Sejam novamente, muito bem vindos a II AR NE 2 – A “AR da Magia”.

PARTE I – COMUNICAÇÃO ORAL

1 Peer-mentoring como estratégia de recepção ao ambiente acadêmico

Dayane Patricia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lucas Christyan da Rocha de Oliveira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Marcos Henrique Gonçalves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Thainara Maia de Paulo

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Francisco Alexandre de Araújo Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

José Alex Costa de França

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lázaro Fabrício de França Souza

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

As dificuldades que o estudante apresenta ao entrar pela primeira vez em uma Instituição de Ensino Superior (IES) são fenômenos complexos e individuais, portanto, não podem ser analisados numa ótica generalista. O projeto de ensino Mentoring (no modelo peer-mentoring) – é uma estratégia de mediação na qual o mentor é um aluno mais avançado na graduação e acompanha um grupo de alunos iniciantes ou “mentees”, através de encontros periódicos, sob a supervisão de um professor tutor. O peer-mentoring tem o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e acadêmico dos envolvidos neste processo e auxiliar na integração do mentee ao ambiente acadêmico. Nesses encontros, ambos, mentor e mentees, irão discutir e compartilhar experiências sobre as maiores dificuldades enfrentadas no primeiro período de graduação em Medicina na Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA. Os encontros quinzenais têm duração de duas horas e são organizados em três momentos: roda de conversa, apresentação de ferramentas e aplicativos e Debriefing. A roda de conversa é iniciada a partir de um tema pré-estabelecido de acordo com as necessidades dos alunos ingressantes, no qual os mentees poderão expor suas maiores dificuldades e os mentores e tutor suas experiências sobre o assunto. Em seguida, os mentores e tutor apresentam as ferramentas e/ ou aplicativos que os auxiliaram na resolução dos problemas apresentados pelos mentees. O encontro é finalizado com o Debriefing, escrito e oral, no qual os mentees avaliam a relevância do tema e daquele encontro em seu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

Palavras-chave: Mentees. Mentores. Mentoring. Tutores. Educação Médica.

1.1 INTRODUÇÃO

O momento de transição do ensino médio para o ensino superior gera no estudante muitas expectativas e inseguranças. As dificuldades que o estudante apresenta ao entrar pela primeira vez em uma Instituição de Ensino Superior (IES) e ao longo do curso, são fenômenos complexos e individuais, portanto, não podem ser analisados numa ótica generalista (DALMORO; VIEIRA, 2008). O Mentoring surge como um processo que visa inserir o estudante no meio universitário e trabalhar aptidões pessoais que são cobradas tanto na rotina acadêmica como no mercado de trabalho. Sendo assim, apresenta-se enquanto estratégia complementar para a formação dos envolvidos e amenizar as problemáticas nos semestres iniciais. “A tutoria (mentoring) é uma modalidade especial de relação de ajuda em que, essencialmente, uma pessoa mais experiente acompanha de perto, orienta e estimula um iniciante” (BELLODI; MARTINS, 2005). Portanto, o Mentoring é um processo de mediação entre mentor e aluno iniciante (mentee), que estabelece uma relação assimétrica e de colaboração entre eles, objetivando dar suporte ao aluno e estimulá-lo no desenvolvimento acadêmico, profissional e na formação pessoal e ética.

Segundo Chaves et al. (2014), há vários modelos de Mentoring usados nas instituições de ensino superior com o objetivo de contemplar a realidade de cada uma. Baseado na realidade da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), o modelo escolhido foi o peer-mentoring, com o acompanhamento de um grupo de docentes. Ainda segundo os autores, o peer-mentoring (mentoria entre pares) é um modelo em que o mentor é um aluno mais avançado na graduação e acompanha um grupo de alunos iniciantes ou mentees, através de encontros periódicos. Nesses encontros, ambos, mentor e mentees irão discutir e compartilhar experiências sobre as maiores dificuldades enfrentadas no primeiro período de graduação.

Munõz, Barnero e Feliu (2015) destacaram a importância do papel do mentor na recepção do ingressante por ele estar inserido no contexto universitário e ter vivido recentemente dificuldades semelhantes às enfrentadas pelo novo aluno. Em sua posição, o mentor pode prestar auxílio nos diversos desafios da vida acadêmica, integração social e compartilhar suas experiências pessoais. Além disso, no peer-mentoring, um grupo docente (tutores) acompanha e aconselha os mentores e mentees baseados nas suas experiências

profissionais e acadêmicas. Assim, o Mentoring é um processo gradual, que busca a autonomia do aluno ingressante e, por fim, sua independência. Permite o aprendizado sobre o ambiente da universidade com o objetivo de apresentar as prioridades, costumes, modelos e estruturas que fazem parte da vida acadêmica e que, normalmente, só são adquiridos ao longo do curso. Além disso, visa ao desenvolvimento pessoal do mentee, melhoria de suas habilidades de comunicação interpessoal, empatia e autoconhecimento, uma vez que o neófito terá um espaço para compartilhar suas dificuldades e buscar soluções juntamente com o grupo.

O peer-mentoring no curso de medicina da UFERSA é uma estratégia para integrar os ingressantes ao ambiente universitário nesse momento de transição, visando aumentar a inserção/adesão dos estudantes ingressantes no primeiro semestre de graduação. Torna-se muito relevante, uma vez que o curso é estruturado a partir de metodologias ativas mistas, diferente do ensino médio tradicional, onde há apenas aulas expositivas (UFERSA, 2016). Por conseguinte, as dificuldades de adaptação ao novo contexto tornam-se mais desafiadoras, porquanto além de o estudante ter de planejar seu tempo para conciliar estudo e outras atividades, terá de buscar técnicas para aprendizagem eficaz na graduação, diferentemente do ensino médio. Conseqüentemente, o peer-mentoring é uma estratégia de recepção aos alunos e tem como objetivo proporcionar desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional tanto aos ingressantes (mentees) quanto aos veteranos (mentores), somando esforços para diminuir a evasão e retenção universitária ao passo que auxilia nesse processo de transição de realidades, no momento do ingresso na universidade, fortalecendo a relação dos alunos com a universidade e os professores.

1.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A construção do modelo peer-mentoring na UFERSA contou com a colaboração dos alunos mentores e professores tutores, que participaram de reuniões onde apresentaram suas sugestões e expectativas sobre o projeto. Além disso, receberam duas capacitações antes do início das mentorias e uma com o projeto já em andamento. A primeira capacitação abordou temas como: autoconhecimento, inteligência emocional, comunicação, liderança e técnicas de feedback. A segunda ocorreu em três dias de atividades, onde foi realizada uma oficina de capacitação de mentores e tutores, que contemplou temas sobre: o que é o

processo de mentoring e suas fases; quem é o mentee; quais as competências esperadas de um mentor; qual o papel do tutor; e como são os encontros de mentoria. A terceira capacitação foi realizada para auxiliar os mentores e tutores no desenvolvimento dos temas quatro e sete. Nessa terceira capacitação, os temas apresentados foram: ansiedade, autocontrole e emoções. As capacitações realizadas visam tanto ao desenvolvimento pessoal e acadêmico dos mentores e tutores, como dar assistência na realização dos encontros de mentoria, para auxiliar na formação de todos os envolvidos no processo.

Os participantes do projeto, após um período de embasamento teórico, aplicaram um questionário online (via Google Docs) perguntando aos alunos da UFERSA quais foram suas maiores dificuldades no primeiro período de curso. Para a aquisição dos tópicos do questionário, foi levado em consideração os temas abordados em outras instituições que realizam o Mentoring, como a Universidade de São Paulo (BELLODI et al., 2011) e a Universidade Federal de Minas Gerais (MARTINS; BELLODI, 2016), além de entrevistas informais aos alunos e professores do curso de Medicina do 2º e 4º períodos de graduação na UFERSA. A equipe do peer-mentoring criou um questionário próprio o qual perguntou aos estudantes, de vários períodos e professores da UFERSA quais as principais habilidades que auxiliam os estudantes na adaptação à vida acadêmica. Com o objetivo de escolher os temas que seriam trabalhados nos encontros.

O questionário online foi aplicado antes do início do projeto, via Google docs, e obteve-se um total de 271 respostas, sendo 87,8% de representatividade de alunos da graduação e 12,2% de professores. Na opção “o quão a universidade é receptiva com seus estudantes ingressantes”, em uma escala de 1 a 5, em que 1 era “não receptiva” e 5 “muito receptiva”, as respostas indicam que 10% avaliaram com nota 1; 19,9% com 2; 33,6% para nota 3; 27,3% para nota 4 e apenas 9,2% para nota 5. O que reforçou a necessidade da implementação de novas estratégias para recepção dos ingressantes. O modelo do questionário foi baseado na escala de Likert, que é utilizada para mensurar objetos de estudo sobretudo em se tratando de pesquisas de opinião (DALMORO; VIEIRA, 2008). Este questionário também contemplou um total de 22 tópicos que poderiam ser trabalhados no peer-mentoring, além de deixar espaço para sugestões.

Os sete tópicos mais votados foram escolhidos como temas para os encontros de mentoria. O primeiro encontro teve como objetivo introduzir o que seria o peer-mentoring e passar informações sobre projetos extracurriculares e bolsas e como utilizar as plataformas

digitais da UFERSA. O tema dois versou sobre como desenvolver e manter foco, planejamento e organização de tempo para os estudos. Neste foram indicados aplicativos como Google agenda para organização pessoal e Goodtime, para controle de tempo de estudo que usa a técnica Pomodoro. O tema três foi sobre hábitos bons e ruins e como criar bons hábitos na vida pessoal e acadêmica. Os temas quatro, cinco, seis e sete ainda não foram trabalhados com os grupos, mas os temas são, respectivamente: autoconhecimento e controle de emoções; como falar em público e preparar apresentações; desenvolver proatividade; trabalhar o temperamento. Os temas visam auxiliar o estudante tanto no desenvolvimento pessoal quanto no acadêmico, o que irá refletir na percepção dele em relação à universidade e posteriormente em sua formação profissional.

Ingressaram no curso de medicina da UFERSA 2018.1 quarenta alunos. Desses, trinta e oito estão participando do peer-mentoring, divididos em quatro grupos, sendo dois com dez mentees e dois com nove. Cada grupo conta com três mentores, alunos do 3º e 5º períodos de graduação, e um professor tutor. Juntos, planejam a mentoria baseados em materiais sobre os temas selecionados por um grupo de professores da coordenação do projeto e disponibilizados previamente em pasta no Google drive. Os encontros são quinzenais, portanto, uma semana é reservada para planejamento, reunião de equipe e/ou capacitações e na outra acontece o encontro. Os encontros têm duração de duas horas e são organizados tendo como ponto de partida uma roda de conversa, em que todos expõem suas dificuldades e os tutores e mentores suas experiências sobre o tema proposto.

Logo após, os mentores apresentam ferramentas, aplicativos, sites e outros instrumentos que possam auxiliar os ingressantes na superação dessas dificuldades, bem como sugestões da sua própria experiência e vivência universitárias. E, por fim, é realizado um momento de avaliação reflexiva do encontro, inspirado em uma modalidade particular de feedback formativo, o debriefing (BORGES et al., 2014), no qual os participantes poderão apresentar suas impressões sobre o encontro, a dinâmica do grupo, o tema abordado e fazer sugestões. No último encontro do semestre será aplicado um questionário subjetivo aos mentees para autoavaliação e avaliação do projeto per-mentoring, que contará com um espaço de sugestões para melhorias do projeto. As avaliações já apontadas pelos mentores, a partir da apresentação oral feita pelos mentees durante o debriefing, são muito positivas, mas como o instrumento foi organizado para ser entregue à coordenação do projeto, apenas no fim do semestre as respostas escritas não foram analisadas pelos autores.

1.3 DISCUSSÃO

Pode-se observar, tanto na construção do projeto peer-mentoring na UFERSA, como na realização das primeiras atividades, que esse processo contribui muito no desenvolvimento pessoal e acadêmico de todos os envolvidos. Conhecer e ouvir as dificuldades e experiências do outro são fundamentais para se ter empatia, liderança equilibrada e formar médicos mais humanizados. Por conseguinte, o peer-mentoring é uma estratégia de recepção e integração dos alunos ingressantes em medicina. Se faz necessário para uma vida acadêmica mais organizada e para prevenir problemas de saúde mental no estudante de Medicina, uma vez que o auxilia na sua organização pessoal e autoconhecimento.

1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto peer-mentoring em medicina na UFERSA foi formado a partir de uma iniciativa de professores e alunos que observaram a necessidade de receber e integrar o estudante desde o primeiro período de graduação, devido ao processo de transição de realidades que o estudante está vivendo e das dificuldades de adaptação às metodologias ativas de aprendizagem. Assim, foram selecionados temas que visassem diminuir a ansiedade do mentee e possibilitasse a apresentação de técnicas e ferramentas que os auxiliasse na resolução dos principais problemas enfrentados nesse período de adaptação. Através das discussões realizadas, capacitações e encontros de mentoria, pode-se observar que essa estratégia é muito interessante, pois desenvolve todos os participantes do projeto, somando-se à perspectiva mais atual e integrada de educação médica já realizada na instituição para a formação de médicos mais humanizados, críticos, éticos e autônomos.

AGRADECIMENTOS

Aos professores e mentores participantes no desenvolvimento das atividades e encontros do peer-mentoring. À coordenação do curso de medicina e a Pró-reitoria de

Graduação da UFERSA, por apoiar o projeto e disponibilizar recursos materiais e humanos para sua realização.

REFERÊNCIAS

BELLODI, P. L. et al. Mentoring: ir ou não ir, eis a questão: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 237-45, 2011.

BELLODI, P.L; MARTINS, M.A. **Tutoria: mentoring na formação médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BORGES, M. C. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP da Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-31, 2014.

CHAVES, L. J. et al. A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 532-41, 2014.

DALMORO, M., VIEIRA, K.M. Dilemas na construção de Escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 161-74, 2013.

MARTINS, A. da F.; BELLODI, P.L. Mentoring: uma vivência de humanização e desenvolvimento no curso médico. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 715-26, 2016.

MUNÕZ, R. C; BARNERO, F. L; FELIU, J. C. Diez pasos clave en el desarrollo de un programa de mentoría universitaria para estudiantes de nuevo ingreso. **Revista Electrónica Educare (educare Electronic Journal)**, Heredia, v. 19, n. 2, p. 155-88, 2015.

UFERSA. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, Campus Central Mossoró**. Mossoró: UFERSA, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2xe6shg>. Acesso em: 03 jul. 2018.

VEIGA SIMÃO, A. M. et al. Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. **Revista de Ciências da Educação**, Lisboa, n. 7, p. 75-88, set./dez. 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2vxyNyH>. Acesso em: 05 mar. 2018.

2 Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose-HIV na população do Rio Grande do Norte no período entre 2007 e 2017

Marcos Henrique Gonçalves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Francisco Alexandre de Araújo Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Dayane Patricia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

José Alex Costa de França

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lucas Christyan da Rocha Oliveira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Emanuel Kennedy Feitosa Lima

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo investigar os casos notificados de tuberculose e de sua coinfeção com HIV na população do Rio Grande do Norte no período de 2007 a 2017. Foi realizado estudo observacional de série temporal, no período de 2007 a 2017, utilizando dados secundários do Sistema de Informações de Agravos e Notificações. As incidências de tuberculose e coinfeção tuberculose-HIV foram estratificadas por sexo e faixa etária no período de 2007 a 2017, no Estado do Rio Grande do Norte. Houve um aumento tanto na incidência bruta da coinfeção tuberculose-HIV quanto na razão tuberculose-HIV ($p < 0,05$), já na incidência da tuberculose não houve tendência de alteração no período analisado. Na população feminina, houve uma redução na incidência da tuberculose ($p < 0,05$), enquanto que nos homens e em ambos os sexos a incidência da coinfeção tuberculose-HIV mantiveram-se constante. Relativo à faixa etária, se por um lado houve uma redução da incidência da tuberculose na população de 40 a 59 anos, por outro, houve um aumento significativo na incidência da coinfeção tuberculose-HIV nos indivíduos de 20 a 39 anos. Ademais, na população com mais de 60 anos apresentou um aumento substancial tanto na incidência da tuberculose quanto da coinfeção ($p < 0,05$). Esse trabalho evidenciou a tuberculose como um importante problema de saúde pública no Rio Grande do Norte, pois ainda não foram atingidas as metas estabelecidas de cura e controle da doença.

Palavras-chave: Tuberculose. HIV. Tuberculose-HIV. Morbidade. Mycobacterium tuberculosis. Coinfeção.

2.1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose ativa é uma doença infectocontagiosa multissistêmica causada por *Mycobacterium tuberculosis*. A sua forma mais comum é a infecção pulmonar, sendo transmitida prioritariamente através de gotículas dispersas no ar proveniente de doentes ativos para hospedeiros suscetíveis. Entretanto, somente 5% a 10% desses indivíduos irão desenvolver doença ativa, permanecendo assintomáticos a maioria dos indivíduos infectados (NUNN et al., 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS), através Global Tuberculosis Report 2017, informa que as mortes por tuberculose diminuíram em cerca de 22% entre 2000 e 2016. Apesar disso, no ano de 2016, ocorreram 1.7 milhões de mortes, incluindo mais 0.4 milhões quando associadas ao HIV, sendo destacada como a doença infecciosa que mais mata em todo mundo e situa-se entre as dez principais causas de morte (OMS, 2017).

Diante disso, a OMS estabeleceu estratégia objetivando erradicar essa doença. Em consonância, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Sendo assim, essas políticas buscam reduzir os coeficientes de incidência e mortalidade até 2035.

Bhat e colaboradores (2017) avaliaram diversos fatores de risco para a tuberculose através de um estudo feito com a comunidade indígena de Saharia. Alguns dos fatores de risco demográficos e socioeconômicos encontrados foram sexo masculino, trabalhadores com esmagamento de pedra (exposição a poeira) e baixa renda.

Diversos fatores contribuem para a transmissão e manifestação da tuberculose. Dentre elas, más condições sanitárias, pouco acesso aos serviços de saúde e nutrição inadequada. Contudo, sabe-se que da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) constitui um grande fator de risco para o desenvolvimento da doença (GASPAR et al., 2016).

A coinfeção Tuberculose-HIV é, sem dúvida, um importante problema na saúde em contexto mundial. Na Europa, por exemplo, a prevalência da Tuberculose na população que vive com HIV aumentou 40% nos últimos 5 anos (OMS, 2017). Vale ressaltar também que há uma estimativa de que um terço da população mundial estaria infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que as reações imunes que geram granulomas estão equilibradas pela relação entre imunocompetência e quantidade de bacilos no organismo, entretanto, com

coinfecção com o HIV, esse equilíbrio é quebrado e a doença torna-se ativa (NUNN et al., 2005).

A investigação epidemiológica da tuberculose aliada a fatores de risco associados, tais como coinfecção com HIV, ilustra um fator importante para saúde pública mundial no que se refere a mortalidade (OMS, 2017). Diante da relevância epidemiológica da tuberculose e carência de estudos que relatem a situação do Estado do Rio Grande do Norte, torna-se imprescindível analisar a situação da tuberculose no Rio Grande do Norte e sua relação com HIV. Assim, objetiva-se com esse estudo avaliar temporalmente a tuberculose e coinfecção tuberculose-HIV no Rio Grande do Norte, no período de 2007 a 2017, e as variáveis sexo e faixa etária no período de 2007 a 2017, por meio de dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado estudo observacional de série temporal no período de 2007 a 2017, no qual foram analisados dados secundários diretamente do SINAN, através do banco nacional de dados do Sistema Único de Saúde. No período analisado, a taxa de incidência de tuberculose e da coinfecção tuberculose-HIV representaram as variáveis dependentes, sendo calculada utilizando as notificações de casos novos, “não sabe” e pós óbito por ano de diagnóstico, segundo orientação do SINAN, dividido pelo número de habitantes no mesmo período no Rio Grande do Norte (RN), utilizando a constante 100.000. O número de habitantes do RN no período foi obtido por estimativas censitárias disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). Considerou-se portador de HIV apenas a categoria notificada como HIV positivo. Como variáveis independentes, foram analisadas as categorias gênero (masculino e feminino) e faixa etária (0-9, 10-19, 20-39, 40-59, ≥60).

Os dados foram sumarizados através de medidas de incidência, de tendência central e de crescimento, assim como proporções. Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel (versão 2013). Um modelo de regressão linear generalizada de Prais-Winsten foi utilizado para analisar as tendências de crescimento na série temporal. Tal procedimento permite avaliar as variações crescentes, decrescentes ou estáveis, a partir da análise da medida de crescimento e nível de significância ($p < 0,05$). A variação total foi calculada como a diferença, em proporção, do valor da incidência em 2007 com a de 2017.

Em todo os testes, os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, houve um aumento na incidência bruta de tuberculose ($p < 0,05$), sendo a variação total para os casos de tuberculose de 14,70%. Ao analisar o número de casos notificados de coinfeção tuberculose-HIV, pode-se perceber um aumento significativo tanto da incidência bruta quanto da relação entre coinfeção tuberculose-HIV e tuberculose ($p < 0,05$), com variações positivas de 160 e 126,67%, respectivamente. Além disso, verifica-se que não houve diferença estatisticamente significativa para incidências. Esses resultados apontam para o preocupante aumento da quantidade de indivíduos com coinfeção tuberculose-HIV (Tabela 1).

Tabela 1 – Incidência dos casos notificados por tuberculose e por tuberculose-HIV, Rio Grande do Norte, 2007-2017

Ano	TB		TB-HIV		TB-HIV / TB, %
	Incidência Bruta	Incidência / 100.000 hab	Incidência Bruta	Incidência / 100.000 hab	
2007	925	29,40	45	1,43	4,86
2008	1.01	31,69	54	1,69	5,35
2009	950	29,45	48	1,49	5,05
2010	905	27,72	68	2,08	7,51
2011	991	30,01	79	2,39	7,97
2012	959	28,73	118	3,53	12,30
2013	1.024	30,35	105	3,11	10,25
2014	960	28,16	103	3,02	10,73
2015	890	25,86	82	2,38	9,21
2016	955	25,03	61	1,60	6,39
2017	1.061	30,75	117	3,39	11,03
Variação total, %	14,70	4,59	160,00	3,39	126,67
p	0,46	0,17	<0,05	0,07	<0,05

Legenda: TB: tuberculose; e hab: habitantes.

Fonte: TabNet (DATASUS).

Quando analisado a incidência de tuberculose e coinfeção tuberculose-HIV por 100.000 habitantes por gênero, observou-se que nos homens, não houve alteração nas

incidências tanto da tuberculose quanto da coinfeção com HIV. Entretanto, nas mulheres, verificou-se uma redução nos casos de tuberculose ($p < 0,05$), com redução na variação de 9,59% (Tabela 2). A redução na incidência de tuberculose nas mulheres decorre provavelmente do maior cuidado que elas têm com a saúde (MACHIN et al., 2011).

Tabela 2 – Incidência dos casos notificados por tuberculose e tuberculose-HIV por gênero, Rio Grande do Norte, 2007 -2017

Ano	Incidência de tuberculose / 100.000hab		Incidência Tuberculose-HIV / 100.000hab	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
2007	40,41	18,62	2,38	0,50
2008	43,40	20,27	2,54	0,87
2009	37,36	21,73	2,01	0,98
2010	36,81	18,87	3,41	0,79
2011	40,09	20,20	3,44	1,37
2012	39,05	18,68	5,16	1,95
2013	39,80	21,16	4,81	1,46
2014	38,22	18,39	4,52	1,56
2015	36,15	15,86	3,54	1,26
2016	36,02	14,69	2,43	0,81
2017	45,33	16,86	5,47	1,41
Variação total, %	12,17	-9,59	129,56	181,57
p	0,86	<0,05	0,06	0,13

Legenda: hab: habitantes.

Fonte: TabNet (DATASUS).

Ao avaliarmos a incidência de tuberculose e da coinfeção tuberculose-HIV por faixa etária, nota-se um aumento significativo ($p < 0,05$) de 679,74 e 870,71% na incidência da tuberculose e coinfeção tuberculose-HIV nas pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, respectivamente. Além disso, pode-se notar um aumento na incidência da coinfeção tuberculose-HIV nos indivíduos de 20 a 39 anos, enquanto houve diminuição da incidência da tuberculose na faixa etária 40-59 anos (Tabela 3). Essa diminuição da tuberculose bruta na população maior de 40 anos confirma os baixos índices de internações hospitalares devido a infecções nessa faixa etária (LAURENTI et al., 2005). Além disso, o aumento da coinfeção na população maior de 60 anos corrobora com a transição etária nas regiões Norte e Nordeste (GASPAR et al., 2016).

Tabela 3 – Incidência dos casos notificados por tuberculose e tuberculose-HIV por faixa etária em anos, Rio Grande do Norte, 2013-2017

Ano	Incidência de tuberculose / 100.00 hab					Incidência Tuberculose-HIV / 100.000hab				
	Faixa etária, anos					Faixa etária, anos				
	0-9	10-19	20-39	40-59	≥60	0-9	10-19	20-39	40-59	≥60
2007	3,89	10,44	35,16	51,86	5,29	0,34	0,17	2,19	2,30	0,17
2008	6,28	12,86	38,10	49,93	5,81	0,34	0,50	2,80	2,70	0,07
2009	4,96	11,42	32,62	51,37	5,30	0,17	0,34	2,02	2,78	0,16
2010	5,13	11,19	30,77	47,91	4,29	0,17	0,50	3,12	4,14	0,06
2011	3,64	13,64	34,51	49,29	4,69	0,38	0,67	3,35	4,89	0,06
2012	4,26	11,57	36,67	41,52	4,44	0,58	0,51	5,99	4,75	0,30
2013	5,48	11,34	34,39	50,50	45,47	0,00	0,34	3,89	7,08	1,87
2014	3,75	14,07	34,29	43,49	36,52	0,39	0,69	5,07	4,11	2,09
2015	3,19	12,29	33,69	34,90	36,56	0,20	0,70	4,85	2,59	0,25
2016	4,23	10,29	34,26	39,96	39,49	0,20	0,00	3,01	2,52	1,23
2017	3,66	11,36	42,00	38,75	41,20	0,20	0,90	5,37	5,04	1,68
Varição total, %	-	8,79	19,47	-	679,47	-				
p	0,12	0,97	0,37	<0,05	<0,05	0,53	0,32	<0,05	0,38	<0,05

Legenda: hab: habitantes.

Fonte: TabNet (DATASUS).

2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, mostrou as correlações entre a incidência de tuberculose e infecção tuberculose-HIV no estado do Rio Grande do Norte no período de uma década.

O estudo aponta uma redução abrupta dos valores de tuberculose por 100.000 habitantes na população feminina e uma estabilização do alto perfil de incidência no público masculino nos diversos valores.

A incidência de tuberculose e da coinfeção tuberculose-HIV foi elevada em indivíduos com idade de 20 até idade maior ou igual a 60 anos, porém esse perfil é contraposto na faixa etária de 40 a 59 anos.

Mediante aos dados apresentados observa-se a necessidade de uma maior monitorização dos pacientes soropositivos, além de planos para a prevenção do HIV através de políticas de educação em saúde, especialmente para adultos jovens e idosos. Sobre os índices de Tuberculose isolada faz-se necessário a realização das atribuições previstas no

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil pelas instâncias federal, estadual, regional e municipal, com finalidade de erradicar ou pelo menos reduzir essas taxas.

A principal limitação do presente estudo se deu no uso de dados secundários, pois esses podem interferir na análise, sobretudo pela baixa completude dos registros.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Emanuel Lima e aos demais participantes no desenvolvimento desse trabalho. A UFERSA pelo apoio e disponibilidade de recursos materiais e humanos para sua realização.

REFERÊNCIAS

BHAT, J. et al. Investigation of the risk factors for pulmonary tuberculosis: a case-control study among Saharia tribe in Gwalior district, Madhya Pradesh, India. **The Indian journal of medical research**, Pequim, v. 146, n. 1, p. 97-104, 2017.

GASPAR, R. S. et al. Análise temporal dos casos notificados de tuberculose e de coinfeção tuberculose-HIV na população brasileira no período entre 2002 e 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 6, p. 416-22, 2016.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. **Robbins patologia básica**. [S.l.]: Elsevier Brasil, 2013.

LAURENTI, R., JORGE, M. H. P. de M., GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, p. 35-46, 2005.

MACHIN R., et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4503-12, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 11, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde: Brasília, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3aCtmx6>. Acesso em: 09 mar. 2018.

NUNN P, et al. Tuberculosis control in the era of HIV. **Nat Rev Immunol**. Geneva, v.5, n. 10, p. 819-26, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2017**. Geneva, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2TCtoiV>. Acesso em: 21 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV-associated tuberculosis increases in Europe**. 27 mar. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2Q0lgqf>. Acesso em 29 jul. 2018.

3 Análise temporal da mortalidade de mulheres no Brasil por câncer de mama, colo uterino e ovário no período entre 2005 e 2015

Francisco Alexandre de Araújo Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Dayane Patrícia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Thainara Maia de Paulo

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Milena Rodrigues Sampaio

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Marcos Henrique Gonçalves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lucas Christyan da Rocha Oliverira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Jennifer do Vale e Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo avaliar a mortalidade de mulheres por câncer de mama, de colo de útero e ovário no Brasil e suas regiões, no período de 2005 a 2015. Foi realizado estudo observacional de série temporal, nos períodos de 2005 a 2015, utilizando dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade. A mortalidade de mulheres por câncer de mama, de colo de útero e ovário foram estratificadas por faixa etária e macrorregião. No Brasil, houve um aumento na mortalidade bruta e relativa ($p < 0,05$) de mulheres causadas por câncer de mama, de colo de útero e ovário. Percebeu-se o aumento da mortalidade nas macrorregiões em todos os tipos de câncer estudado, com exceção da mortalidade por câncer de colo uterino nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, onde esse indicador manteve-se estável. Relativo à faixa etária, na ≥ 60 anos, por um lado, houve um aumento de 65,8% na mortalidade por câncer de mama, por outro, uma diminuição de 10% no câncer de colo de útero. A única faixa etária que se manteve estável para os três tipos de neoplasias foi a 0-19 anos. Esse estudo evidenciou as mortalidades de mulheres por neoplasias de mama, colo de útero e ovário como um importante problema de saúde pública no cenário nacional e regional, o que motiva a busca por alternativas para melhorar o diagnóstico precoce, tratamento e acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia. Mortalidade. Neoplasia. Saúde Pública.

3.1 INTRODUÇÃO

Atualmente, sabe-se que o câncer é uma doença de alcance mundial, sendo muitas vezes um problema de saúde pública, por acometer diversas populações (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). As doenças ginecológicas, assim como o câncer, passaram por um processo de maior compreensão ao longo dos séculos, principalmente devido à quebra de paradigmas relacionados à saúde feminina e ao desenvolvimento científico (MARTINS, 2004). Nesse sentido, dialogar sobre os tumores malignos do trato ginecológico tornou-se cada vez mais favorável e relevante.

No Brasil, as partes do trato genital feminino que provocam o maior número de mortes por câncer são as mamas, o colo do útero e os ovários (INCA, 2014). Diante disso, começou-se a preocupar-se mais com os cânceres ginecológicos, sobretudo com as neoplasias de mama e do colo do útero (PINELLI, 2002).

O câncer de mama é o mais incidente e o de maior mortalidade na população feminina brasileira, com exceção dos casos de neoplasias de pele do tipo não melanoma (INCA, 2014). Muitos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento dessa neoplasia, dentre eles a idade avançada, o histórico familiar e pessoal, os hábitos de vida e influências ambientais e os fatores reprodutivos (BATISTON et al., 2011). A prevenção do câncer de mama envolve, principalmente, evitar a exposição a fatores de risco, como maus hábitos de vida e fazer avaliações ginecológicas constantes (THULER et al., 2003). Como a cura e o prognóstico dessa doença estão muitos relacionados, um diagnóstico precoce tem altas chances de possibilitar um prognóstico positivo. O tratamento dessa neoplasia é bem heterogêneo e envolve uma equipe multidisciplinar para proporcionar maior eficácia (GONZAGA et al., 2008).

Os tumores do colo uterino, apesar de serem de fácil prevenção, apresentam uma alta incidência no Brasil, principalmente por falhas no rastreamento citológico. Tal situação deve-se ao fato de o principal fator de risco para esse tipo de câncer ser a infecção pelo vírus papiloma humano (HPV), que pode ser detectado pelo exame do Papanicolau (GUARISI et al., 2004). A evolução de um HPV a câncer demora em média 8 anos, mostrando que o rastreio é a principal medida preventiva e método de detecção precoce. No tratamento desse câncer combina-se cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo a cirurgia comumente usada para o tratamento nos estágios iniciais (SOARES; RIUL DA SILVA, 2010). Já o câncer de ovário não é

tão conhecido como os outros e isso realmente deve-se por ele ser mais raro. Entretanto, dentre os cânceres ginecológicos, ele apresenta uma alta taxa de mortalidade, devido a um diagnóstico precoce difícil, já que essa doença apresenta sintomas inespecíficos e também por não existir exames de detecção precoce. Alguns fatores de risco que estão relacionados a essa doença envolvem problemas de ovulação, idade maior que 60 anos e histórico familiar (EITAN et al., 2005).

Pode-se perceber que, apesar dos avanços científicos e sociais no que concerne à saúde da mulher, os cânceres de mamas, do colo uterino e dos ovários ocupam lugar importante no quadro de morbimortalidade feminina no Brasil. Frente a isso, este estudo tem como objetivo avaliar temporalmente a mortalidade causada por essas neoplasias.

3.2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo observacional de série temporal no período de 2005 a 2015, no qual foram analisados dados secundários do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), obtidos do banco nacional de dados do Sistema Único de Saúde. Nesse período, a mortalidade das neoplasias de mama, colo uterino e ovariano nas mulheres representaram variáveis dependentes, calculada utilizando as notificações de óbito feminino por cada tipo de câncer citado por ano, dividido pelo número de habitantes, utilizando a constante 100.000. O número de habitantes por região no período foi obtido por estimativas censitárias, disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). Como variáveis independentes, foram analisadas as categorias faixa etária (0-19, 20-39, 40-59, ≥ 60 anos) e macrorregiões brasileiras (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul).

Os dados foram sumarizados através de medidas de mortalidade, de tendência central e de crescimento, assim como proporções. Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel (versão 2013). Um modelo de regressão linear generalizada de *Prais-Winsten* foi utilizado para analisar as tendências de crescimento na série temporal. Tal procedimento permitiu avaliar as variações crescentes, decrescentes ou estáveis, a partir da análise da medida de crescimento e nível de significância ($p < 0,05$). A variação total foi calculada como a diferença, em proporção, do valor da incidência em 2005 com a de 2015.

Em todo os testes, os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os dados, obtidos através do SIM/SUS, da mortalidade bruta e relativa das neoplasias femininas de mama, de colo uterino e de ovário. No período estudado, houve um aumento tanto na mortalidade bruta ($p < 0,05$) quanto relativa ($p < 0,05$) em todos os tipos de neoplasias estudadas (Tabela 1). Esses resultados corroboram com a previsão da Organização Mundial da Saúde para o aumento de casos de câncer em todo o mundo (OMS, 2012) e contrastam com os avanços realizados no Brasil para a melhora da saúde da mulher.

Tabela 1 – Mortalidade de mulheres por câncer de mama, de colo uterino e de ovário, Brasil, 2005-2015

ANO	Câncer de Mama		Câncer de Colo Uterino		Câncer de Ovário	
	Mortalidad e Bruta	Mortalidade Relativa/ 100.000 hab.	Mortalidad e Bruta	Mortalidad e Relativa/ 100.000 hab.	Mortalidad e Bruta	Mortalidad e Relativa/ 100.000 hab.
2005	10.206	10,93	4.506	4,82	2.408	2,58
2006	10.832	11,46	4.602	4,87	2.571	2,72
2007	11.058	11,56	4.691	4,91	2.582	2,70
2008	11.812	12,21	4.873	5,04	2.861	2,96
2009	11.967	12,24	5.063	5,17	2.963	3,03
2010	12.705	12,86	4.986	5,05	2.979	3,02
2011	13.223	13,25	5.16	5,17	3.026	3,03
2012	13.59	13,49	5.264	5,22	3.129	3,11
2013	14.204	13,97	5.43	5,34	3.283	3,23
2014	14.621	14,25	5.448	5,31	3.32	3,24
2015	15.403	14,88	5.727	5,53	3.536	3,42
Var. tot, %	50,92	50,92	27,10	14,71	46,84	32,49
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Legenda: hab.: habitantes. Var. tot.: Variação total.

Fonte: SIM (DATASUS)

Particularmente, o câncer de mama é bastante prevalente, sendo apontado como o segundo tipo de tumor maligno mais comum no mundo. No Brasil, essa neoplasia também atinge muitas mulheres e está relacionado a uma variedade de fatores de risco que influenciam no surgimento da doença (GUERRA, 2005).

Em relação ao câncer cérvico-uterino, o aumento da mortalidade ao longo desses anos ainda se apresenta como problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. No Brasil, a baixa frequência de consultas ginecológicas pelas mulheres dificulta a detecção pelo Papanicolau do principal fator de risco, o HPV (GUARISI et al., 2004).

Adicionalmente, a crescente mortalidade por câncer de ovário está intimamente atribuída a falta de meios diagnósticos acurados, pelo fato de os sintomas englobarem vários outros diagnósticos diferentes, que muitas vezes demoram a descoberta, sendo esta muitas vezes feita em níveis de estágio avançado do tumor (EITAN et al., 2005). Percebe-se, então, que esses resultados evidenciam o preocupante aumento da quantidade de óbitos de mulheres por neoplasias de mama, colo de útero e de ovário no Brasil e a necessidade de tratamentos mais eficazes e de diagnóstico mais precoce, que podem ser promovidos pela ampliação das medidas de rastreio específicas para cada tipo de tumor.

A Tabela 2 exibe a mortalidade por câncer de mama, colo uterino e ovário em mulheres por faixa etária nos anos analisados. Houve significativo aumento na mortalidade por neoplasia mamária feminina nas faixas etárias 20-39 (49,4%, $p < 0,05$) e ≥ 60 anos (65,8%, $p < 0,05$), embora nas mulheres de 40-59 anos ocorreu uma elevação de 35% ($p < 0,05$). Esse aumento na mortalidade por câncer de mama em mulheres nas faixas etárias 20-39 condiz com os achados dos autores de Pinheiro et al. (2013), que mostraram um crescimento na incidência desse tipo de tumor entre mulheres jovens-adultas nessa faixa etária, demonstrando uma necessidade maior de atenção aos fatores de risco nessa faixa de idade e a realização de exames, como o autoexame das mamas e ultrassonografias. Por sua vez, na mortalidade por câncer do colo uterino, percebe-se um aumento de 31,8% ($p < 0,05$) nas mulheres de 20-39 anos, contrastando com as reduções significativas ($p < 0,05$) de 6,6% e 10,1% nas idades 40-59 e ≥ 60 anos, respectivamente (Tabela 2). Com relação à neoplasia do colo uterino vale-se ressaltar as reduções da mortalidade nas faixas etárias de 40-50 e ≥ 60 anos, como uma melhora na procura por prevenção.

Tabela 2 – Mortalidade por câncer de mama, colo uterino e ovário em mulheres por faixa etária em anos, Brasil, 2005-2015

ANO	Mortalidade CA Mama / 100.000hab.				Mortalidade CA Colo Uterino/ 100.000hab.				Mortalidade CA Ovário/ 100.000hab.			
	Faixa etária, anos				Faixa etária, anos				Faixa etária, anos			
	0-19	20-39	40-59	≥60	0-19	20-39	40-59	≥60	0-19	20-39	40-59	≥60
2005	0,01	2,46	23,06	53,95	0,01	2,05	10,30	20,28	0,06	0,58	4,42	14,72
2006	0,00	2,61	23,28	56,30	0,01	1,95	9,98	20,87	0,09	0,61	4,57	15,16
2007	0,01	2,64	22,88	55,93	0,01	1,93	9,84	20,80	0,09	0,52	4,39	15,09
2008	0,01	2,79	23,89	57,42	0,00	2,13	10,08	20,16	0,08	0,62	4,61	16,31
2009	0,01	2,93	23,61	55,61	0,01	2,10	10,33	20,15	0,08	0,64	4,94	15,67
2010	0,01	2,85	24,19	58,16	0,00	2,25	9,82	18,80	0,07	0,59	4,81	15,43
2011	0,01	2,98	24,08	59,21	0,01	2,25	9,77	19,19	0,05	0,59	4,56	15,57
2012	0,01	3,01	24,17	58,70	0,02	2,39	9,61	18,79	0,07	0,60	4,75	15,19
2013	0,02	3,08	24,89	58,80	0,02	2,38	9,79	18,67	0,07	0,58	4,64	15,91
2014	0,01	3,10	24,70	59,11	0,02	2,55	9,25	18,26	0,05	0,60	4,93	14,85
2015	0,00	3,35	24,67	61,16	0,00	2,70	9,62	18,22	0,08	0,62	5,18	15,11
Var tot %	-100	49,4	35,0	65,8	-46,5	31,8	-6,6	-10,1	33,7	7,6	17,2	2,7
p	0,93	<0,05	<0,05	<0,05	0,33	<0,05	<0,05	<0,05	0,34	0,38	<0,05	0,86

Legenda: CA: Câncer. hab: habitantes. Var. tot.: Variação total.

Fonte: SIM (DATASUS)

Na mortalidade por neoplasia ovariana, percebe-se um aumento significativo ($p < 0,05$) apenas na faixa etária 40-59 anos (Tabela 2). A faixa etária de 0-19 anos foi evolução estável ($p > 0,05$) na mortalidade em todos os tipos de neoplasias estudadas de 2005 a 2015 (Tabela 2). Pertinente ao aumento da mortalidade nos casos de câncer de ovário entre as mulheres com 40-59 anos os resultados são condizentes com a literatura, a qual afirma a prevalência desse tipo de tumor em idades mais avançadas (EITAN et al., 2005).

A Tabela 3 e a Tabela 4 trazem os dados de mortalidade de mulheres por câncer de mama, colo do útero e de ovário nas macrorregiões brasileiras. Percebe-se um aumento expressivo na mortalidade feminina por câncer de mama e de ovário em todas as regiões brasileiras (Tabela 3). Esses dados constataam a existência de entraves nacionais, sugerindo dificuldades ou desigualdades de acesso a procedimentos diagnósticos e tratamento que incluem programar o rastreamento de câncer de mama em todo o país, desenvolver métodos diagnósticos mais específicos para o câncer de ovário e fornecer monitoramento completo de 100% das mulheres rastreadas para ambos os tipos de câncer, permitindo, desse modo, tratamento imediato e eficaz para as mulheres diagnosticadas (SCHMIDT et al., 2011).

Tabela 3 – Mortalidade por neoplasia de mama e de ovário em mulheres por macrorregião, Brasil, 2005-2015

ANO	Mortalidade CA Mama / 100.000 hab.					Mortalidade CA Ovário/ 100.000 hab.				
	CO	NE	N	SE	S	CO	NE	N	SE	S
2005	8,14	6,90	3,74	14,33	13,95	1,99	1,58	1,02	3,35	3,37
2006	9,11	8,01	4,37	14,43	14,43	2,24	2,05	0,96	3,30	3,50
2007	8,27	8,02	4,42	14,75	14,60	2,21	2,00	1,17	3,28	3,43
2008	9,52	8,77	5,08	15,43	14,71	2,47	2,17	1,35	3,59	3,76
2009	9,92	8,82	4,77	15,23	15,41	2,69	2,13	1,42	3,73	3,81
2010	10,44	9,52	4,82	15,88	16,21	2,70	2,16	1,38	3,55	4,18
2011	10,85	9,66	5,85	16,22	16,91	3,12	2,34	1,17	3,55	3,88
2012	11,56	10,00	5,72	16,53	16,74	2,65	2,43	1,66	3,59	4,06
2013	11,86	10,76	6,41	16,79	17,34	3,05	2,50	1,50	3,75	4,19
2014	12,66	10,66	6,63	17,23	17,70	2,92	2,59	2,00	3,68	4,06
2015	12,90	11,65	7,62	17,61	18,43	3,37	2,49	1,74	4,11	4,17
Var tot %	58,51	68,82	103,69	22,87	32,08	69,30	57,87	70,57	22,78	23,71
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Legenda: CA: Câncer. hab: habitantes. Var. tot.: Variação total.

Fonte: SIM (DATASUS)

Por outro lado, evidencia-se um aumento dos óbitos de mulheres por câncer de colo de útero somente nas regiões Norte e Nordeste, enquanto manteve-se estável nas outras regiões (Tabela 4). Isso evidencia como as desigualdades socioeconômicas dessas regiões em relação às outras contribuem para um acesso mais difícil aos instrumentos de saúde, que atrapalha as medidas de prevenção, de diagnóstico e de tratamento (GUARISI et al., 2004). Sugerem ainda a necessidade de se pensar os determinantes sociais do câncer, considerando sua influência na incidência, mortalidade, sobrevida e qualidade de vida dos acometidos pela doença (WÜNSCH FILHO et al., 2008).

Tabela 4 – Mortalidade por neoplasia de colo de útero em mulheres por macrorregião, Brasil, 2005-2015

ANO	Mortalidade Câncer Colo uterino / 100.000 habitantes.				
	CO	NE	N	SE	S
2005	5,03	5,02	5,99	4,25	5,42
2006	5,07	5,40	6,37	4,14	5,08
2007	5,51	5,33	6,07	4,33	4,83
2008	5,31	5,41	7,18	4,30	5,18
2009	5,69	5,81	7,45	4,31	5,00
2010	5,79	5,36	7,20	4,39	4,78
2011	5,29	5,77	7,80	4,29	5,04
2012	5,28	5,96	8,18	4,17	5,18
2013	5,44	5,96	8,66	4,30	5,24
2014	5,54	6,16	8,91	4,11	5,00
2015	6,19	6,13	9,08	4,35	5,43
Variação total %	23,03	22,24	51,62	2,40	0,20
P	<0,05*	<0,05	<0,05	0,98	0,68

Legenda: * R² ajustado = 0,33.

Fonte: SIM (DATASUS).

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta certa limitação por utilizar dados secundários, uma vez que esses podem interferir na análise, sobretudo devido a possibilidade de registros incompletos (COELI, 2010). Desse modo, é imperativo garantir a confiabilidade e sensibilidade dos dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade, com objetivo de viabilizar seu uso com segurança por gestores, pesquisadores, e profissionais da saúde em todo território nacional. Aliado a isso, espera-se promover uma reflexão sobre a temática. Esse estudo evidenciou a mortalidade de mulheres por neoplasias de mama, colo de útero e ovário como importante problema de saúde pública no cenário nacional e regional, o que motiva a busca por alternativas para melhorar o diagnóstico precoce, tratamento e acesso aos serviços de saúde.

- BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 11, n. 2, p. 163-71, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 122 p.
- COELI, C. M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 3, p. 335-6, 2010.
- EITAN, R. et al. The clinical significance of malignant pleural effusions in patients with optimally debulked ovarian carcinoma. **Cancer**, v. 103, n. 7, p. 1397-1401, 2005.
- GONZAGA, S. F. R. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 1, p. 72-6, 2008.
- GUARISI, R. et al. Rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e do câncer invasor de colo uterino no município de Franco da Rocha, SP. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 1, p. 7-15, 2004.
- GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.
- MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. [S.l.]: FIOCRUZ, 2004.
- PINELLI, F. G. S. Promovendo a saúde. *In*: PINELLI, F. das G. S. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Roca, 2002. cap. 20.
- PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 casos. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.
- SOARES, E. M.; RIUL DA SILVA, S. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, 2010.
- TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. *In*: TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública**: o INCA e o controle do câncer no Brasil. 2007. 172 p.
- THULER, L. C. et al. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev bras cancerol**, v. 49, n. 4, p. 227-38, 2003.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, v. 6736, n. 11, p 60135-9, 2011.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 427-450, 2008.

4 Medicina de família e comunidade e estratégias de saúde da família no Brasil e seus 20 anos em Mossoró

Beatriz Gomes Dalla Justina

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Eloisa Alves Viana

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Andiara Araújo Cunegundes de Brito

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram introduzidas na saúde pública como forma de superar o modelo anterior que não enxergava o indivíduo de maneira holística, tratando somente seus aspectos físicos e suas doenças pontuais, de maneira fragmentada. Foi analisando os avanços trazidos pela MFC e pela ESF que esse artigo foi construído de modo a relatar as experiências advindas da participação como ouvintes de uma mesa redonda, bem como através da leitura de artigos. Esse trabalho objetiva demonstrar a percepção que essa experiência trouxe sobre a saúde pública brasileira, antes e após a implantação dessas estratégias, além de trazer reflexões sobre o processo histórico de implantação das propostas em saúde.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Saúde Pública. Serviços de saúde.

4.1 INTRODUÇÃO

A história da atenção primária à saúde no Brasil precisa ser analisada a partir das transformações sociais, econômicas e políticas ocorridas ao longo do desenvolvimento do país. Durante a década de 1970, com o fim do chamado milagre econômico, o Brasil vivenciou uma crise financeira que afetou diretamente os investimentos públicos, em especial, destinados à saúde. Em contrapartida, a demanda por serviços desta área crescia devido, principalmente, ao aumento populacional, à intensa desigualdade social e ao consequente quadro sanitário caótico instalado. Esta situação da saúde pública foi caracterizada, por exemplo, pela presença de diversas doenças, destacando as graves epidemias de varíola, malária e febre amarela, bem como as doenças de caráter psiquiátrico/mental (BRASIL, 2007).

A abertura política, ocorrida com a queda do regime militar, desencadeou um contexto propício à realização de manifestações, revitalização de sindicatos e criação de organizações civis em prol da luta pelos interesses da população em geral. Nesse contexto, cresceu a insatisfação contra o modelo hospitalocêntrico e excludente de intervenção à saúde vigente no Brasil, ou seja, a própria população começou a questionar e contestar sobre seus direitos de acesso a uma assistência de saúde qualificada, integral e que priorizasse as atividades preventivas e a participação livre. Com isso, os movimentos sociais se tornaram mais atuantes e se somaram às reivindicações de solução para os problemas provenientes da desassistência à saúde (BRASIL, 2007).

Desta forma, começou-se a repensar os modelos em vigor até aquele momento, surgindo, assim, o movimento da Reforma Sanitária na década de 1980. Foi uma reforma contrária ao modelo de saúde considerado desestatizante, curativista e centralizador. O movimento partiu da iniciativa de acadêmicos ligados à saúde pública, profissionais da saúde e segmentos sociais, entre eles políticos, trabalhadores e sociedade civil (NEGRI, 2002).

Esse processo culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da regulamentação das Leis Orgânicas de Saúde – 8.080/90 e 8.142/90 - na Constituição Federal de 1988. O SUS representa uma transformação no cenário das políticas e práticas de saúde pública no Brasil, pois sua proposta de assistência determina que a saúde seja *um direito de todos e um dever do Estado*, garantido por meio de políticas sociais e econômicas, visando à

redução do risco de doenças e outros agravos, o acesso universal e igualitário aos serviços e às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (NEGRI, 2002, grifo nosso).

Por se constituir como o primeiro contato do usuário na rede assistencial do SUS, a atenção primária, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracteriza-se por garantir a continuidade e integralidade do cuidado a toda à família, a educação em saúde e a participação comunitária através do controle social, autonomia e corresponsabilidade dos usuários. Além disso, diferencia-se dos demais níveis de atenção à saúde por possuir equipes de profissionais dedicados ao conhecimento abrangente do território e do perfil epidemiológico, social, econômico e cultural da população adstrita (BRASIL, 2009; CAMARGO JUNIOR, 2008).

Para fortalecer esse escopo de atenção, a residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é utilizada, atualmente, como forma de envolver os médicos na promoção da saúde, focando nos problemas básicos da população local a fim de evitar que eles se agravem. Ainda, diferindo do modelo tradicional, esse meio de atenção à saúde, no que se refere a quem realiza o trabalho, muda a centralidade da hegemonia da classe médica para a proposta de trabalho em uma equipe multiprofissional que atue em perspectivas interdisciplinares (TRINDADE; BATISTA 2016). Inserido nesses contextos históricos, no município de Mossoró/RN a ESF foi implementada em 1998, visando à modificação do modelo curativista e hospitalocêntrico, que não atentava aos reais problemas da população. Para isso, superou fortes obstáculos de outros médicos e profissionais que estavam confortáveis com a situação anterior. Ademais, para que fosse de fato implantada, foi preciso uma equipe multiprofissional – envolvendo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde etc. – que enfrentasse as dificuldades iniciais e, efetivamente, instituísse a ESF.

O presente artigo objetiva relatar a experiência vivenciada durante uma mesa redonda de debates sobre o processo de implantação da ESF e MFC no município de Mossoró/RN. Portanto, torna-se relevante discutir sobre o avanço trazido na saúde brasileira a partir da atuação dos médicos de família e comunidade e da ESF, apontando para a evolução que essas estratégias trouxeram para a promoção de saúde, além de identificar as melhorias na atenção primária à saúde em Mossoró/RN.

4.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, referente a uma atividade desenvolvida em julho de 2018, por ocasião do Eixo de Atenção Primária à Saúde, ofertada no Curso de Medicina da UFERSA, Mossoró/RN.

A atividade foi realizada num encontro de quatro horas/aula permeada por uma mesa redonda, cujos participantes foram: dois enfermeiros, uma técnica de enfermagem e uma médica de família e comunidade, todos representantes das primeiras equipes que atuaram diretamente no processo de implantação da ESF no município.

Esses convidados discorreram sobre o processo inicial da inserção da ESF em Mossoró/RN, relatando as dificuldades, desafios e conquistas nos 20 anos decorridos até então. Posteriormente, houve uma roda de conversa com os estudantes com o intuito de fomentar discussões a respeito da criação desses serviços de saúde.

Por fim, foram analisados artigos sobre as ESF e MFC, que demonstram o entendimento dessas estratégias como um grande avanço tecnológico (SORRATO, 2015), além de servirem como base comparativa para a discussão feita posteriormente.

4.3 DISCUSSÃO

A partir da experiência vivida, pôde-se perceber a importância da inserção das ESF como forma de transformação da atenção em saúde e, sobretudo, do saber-fazer da profissão médica, superando o modelo cientificista vigente nos períodos antecedentes.

De acordo com as observações realizadas durante a atividade vivenciada, podemos comparar parâmetros anteriores e posteriores à implantação das ESF no Brasil e, conseqüentemente, perceber que alguns fatores foram modificados, tais como: o modelo de atenção à saúde, a relação profissional e, até mesmo, o processo de trabalho.

No que diz respeito ao modelo de atenção à saúde, antes da implantação da ESF, ele era curativista, centrado na doença, o que foi transformado para um conceito mais amplo, no qual a saúde é entendida como o completo bem-estar do indivíduo, envolvendo suas dimensões físicas, psicológicas, nutricionais, habitacionais etc. Além disso, o que antes era visto apenas como um corpo físico adoecido, demonstrando um atendimento da pessoa de

forma fragmentada, passa a ser encarado como um ser humano com necessidades de saúde na sua integralidade e singularidade, abrangendo os contextos familiar, cultural e social.

Já na relação profissional, as ESF's possibilitaram uma mudança de perspectiva: o que antes era centrado na hegemonia do médico, agora foi ampliado para a atuação integrada de uma equipe multiprofissional, com atendimento interdisciplinar.

Por fim, o processo de trabalho também foi transformado, visto que a assistência, outrora focada na realização de curativos, prescrições médicas e no processo de cura das doenças, agora se insere no âmbito dos programas e de políticas de saúde que visem à realização de ações educativas e preventivas, além da inserção de medidas para as mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade.

Na cidade de Mossoró/RN, por sua vez, os efeitos das ESF foram tão benéficos quanto aqueles ocorridos a nível nacional. Nesses 20 anos, a atuação da equipe multiprofissional, sobretudo através do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, possibilitou um maior conhecimento sobre os principais problemas que afetavam a população, principalmente aquela adstrita pelas primeiras Unidades Básicas de Saúde.

Embora no início existissem obstáculos impostos por aqueles profissionais de saúde que estavam habituados ao trabalho centrado na doença e na assistência prescritiva/curativista, as estratégias inovadoras da atenção primária possibilitam uma evolução tecnológica não material, voltada ao acolhimento, escuta qualificada, cuidado longitudinal e vínculo com a população (BRASIL, 2009; SORRATO, 2015).

Em Mossoró/RN, foi possível observar muitos avanços na saúde pública, dando enfoque para a atenção básica que envolve a resolução de grande parte das demandas de saúde da população, demonstrando uma porcentagem que cobre entre "85% e 90% dos problemas", como afirmou a médica de família e comunidade, participante da atividade vivenciada.

Em suma, tanto a nível nacional quanto municipal, é possível observar que os indicadores relacionados à morbimortalidade declinaram e os indicadores que refletem a cobertura da população pelos serviços de saúde cresceram significativamente.

4.4 CONCLUSÃO

Percebe-se, portanto, que embora a ESF ainda não oferte uma cobertura assistencial para a população e possua algumas limitações como fragilidades financeiras, além de problemas de estrutura física dos serviços, os efeitos de sua inserção têm sido muito positivos.

Por isso, nota-se que o exercício da Medicina de Família e Comunidade em conjunto com as Estratégias de Saúde da família foi extremamente benéfico tanto para a população a nível nacional como a nível local – no município de Mossoró, sobretudo. Desse modo, a utilização desses instrumentos contribuiu significativamente para a incrementação da atenção primária à saúde, rompendo com o modelo anterior, que não enxergava o indivíduo de maneira integral, ignorando grande parte de suas necessidades em saúde.

Por conseguinte, o presente artigo demonstra o quão relevante para a evolução da saúde pública nacional e local foi a implantação da ESF a utilização da MFC com a finalidade de melhorar a atenção primária, atendendo às necessidades básicas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. A Estratégia saúde da família: percalços de uma trajetória. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 01, 2008.

NEGRI, B. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca. **Ciência & Saúde Coletiva**, Natal, v. 21, n. 9, p. 2667-2669, 2016.

Edson da Silva Pereira Filho

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lucas Henrique Mendonça Uchôa Borges

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Andiara Araújo Cunegundes de Brito

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Allysson Felipe de Farias Alexandre

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Maria Clara Braz de Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

A importância da vacinação vai muito além da prevenção individual, visto que oferece redução dos números de casos de doenças infecciosas em toda a comunidade, diminui o número de hospitalizações e gastos com medicamentos e possibilita a erradicação de doenças. No entanto, mesmo com ampla propaganda governamental, a taxa de vacinação vem caindo no Brasil. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a tendência da cobertura vacinal nas regiões brasileiras e no município de Mossoró/RN. De acordo com o sistema de informações da Política Nacional de Imunização, percebe-se uma regressão no número de indivíduos vacinados, especialmente, nos anos de 2016 e 2017, cuja análise pode ser associada ao reaparecimento de doenças outrora erradicadas no país, tais como o sarampo, poliomielite e rubéola. Portanto, reflete-se acerca dos movimentos contra a vacinação que repercute no ideário da população, sobretudo, através da mídia eletrônica, bem como a influência da crise político-econômica que assolou o país nos últimos anos e a comercialização de imunobiológicos acelulares pela rede privada de saúde.

Palavras-chave: Cobertura vacinal. Movimento contra vacinação. Programas de imunização.

5.1 INTRODUÇÃO

Criada pelo médico britânico Edward Jenner no século XVIII, a vacina, inicialmente utilizada para prevenir a varíola, passou a sofrer críticas por parte da sociedade que não compreendia o porquê de inocular um agente infeccioso em um indivíduo sadio. Além disso, a Igreja também assumia esse posicionamento crítico, pois argumentava que as vacinas não eram cristãs por possuírem origem animal (TAKATA; GIRARDI, 2014).

A introdução da vacina no Brasil igualmente gerou descontentamento por grande parte da população. Primordialmente, a vacinação teve caráter obrigatório, compulsório e, em muitos casos, com um cunho até certo ponto violento, tendo em vista que em casos extremos os soldados podiam ser solicitados para auxiliarem na administração dos imunobiológicos. Esse fato, por si só, gerava insegurança, dor e feria a intimidade das pessoas, pois nessa época não se era comum observar o corpo de mulheres e nem adentrar nas residências como era feito pelas equipes de vacinação. Toda essa conjuntura, aliada à falta de informação sobre as vacinas, geraram uma revolta no povo brasileiro, a qual ficou conhecida como Revolta da Vacina e que reverberou, posteriormente, a grande recusa e baixa adesão à vacinação (SEVCENKO, 1984).

Dados do DataSUS, precisamente os relativos ao Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), foram utilizados para poder se obter um panorama acerca das atuais taxas de vacinação, com o objetivo de analisar a tendência da cobertura vacinal nas regiões brasileiras e no município de Mossoró/RN.

5.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal que tem sido utilizado para avaliar as políticas públicas de saúde. Destarte, essa pesquisa propõe uma discussão sobre a atual Política Nacional de Imunização, a partir da realização da análise de tendência da cobertura vacinal no Brasil e no município de Mossoró/RN, *lócus* de atuação através do curso de Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-árido (UFERSA).

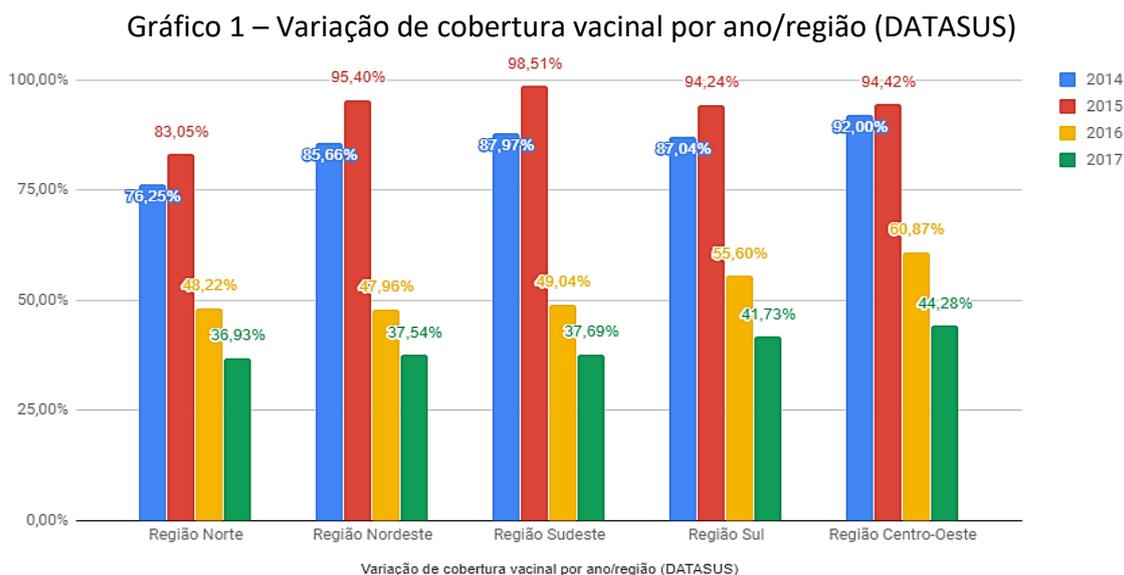
A série histórica teve início em 1998, ano em que foi implementada as primeiras Unidades Básicas de Saúde da Família no referido município, e se estenderá por um período

aproximado de 20 anos, até o último mês de 2017. Os dados foram coletados na base de dados do SI-PNI, do DATASUS.

Para produzir a discussão dos dados, realizamos também uma pesquisa bibliográfica de caráter descritiva realizada na base de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) utilizando os seguintes descritores em conjunto: vacina, cobertura vacinal e Brasil. Desta forma, foram encontrados 13 artigos, dos quais foram lidos os resumos de todos eles para selecionar os artigos que atendiam aos eixos temáticos do estudo: adesão ou não adesão à vacinação; controvérsias sobre vacinação; movimento contra a vacinação. Além disso, as discussões desse trabalho se basearam em outras fontes bibliográficas, como livros e teses.

5.3 RESULTADOS

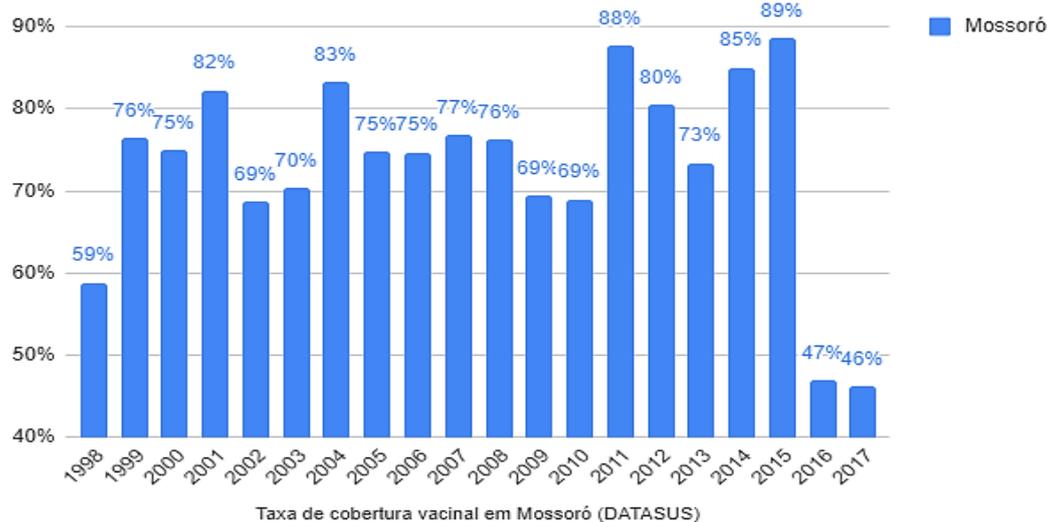
No âmbito nacional, os resultados encontrados no SI-PNI demonstram que houve uma regressão na cobertura vacinal em todas as regiões brasileiras nos anos 2016 e 2017, como demonstrado no gráfico:



Fonte: Dados extraídos do SI-PNI, DataSUS (2018).

Do mesmo modo, analisou-se a tendência da cobertura vacinal no município de Mossoró/RN e foi observada uma regressão semelhante, em valor numérico e temporalidade, como mostrada no gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Taxa de cobertura vacinal em Mossoró (DATASUS)

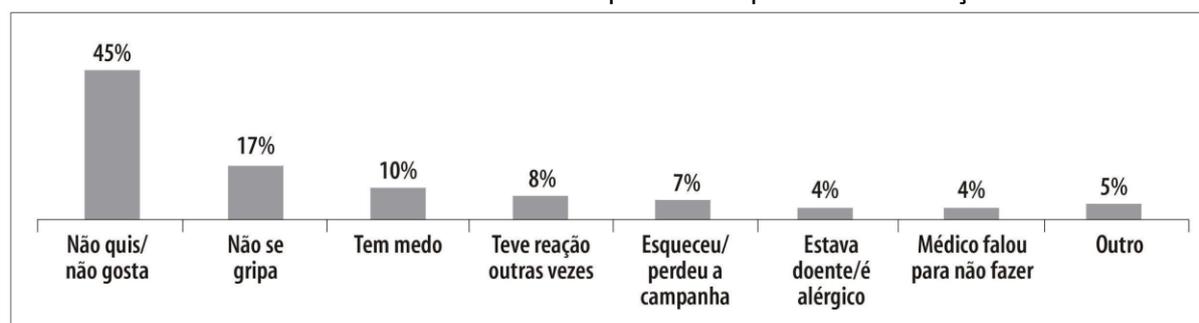


Fonte: Dados extraídos do SI-PNI, DataSUS (2018).

Ligados a esses dados estatísticos, outras pesquisas demonstram fatores que interferem na não adesão à vacinação, sobretudo, pelos pais que não vacinam seus filhos com os principais argumentos: a doença já está eliminada do Brasil; a doença protegida é leve; medo da reação pós-vacinal, seja em curto, médio ou longo prazo; crítica à composição da vacina e seus riscos à saúde; crítica ao mecanismo de ação da vacina; a imunidade natural é melhor que a gerada pela vacina; crítica a eficácia e eficiência da vacina; crítica de como o calendário de vacinação é feito no Brasil; modo de vida como protetor de doenças e preditor de saúde; ceticismo quanto a relação da eficiência das vacinas no controle de doenças; crítica ao modelo técnico-científico-empresarial atual (BARBIERI, 2014).

Ademais, no gráfico abaixo podemos observar a porcentagem de respostas que idosos do município de Pelotas-RS deram quando perguntados sobre sua não adesão à campanha de vacinação de influenza no ano de 2014 (NEVES et al., 2016).

Gráfico 3 – Motivos indicados por idosos para não vacinação.



Fonte: Neves et al. (2016).

Como visto no gráfico acima, fica evidente que os idosos não seguiram o calendário de vacinação, em sua maioria, por motivos pessoais. Isso torna ainda mais evidente que a clara regressão de cobertura vacinal tende a se intensificar nos próximos anos caso não ocorram propagandas massivas do governo quanto a conscientização da vacinação.

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promulgação de pensamentos contra as vacinas tem acarretado uma forte diminuição do número de adesão à vacinação em todas as regiões do Brasil. Dessa forma, ainda que não seja a única causa, podemos relacionar essa regressão da cobertura vacinal a algumas reflexões: os pensamentos antivacinação, que vem sendo disseminados pelas mídias eletrônicas; a crise político-econômica que assolou o país nos últimos anos, contribuindo com a baixa oferta de imunobiológicos; bem como, a influência dos laboratórios privados que estão comercializando, cada vez mais, vacinas acelulares.

Pelo pressuposto, os anos de 2016 e 2017 foram quando se observou a maior queda da cobertura de vacinação. Essa diminuição ocorreu, praticamente, com as mesmas proporções no município de Mossoró/RN, onde podemos analisar a influência, do mesmo modo, de fatores ligados aos movimentos midiáticos contra a vacinação e a crise político-econômica.

Portanto, essa pesquisa possibilita a realização de outras pesquisas que possam detalhar a cobertura vacinal, intentando-se compreender os motivos principais que geram essa regressão exposta, com detalhes sobre a adesão à vacinação por imunobiológicos e por faixas etárias.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, C. L. A. **Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo**. 2014. 208 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/38y25ub>. Acesso em: 31 jul. 2018.

NEVES, R. G. et al. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas-RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 755-766, out./dez. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2QfrJhl>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SEVCENKO, N. **A Revolta da vacina**. São Paulo: Unesp, 1984.

TAKATA, R.; GIRARDI, A. Controvérsias em torno das vacinas. **ComCiência**, n. 162, out. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2TC4jv6>. Acesso em: 31 jul. 2018.

6 Tendência temporal da sífilis gestacional e sífilis congênita no estado do Rio Grande do Norte nos anos de 2007 a 2017

Thainara Maia de Paulo

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Dayane Patricia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Francisco Alexandre de Araújo Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

José Alex Costa de França

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lucas Christyan da Rocha Oliveira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Marcos Henrique Gonçalves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Tiago Santiago de Sousa Lopes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível que vem se agravando nos últimos anos no Brasil e configurando-se como um desafio para a saúde pública. Com este trabalho, objetivou-se analisar a tendência temporal dos casos notificados de sífilis congênita e sífilis gestacional, no estado do Rio Grande do Norte, entre 2007 e 2017. Foi realizado um levantamento epidemiológico descritivo, usando dados secundários, com abordagem quantitativa, referente aos casos notificados das afecções no estado do Rio Grande do Norte, no período antes apresentado. Os perfis das doenças no estado apontam para uma aceleração e crescimento na incidência de casos no período estudado, o que demanda ações e políticas que intervenham e contribuam para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

Palavras-chave: Epidemiologia. Saúde pública. Notificação compulsória. Cuidado pré-natal.

6.1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível, que vem se agravando nos últimos anos no Brasil e configurando-se como um desafio para a saúde pública, apesar da existência de tratamento rápido, eficaz e de baixo custo (BRASIL, 2015). Seu agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum* e, nas gestantes, quando não ocorre o tratamento ou ocorre de maneira inadequada, há transmissão vertical, principalmente na fase da gestação que vai da 16ª a 28ª semana, via transplacentária, ao concepto, provocando a sífilis congênita (SC) (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita é uma patologia que pode ser prevenida com diagnóstico precoce e tratamento adequado, tanto das gestantes infectadas quanto das suas parcerias sexuais, sendo o pré-natal, na Atenção Básica, um importante fator na redução da morbimortalidade relacionadas à transmissão vertical. Deste modo, torna-se imprescindível a prevenção de tal agravo como prioridade do Ministério da Saúde (MS) e, em virtude disto, foi criada a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, em outubro de 2016, em parceria com a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, que estabeleceu uma gama de prioridades, dentre as quais estão a melhor qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis (BRASIL, 2017).

Mundialmente, a sífilis atinge cerca de um milhão de gestantes por ano, ocasionando mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, bem como levando ao risco de morte prematura de mais de 200 mil crianças (OMS, 2008). Em relação a América Latina e Caribe, estima-se que cerca de 344 mil crianças anualmente nasçam com sífilis congênita (PAHO, 2017). No Brasil, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foi observado um aumento constante no número de casos confirmados de sífilis gestacional (SG) e congênita, o que pode ser conferido tanto pelo aumento da cobertura da testagem rápida, quanto pelas falhas na Atenção Básica, como resistência dos profissionais à administração da Penicilina e a falta da gestão do cuidado que, no caso da sífilis gestacional, deve ser diferenciada (GUANABARA et al., 2017). Ainda de acordo com o Sinan, no que diz respeito a SG, foram constatados 40.311 novos casos, sendo a região Sudeste - 16.458 - e Nordeste - 8.409 - com os maiores índices do país. Já no que concerne a sífilis congênita, a região sudeste é a que

mais possui casos confirmados, com 10.307, seguido do Nordeste com 7.426 casos. No estado do Rio Grande do Norte tanto a SC quanto a SG apresentam índices alarmantes.

A SC transformou-se em doença de notificação compulsória no território nacional, por meio da portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 e a sífilis gestacional pela portaria nº 33 de 14 de julho de 2005, e sendo as duas inclusas na portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, que Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Com este trabalho objetivou analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita e gestacional no estado do Rio Grande do Norte, entre 2007 e 2017, buscando contribuir para a formulação de políticas locais de saúde pública, associadas ao controle de tal afecção e, dessa forma, intervir no aumento da ocorrência da doença localmente.

6.2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento epidemiológico, descritivo, usando dados secundários, com abordagem quantitativa, referente aos casos de sífilis congênita e sífilis gestacional notificados no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2007 a 2017.

Os dados dos nascidos vivos foram obtidos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no período de 2007 a 2016, com apenas o período de 2017 não disponível na plataforma.

As informações sobre sífilis congênita e sífilis gestacional foram obtidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, tendo em consideração apenas os casos confirmados e notificados no referido sistema. As variáveis das gestantes utilizadas no estudo foram: número de casos de SG no período; momento da detecção da sífilis e realização do pré-natal. Quanto aos dados relacionados ao recém-nascidos, as variáveis estudadas foram: número de casos de SC no período e evolução. O processamento e análise dos dados deram-se por meio do Excel (Microsoft®). O estudo foi feito exclusivamente com dados secundários de acesso livre, garantindo a preservação da identidade dos sujeitos, de acordo com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS no 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

6.3 RESULTADOS

No Rio Grande do Norte, no período de 2007 a 2017, foram notificados um total de 3.449 casos de SC, tendo no período de 2007 a 2016, 478.956 nascidos vivos. Para cálculos de incidência anual foram considerados apenas a faixa etária menor que 1 ano, obtendo 3.433 casos. A incidência variou de 2,7 casos/1000 nascidos vivos em 2007, para 9,9 casos/1000 nascidos vivos em 2016, correspondendo um aumento de 367% no número de SC registrados no país (Tabela 1). Em 2017 foram notificados 474 novos casos, contudo não foi possível analisar sua incidência pois os dados referentes aos nascidos vivos em 2017 ainda não constam no Sinasc. A média anual de SC foi de 313,5 casos, tendo o ano de 2015, o de maior número dessa ocorrência no estado: 514 (14,9%).

No que diz respeito à evolução do quadro, observou-se que 93,7% (3.206) estão vivos e cerca de 1,8% (62) tiveram óbito pelo agravo. Em 1.587 (46%) casos de SC, o diagnóstico da sífilis materna aconteceu durante o pré-natal, contudo cerca de 1.403 (40,6%) ocorreu no momento do parto/curetagem, bem como cerca de 2.807 (81,3%) realizaram pré-natal (Tabela 2).

Em relação a sífilis gestacional (SG) o número de casos observados no período de 2007 a 2017 foi de 2.263, tendo o ano de 2017 o maior número dessa ocorrência, com 344 (15,2%), com taxa de incidência variando de 2,9 casos/1000 nascidos vivos em 2007, para 6,2 casos/1000 nascidos vivos em 2016, constituindo um aumento cerca de 213% (Tabela 3). A taxa de transmissão vertical variou de 95,5% em 2007 para 137,7% em 2017 (Tabela 4).

Tabela 1 – Distribuição dos casos confirmados de SC no Rio Grande do Norte com taxa de incidência de 2007 a 2017.

Ano	Número total de casos de sífilis congênita	%	Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos < 1 ano, n=3.433)
2007	130	3,77	2,7
2008	214	6,2	4,3
2009	212	6,14	4,3
2010	200	5,79	4,2
2011	265	7,68	5,5
2012	329	9,53	7
2013	318	9,22	6,8
2014	345	10	7,1
2015	514	14,9	10,4
2016	448	12,98	9,8
2017	474	13,74	*N/E

Legenda: N/E - Dados dos nascidos vivos não encontrado no ano.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis dos recém-nascidos com SC no Rio Grande do Norte de 2007 a 2017.

Variáveis	n	%
Evolução do caso		
Ignorados/brancos	140	4
Vivo	3.206	93
Óbito pelo agravo notificado	62	1,8
Óbito por outra causa	12	0,3
Não notificados	29	0,8
Período de diagnóstico da Sífilis Gestacional		
Ignorados/brancos	138	4
Durante o pré-natal	1.587	46
No momento do parto/curetagem	1.403	40,7
Após o parto	296	8,6
Não realizado	25	0,7
Realizou o pré-natal		
Ignorados/brancos	163	4,7
Sim	2.807	81,3
Não	479	13,9

Fonte: SINAN

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de SG no Rio Grande do Norte com taxa de incidência de 2007 a 2017.

Ano	Número total de casos de sífilis gestacional	%	Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos)
2007	140	6,2	2,9
2008	114	5	2,3
2009	97	4,3	1,9
2010	189	8,3	3,9
2011	200	8,8	4,1
2012	261	11,5	5,6
2013	175	7,7	3,7
2014	226	10	4,7
2015	235	10,4	4,8
2016	282	12,5	6,2
2017	344	15,2	*N/E

Fonte: Legenda: N/E - Dados dos nascidos vivos não encontrado no ano.

Tabela 4 - Taxa de transmissão vertical no Rio Grande do Norte de 2007 a 2017.

Ano	Número total de casos de sífilis congênita	Número total de casos de sífilis gestacional	Taxa de transmissão vertical (%)
2007	130	140	92,8
2008	214	114	187,7
2009	212	97	218,5
2010	200	189	105,8
2011	265	200	132,5
2012	329	261	126
2013	318	175	181,7
2014	345	226	152,6
2015	514	235	218,7
2016	448	282	158,8
2017	474	344	137,7

Fonte: SINAN

6.4 DISCUSSÃO

Os casos de sífilis congênita no estado do Rio Grande do Norte merecem uma atenção especial, pois além da taxa de incidência no período investigado está aumentando, a maioria dos resultados obtidos não estavam em conformidade com a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para eliminação da doença, definida como a ocorrência de 0,5, ou menos, casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos, sendo tal meta também adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (DOMINGUES; LEAL,

2016). Para alcance deste objetivo, melhorias são imprescindíveis, seja na qualidade da vigilância epidemiológica, seja no cuidado à gestante com sífilis (CARVALHO; BRITO, 2014). No tocante a evolução da SC, pode-se observar que a grande maioria dos casos evolui de maneira positiva, com cerca de 93% vivo e apenas 1,8% evoluindo ao óbito. Apesar disso, o Rio Grande do Norte ainda é uma das Unidades da Federação com os maiores índices de mortalidade por sífilis congênita em menores de 1 ano por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2015).

Em relação às variáveis da assistência pré-natal, evidenciou-se dois extremos: a de que existe uma boa adesão das mulheres quanto a realização do pré-natal; e a de que, apesar da excelente adesão, esta não foi eficiente para a eliminação ou diminuição da SC no estado, indicando falhas na qualidade do atendimento prestado, o que pode ser exemplificado em um estudo feito em Fortaleza-CE, onde as gestantes com sífilis não possuíam acolhimento diferenciado e não tinham acesso às diferentes tecnologias de controle e prevenção da doença. Isto pode-se também ser visto quando analisamos a porcentagem de mulheres que descobriram a sífilis gestacional durante o parto, cerca de 40,7%, um número muito alto, que mostra a deficiência na Estratégia Saúde da Família no tripé diagnóstico, acompanhamento e tratamento da doença, ou até mesmo resistência da pessoa ao tratamento e falta de medicamento (GUANABARA et al., 2017).

O aumento no número de casos de SG, que passou de 2,9 casos/1000 nascidos vivos em 2007, para 6,2 casos/1000 nascidos vivos em 2016, enfatiza a necessidade de políticas públicas voltadas na qualificação da assistência pré-natal.

No que diz respeito a taxa de transmissão vertical, é possível perceber uma discrepância nos valores obtidos, com porcentagem acima de 100%. Isto se dá devido o estado apresentar taxas de incidência de sífilis congênita mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis em gestante, o que corrobora a uma possível falha no diagnóstico precoce e/ou na notificação dos casos de SG.

6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou um olhar mais cuidadoso com relação a SC e a SG, compreendendo a necessidade de melhorias na prevenção, diagnóstico e tratamento de tais

afecções na Atenção Básica, além da necessidade de participação da parceria sexual da mãe no esquema terapêutico para o sucesso do controle da doença. No tocante às variáveis de assistência materna, entendemos que há uma boa adesão ao pré-natal, contudo o mesmo ainda é falho, pois grande parte das mulheres são diagnosticadas apenas no momento do parto, denotando a necessidade da avaliação da qualidade da assistência e, junto a isso, a capacitação dos profissionais da ESF quanto a dinâmica diferencial nas pacientes com SG.

Uma das limitações do estudo refere-se à quantidade de casos ignorados/brancos e, somado a isso, encontra-se a questão da utilização de dados secundários como fonte de pesquisa, com prováveis subnotificações, que podem ser percebidas pelas taxas de transmissão vertical da sífilis, ocorrendo, dessa forma, interpretações errôneas e subestimação dos dados epidemiológicos da doença.

O perfil da SC e SG no estado aponta para uma aceleração e crescimento na incidência de casos no período estudado, o que demanda ações e políticas que intervenham e contribuam para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**: Sífilis. v. 48, n. 36, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 23, p. 287-294, jun. 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.S. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, jun. 2016.

GUANABARA, M. A. O. et al. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 1, Colômbia, 2017.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

PAHO – Pan American Health Organization. **Elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in the Americas.** Washington, D.C.: PAHO, 2017.

7 Panorama internacional dos cuidados paliativos: barreiras em sua implementação e perspectivas para o futuro

Felipe Ferraz Trindade

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC)

Altair Reis dos Santos Júnior

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC)

Gizely Teixeira Fernandes

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC)

Henrique Marques Dagostin

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

Tatyane Ribeiro de Castro Palitot

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Thainara Maia de Paulo

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

RESUMO

Os Cuidados Paliativos são um modelo de assistência à saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de doenças graves que ameaçam a vida. Isso se realiza através da prevenção e alívio do sofrimento, pelo tratamento de problemas físicos, psicossociais e espirituais. Diante da escassez de estudos na área, evidente envelhecimento da população e aumento das doenças crônico-degenerativas, esta pesquisa, seguindo os moldes de uma revisão de literatura narrativa, teve como objetivo descrever conceitos tangentes aos Cuidados Paliativos, bem como expor necessidades, entraves e soluções para a sua implementação efetiva. Percebe-se que, apesar de inicialmente o paliativismo ter sido aplicado para o fim de vida oncológico, tal prática vem se expandindo para diversas outras áreas e sendo aplicada desde o momento do diagnóstico, não mais como última opção para o paciente quando a medicina não consegue frear o curso natural da doença. Com a finalidade de alcançar esse fim, vários países vêm implementando o paliativismo apesar de alguns deles possuírem entraves sociais, políticos e financeiros para tal. Esses países nos mostram que, apesar das dificuldades, há alternativas para inserir essa prática para que seus pacientes possam ter paz e conforto ao finalizar sua história.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Investimentos em saúde. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Qualidade de vida. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

7.1 INTRODUÇÃO

Aprender a lidar com as perdas em um contexto de uma doença crônica como o câncer é um desafio que poucos se propõem a discutir, e muito menos a enfrentar, sendo a sua aceitação variável entre as diferentes culturas e crenças, segundo Perkes (2015). Já Manchola (2016) diz que ajudar indivíduos com doenças avançadas e potencialmente fatais e seus familiares em um dos momentos mais cruciais de suas vidas é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado “Cuidados Paliativos” (CP). É explicado que a palavra “paliativo” vem do latim *pallium* e significa capa, manta, coberta. A palavra era utilizada para denominar os mantos que os peregrinos recebiam quando saíam de hospedarias na Europa, chamadas hospices. A finalidade desse manto era proteção e acolhimento e isso está diretamente relacionado ao objetivo dos CP.

Nesse contexto, o Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo hospice cujo relato mais antigo remonta ao século V, de acordo com Ehm (1999). Um manual de prática clínica em Cuidado Paliativo (*National Consensus Project For Quality Palliative Care*, 2009). fornece uma definição para essa prática como sendo o cuidado interdisciplinar (médicos, enfermeiros, serviço social, psicologia e outras áreas quando necessário) que se concentra em melhorar a qualidade de vida das pessoas de qualquer idade que lidam com alguma doença grave, além de prestar assistência a seus familiares. Ao tratar a dor, outros sintomas e o sofrimento psicológico e espiritual por meio de habilidades de comunicação, os cuidados paliativos fornecem uma camada adicional de apoio aos pacientes, a seus entes queridos, e opções de tratamentos clínicos.

Ainda segundo o mesmo manual, Hospice é um sistema formal de cuidados interdisciplinares que presta serviço de paliativismo em indivíduos em fim de vida. Foi desenvolvido pela primeira vez em 1967 por Dame Cicely Saunders para fornecer um modelo de cuidados para pessoas que morrem de câncer avançado. Assim, Manchola (2016) diz que os preceitos desse movimento procuram oferecer ao paciente um fim da vida próximo aos familiares, tranquilo e pautado no respeito.

Portanto, com base na escassez de estudos na área, evidente envelhecimento da população e crescimento da demanda pelas atividades paliativas, percebe-se a necessidade de analisar o panorama internacional da implementação dos cuidados paliativos nos países,

justificando assim a execução desta revisão. Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo descrever os conceitos de cuidados paliativos e hospice para estabelecer a diferença e semelhança entre ambos, bem como analisar na literatura qual o panorama internacional na implementação do cuidado paliativo nos países e quais as dificuldades apresentadas por aqueles que não conseguem sedimentar tal prática e, por fim, apresentar as soluções encontradas pelos países que obtiveram sucesso e adesão do paliativismo em sua população e implementação no seu sistema de saúde.

7.2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa seguiu os moldes de uma revisão de literatura narrativa, como explica Peres (2007). A priori, foram definidos critérios a serem seguidos a respeito do tipo de estudo, período de publicação, entre outros. As buscas foram realizadas em bases de dados nacionais e internacionais (*PubMed*, LILACS, Scielo, *BMJ Supportive & Palliative Care*, *NEJM*, Periódicos Capes e *Science Direct*). Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1992 e 2017, escritos em Inglês ou Português e, após leitura prévia dos resumos, selecionou-se aqueles cujo tema estavam em consonância com o objetivo de escrita deste artigo. Devido a diferenças de indexação nas diferentes bases de dados, optou-se pela busca de termos livres, sem uso de vocabulário controlado (descritores). Dessa forma, garantiu-se a recuperação de um número maior de referências, assegurando a temática central sem limitar os assuntos tangentes. Nas bases de dados já citadas anteriormente foram procuradas as seguintes combinações de palavras: “*palliative care AND health investment*”, “*palliative care AND quality life*”, “*palliative care AND terminality*” e “*palliative care AND hospices*”, tal busca retornou 68.978 artigos. O primeiro critério de exclusão foi a repetição de retornos entre as diferentes bases, resultando em 12.616 artigos diferentes. Em seguida, foram selecionados preferencialmente aqueles publicados nos últimos 10 anos, tendo assim 7.518 publicações. Foram excluídos também aqueles artigos que, a partir da análise dos seus títulos, apresentavam enviesamento temático como o direcionamento de cuidados paliativos para doenças em específico ou em serviços hospitalares determinados, restando 374 trabalhos. Por fim, a leitura prévia dos resumos desses 374 trabalhos permitiu filtrar aqueles que estavam de acordo com os objetivos, restando em 48 artigos que foram utilizados uma

revisão. A partir dessa revisão, foi escrito o presente resumo, onde os trechos mais significantes, utilizaram 10 artigos dos 48.

7.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, no ano de 1998, os Cuidados Paliativos foram categorizados pela OMS como o último estágio do cuidado, entretanto, é sabido que esses devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal.

Ademais, como explica Peres (2007) os Cuidados Paliativos buscam tratar o paciente holisticamente, tanto no campo do corpo físico como no campo espiritual e a atenção a essas dimensões deve ser dada de maneira igualitária pois é natural do ser humano buscar não somente a cura da doença mas também dar significado e significância a tudo que está em volta, justificando a busca pelo fortalecimento da espiritualidade, principalmente nos momentos de padecimento físico com a finalidade de adquirir bem-estar e qualidade de vida.

Sendo assim, no que trata o campo espiritual, escreveu-se que a atenção a esse aspecto se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde e ressaltam que diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversas vertentes da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas, segundo Peres (2007)

Como coadjuvante ao tratamento do corpo físico, o paciente deve passar por cuidados na saúde mental, sobretudo aqueles que possuem doenças mentais já estabelecidas. Segundo o relatório, Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia* a respeito da doença de Alzheimer publicado em 2015, estima-se que 46 milhões de pessoas no mundo possuem demência, um número que pode triplicar até 2050 e, já atualmente, Sleeman (2014) nota que a maioria desses pacientes acabam morrendo hospitalizados e com alta carga de intervenção médica e farmacológica, que não aliviam os sintomas e prolongam o desfecho do final de vida.

Sendo a demência uma doença que limita a vida e não possui tratamentos curativos, seria fundamental que pacientes e familiares fossem assistidos pela abrangência dos Cuidados Paliativos. Entretanto, Steen (2013) demonstrou em um estudo que os pacientes

com demência frequentemente recebem cuidados de fim de vida de forma inadequada, sem acesso ao controle da dor e serviços oferecidos na palição oncológica.

É fato que a comunicação com pacientes portadores de demência e seus familiares requer habilidades especiais, visto que os problemas cognitivos complicam a tomada de decisões como explica Sampson (2005). O apoio e comunicação com as famílias é essencial para ajudá-los caso o agravamento do quadro impossibilite o paciente de decidir por si só as medidas adotadas, bem como para auxiliar com o sofrimento causado pela contínua deterioração do paciente, de acordo com Steen (2013).

Frente a isso, com o objetivo de suprir essa demanda por aconselhamento e direcionamento clínico acerca do paliativismo nas demências, um estudo Delphi de 5 estágios foi realizado com a participação de 64 especialistas de 23 países, culminando na produção da primeira Definição de Cuidados Paliativos em Demência. Este documento se estruturou com base em 11 postulados e 57 recomendações. Inicialmente, houve total e imediato consenso a respeito de 8 dos 11 postulados, sendo eles: cuidado centrado na pessoa; comunicação; tomada compartilhada de decisões; otimização do tratamento sintomático; promoção do conforto; educação da equipe de cuidados da saúde; questões éticas; e questões sociais. Posteriormente à revisão do material, chegou-se ao um consenso também no que diz respeito a definição de prognóstico e reconhecimento oportuno da morte. Segundo Steen (2013) os postulados acerca das recomendações para nutrição e hidratação e correlação das metas de cuidado com o estágio da demência obtiveram consenso moderado.

Soma-se ao cuidado holístico a atenção integrada ao contexto sócio-econômico-familiar. Um dos pontos importantes da palição é o conforto no fim de vida e, por isso, muitos pacientes decidem por morrer em casa, no entanto, no mundo desenvolvido, a maior parte das pessoas morrem no hospital. Falecer em casa exige que se estabeleçam fatores complexos de saúde e redes informais de cuidado como suporte e a análise de como os sistemas de saúde, os serviços e os profissionais de saúde influenciam o atendimento em casa no final da vida. Para Rosenberg (2017), uma problemática atual é a dúvida constante se os serviços domiciliares informais, utilizados principalmente quando há escassez de recursos financeiros familiares, são uma ajuda ou uma barreira no cuidado paliativo, já que muito do suporte não é fornecido em ambiente apropriado e muitas vezes é realizado por profissionais com pouca preparação no quesito Cuidado Paliativo. Analisando as ideias, torna-se visível que o maior desafio dos cuidados paliativos é integrar-se aos cuidados curativos. Paliar é uma

dimensão crítica dos cuidados em saúde e todos os profissionais de saúde deveriam saber quando os cuidados paliativos são necessários. Quando qualquer indivíduo se aproxima dos últimos momentos de uma condição de saúde debilitante, a necessidade de cuidados paliativos aumenta. Neste momento (e após o óbito), assegurar este tipo de atenção propicia um cuidado de qualidade não importando se oferecido em uma instituição de saúde ou na residência do indivíduo, como explica Parkes (2015).

7.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, lidar com as perdas ou com própria doença sempre foi um desafio, e a morte é um assunto que poucos se propõem a discutir, levando a um mecanismo de negação. Com base na relevância do tema, surgiu a proposta de elaboração de revisão bibliográfica que contemplasse os conceitos básicos relacionados ao tema, a situação dos Cuidados Paliativos internacionalmente, as principais barreiras para a sua implantação e as possíveis soluções para sua aplicabilidade.

Percebeu-se, que apesar de inicialmente o paliativismo ter sido aplicado para o fim de vida oncológico, tal prática vem se expandindo para diversas outras áreas e sendo aplicada desde o momento do diagnóstico com a finalidade de controlar os sintomas, e não mais como última opção diante da impossibilidade de frear o curso natural da doença. No entanto, a implementação dos cuidados paliativos tem sido feita de forma muito desigual nos países, já que alguns deles não conseguem transpor as dificuldades que se apresentam ao longo do processo de implementação.

Dessa forma, além de alguns países desconhecerem totalmente essa prática, os que detêm conhecimento do tema ainda encontram barreiras legislativas, educacionais, financeiras, restrições farmacológicas, psicológicas e socioculturais. Porém há também exemplos de sucesso na inserção dos Cuidados Paliativos em diferentes contextos políticos, culturais e econômicos. Esses modelos provaram que, mesmo com recursos humanos e financeiros parcos (Índia e Romênia) ou com um sistema de saúde fortemente privatizado e focado no lucro (EUA), pode-se encontrar alternativas viáveis e efetivas para a implementação do paliativismo.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report 2015**: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International, 2015. 92 p.

MANCHOLA, C. et al. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 165-175, 2016.

NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE. **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**. 2. ed. Pittsburgh: National Consensus Project, 2009. 80 p.

PARKES, C.M. et al. **Death and bereavement across cultures**. 2. ed. London: Routledge, 2015.

PERES, M.F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n.1, 2007.

ROSENBERG, J.P. et al. Informal care networks' views of palliative care services: Help or hindrance? **Death Studies**, v. 15, n. 54, p.1-13, 2017.

SAMPSON, E.L. et al. A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. **International Psychogeriatrics**, v. 17, n. 1, p.31-40, mar, 2005.

SLEEMAN K.E. et al. Reversal of English trend towards hospital death in dementia: a population-based study of place of death and associated individual and regional factors, 2001-2010. **BMC Neurology**, v. 14, n.59, 2014.

STEEN, J.T.D. et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. **Palliative Medicine**, v. 28, n. 3, p.197-209, 2013.

8 Síndrome congênita do vírus Zika e os desafios vivenciados pelas famílias: um relato de experiência

Dara Aparecida Silva Amara

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

Julyana Rodrigues Maciel

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar algumas das principais dificuldades vivenciadas pelas famílias de crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika. O estudo consiste em um relato de experiência de uma acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) a partir de sua vivência com famílias de crianças com Síndrome Congênita, durante desenvolvimento de pesquisa científica intitulada: *Microcefalia decorrente da infecção pelo Zika vírus: as consequências e determinantes sobre o crescimento e desenvolvimento de crianças nos primeiros anos de vida*. As percepções e vivências presentes neste relato foram extraídas a partir do questionário aplicado junto às famílias e da interação global com as mesmas e com funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró. No decorrer da pesquisa, foi possível identificar a carência das mães em relação ao apoio, orientação e acompanhamento psicológico para lidar com o medo e as dificuldades financeiras, além da sua insatisfação com o despreparo dos profissionais de saúde mesmo havendo o acompanhamento e a realização dos exames necessários no período gravídico.

Palavras-chave: Criança. Infecção pelo Zika vírus. Relações familiares. Zika vírus.

8.1 INTRODUÇÃO

A partir de 2015, após o início do surto pelo Zika vírus (ZIKV) e o aumento incomum de recém-nascidos suspeitos de microcefalia relacionados com a arbovirose, o Governo Federal intensificou as estratégias para diagnóstico e atendimento dessas crianças pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o encaminhamento das famílias para a obtenção dos benefícios e apoio do Sistema Único de Assistência Social (VENTURA et al., 2016).

A microcefalia é apenas uma característica da infecção gestacional pelo ZIKV, sendo uma redução do Perímetro Cefálico (PC) para a idade, sexo ou período gestacional. Aliada a um conjunto de complicações neurológicas, constitui a Síndrome Congênita do Vírus Zika. Esta pode ser acompanhada de comprometimento no desenvolvimento motor e cognitivo, além de alterações na audição e visão (BRASIL, 2017).

Sabe-se ainda que há casos de crianças cujas mães tiveram Zika na gravidez, que não apresentaram microcefalia ao nascer, mas, que manifestaram o crescimento e o desenvolvimento abaixo dos parâmetros adequados, logo nos primeiros anos de vida (DINIZ, 2017). Porém, apesar do reconhecimento do impacto da Síndrome Congênita, dos avanços clínicos e da proposição de ações assistenciais a serem desenvolvidas junto às crianças e às suas famílias, a realidade vivenciada pelas mesmas tem sido caracterizada por inúmeras dificuldades, no contexto familiar e na obtenção de assistência integral pelo SUS. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo, relatar algumas das principais dificuldades vivenciadas pelas famílias de crianças com SCZ em Mossoró-RN.

8.2 METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência de uma acadêmica de enfermagem, da Faculdade de Enfermagem (FAEN), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), a partir de sua vivência com famílias de crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika, durante desenvolvimento de pesquisa científica intitulada: *Microcefalia decorrente da infecção pelo Zika vírus: as consequências e determinantes sobre o crescimento e desenvolvimento de crianças nos primeiros anos de vida.*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UERN, com o parecer n. 1.748.285 de 27 de setembro de 2016, e a fase de campo, visitas domiciliares para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (C e D), terá duração de 1 ano. O acompanhamento periódico do C e D das 12 crianças (dentre as 19 que nasceram com a Síndrome Congênita entre os anos de 2015 e 2016, residentes em Mossoró-RN) que têm no momento entre 1 e 3 anos de idade, começou em novembro de 2017 e até o momento, todas as 12 já receberam sua primeira visita de acompanhamento.

Do total de 19 nascidas com a Síndrome, 7 não foram incluídas na pesquisa porque não foram encontradas através dos órgãos responsáveis pelo acompanhamento e/ou não são conhecidas de outras mães de crianças com microcefalia e/ou nasceram após 2016.

As percepções e vivências presentes neste relato foram extraídas a partir do questionário aplicado junto às famílias e da interação global com estas últimas e com funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró.

8.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

8.3.1 A síndrome congênita do vírus Zika e as dificuldades no contexto familiar após o nascimento da criança

As expectativas pela chegada do filho perfeito e sadio são abruptamente desfeitas desde a ciência e, principalmente, após o nascimento de uma criança com malformação. Começa então, uma luta entre se conformar com a situação inesperada de um filho com deficiência e a preparação para lidar com a mesma (FIAMENGGHI JR; MESSA, 2007).

Trata-se de uma das maiores dificuldades vividas pelas famílias que foram acompanhadas até o momento, sobretudo, pelas mães, que relataram carecerem de apoio, orientação e acompanhamento psicológico para lidar com o medo e com as dificuldades financeiras. Apesar da existência do Benefício de Prestação Continuada, os gastos das famílias com medicamentos, consultas e viagens para atendimento profissional, ultrapassam o valor que recebem.

Ademais, o nascimento de uma criança com deficiência e, portanto, com uma maior demanda de cuidados, torna seus genitores frágeis ao estresse, depressão, cansaço,

mormente, da mãe, privando-a de atividades sociais e cuidados pessoais, como também, pode causar impactos nas relações do casal (FIAMENGI JR, MESSA, 2007).

Numa das primeiras visitas domiciliares, uma mãe relatou que a criança não havia sido planejada, o que motivou seu antigo companheiro à recusa de levar a gestação adiante. E, após 8 meses do nascimento do bebê, quando foi diagnosticada a microcefalia, o pai rompeu os laços afetivos, não se conformando com a deficiência, fato que deixou a mãe abalada emocionalmente.

8.3.2 Lacunas existentes: do diagnóstico da síndrome congênita do vírus Zika à assistência integral e à estimulação precoce

“A Atenção Básica tem como uma das suas atribuições, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e a identificação precoce de situações que necessitam ser assistidas de forma regular e sistemática” (BRASIL, 2017, p. 66). No entanto, a identificação da Síndrome Congênita do Vírus Zika tem ocorrido de maneira tardia.

À medida que as mães respondiam ao questionário da pesquisa, compartilharam a situação enfrentada desde o descobrimento da microcefalia até o momento atual, relatando que houve um despreparo dos profissionais de saúde mesmo com o acompanhamento e a realização dos exames necessários no período gravídico. Quatro crianças acompanhadas pela presente pesquisa só tiveram o diagnóstico após o nascimento, sendo três delas, diagnosticadas entre 8 e 12 meses de idade.

Com o diagnóstico tardio, o cuidado necessário nos primeiros anos de vida, fica comprometido. Quanto às atividades de estimulação precoce, as mães tiveram, inicialmente, que se deslocar até Natal, visto que os profissionais que atendiam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Mossoró – RN não tinham recebido capacitação para sua realização. Atualmente, essas crianças já recebem assistência de estimulação precoce na cidade de Mossoró-RN, no Ambulatório Materno Infantil (AMI), assim como, o Núcleo de Atenção Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem/Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, iniciará seus atendimentos no final de julho de 2018.

A assistência à saúde dessas crianças deve também ser “realizada por uma equipe especializada, multiprofissional, composta por neuropediatra e terapeutas da área motora e

de linguagem, entre outros” (BRUNONI, 2016, p. 3299). No entanto, as mães mencionaram a carência de uma equipe completa que possa prestar uma adequada assistência às crianças. Uma das crianças foi diagnosticada aos 8 meses de idade e até o momento, com 24 meses, ainda está à espera da consulta com um Neuropediatra.

No primeiro contato com a Secretaria Municipal de Saúde, foi possível dialogar com alguns técnicos e estes mencionaram que há dificuldade em ter a equipe completa, pois, há recusa de alguns profissionais de saúde em aderir ao SUS, como é o caso do Neuropediatra. Falaram também sobre a disponibilidade de poucos profissionais na rede de atenção, que trabalhem com áreas específicas, como, por exemplo, Terapia Ocupacional.

8.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa para o acompanhamento do C e D das crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika tem colaborado com o diagnóstico das necessidades de saúde, revelando dificuldades vividas pela família e, portanto, demandas urgentes de apoio assistencial.

É primordial que os órgãos responsáveis pela assistência no município, mobilizem-se para organizar a rede de atenção à saúde da criança, disponibilizando os serviços e instrumentalizando os profissionais da Atenção Básica e dos outros níveis de atenção para uma escuta qualificada, compreensão e atendimento das necessidades específicas e apoio psicossocial das crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika e suas famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de saúde pública de importância nacional:** procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.

BRUNONI, D. et al. Microcephaly and other Zika virus related events: the impact on children, families and health teams. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, 2016. p. 3297-3302.

DINIZ, D. **Zika em Alagoas:** a urgência dos direitos. Brasília: Letras Livres, 2017.

FIAMENGI JR, G. A.; MESSA, A. A. Pais, filhos e deficiência: estudo sobre as relações familiares. **Psicologia, Ciência e Profissão**. São Paulo, v. 27 n. 2, 2007. p. 236-245.

VENTURA, C. V. et al. Achados oftalmológicos em crianças com microcefalia e infecção intra-úterina pelo vírus Zika presumível. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 79, n. 1, 2016. p. 1-3.

9 Análise temporal dos casos notificados de Leishmaniose Visceral no Rio Grande do Norte entre os anos de 2007 e 2017

Lucas Christyan da Rocha Oliveira

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

Dayane Patrícia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

José Alex Costa de França

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

Thainara Maia de Paulo

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

Tiago da Silva Teófilo

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

Jennifer do Vale e Silva

Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA)

RESUMO

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*, sendo a espécie *Leishmania chagasi* a mais comum nas Américas. É transmitida pela picada do mosquito *Lutzomyia longipalpis*, mais comum no Brasil, ou *Lutzomyia cruzi*. A LV é endêmica no Brasil, atinge tanto o ambiente rural como urbano e apresenta casos nas cinco regiões brasileiras. É uma doença grave de notificação compulsória que pode levar a óbito quando não tratada. Dado a importância de analisar os dados referentes a essa doença, observou-se os casos notificados no estado do Rio Grande do Norte (RN) de 2007 a 2017. Foram avaliados, por meio de um estudo descritivo, dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no banco nacional de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A partir desses, foi possível analisar a incidência da LV, mortalidade causada por essa condição, o sexo mais atingido e a faixa etária com maior predisposição a ter a doença. Na distribuição geográfica, foi possível perceber quais as regiões do estado com maior número de casos.

Palavras-chave: Epidemiologia. *Leishmania chagasi*. Saúde pública.

9.1 INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença causada por um protozoário do gênero *Leishmania*, sendo o *Leishmania chagasi*, a espécie mais comum nas Américas.⁽¹⁾ Nas áreas urbanas, o principal reservatório deste protozoário é o cão doméstico (*Canis familiaris*), e nas zonas rurais, as raposas e marsupiais.⁽²⁾ Os vetores de transmissão do *L. chagasi* no Brasil são mosquitos, sendo a espécie *Lutzomyia longipalpis* a mais comum, mas também foram registrados casos de *Lutzomyia cruzi* infectados, esses insetos são os popularmente conhecidos como mosquito-palha, birigui ou tatuquira, dependendo da região em que se encontram.⁽¹⁾ A transmissão do *Leishmania chagasi* ocorre apenas pela picada de seus vetores, e não pessoa a pessoa.⁽²⁾ A patologia pode ter consequências graves para os indivíduos que a contraem, sendo ela uma doença crônica e sistêmica, caracterizada por “febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia, hepatoesplenomegalia e anemia” (Guia de Vigilância em Saúde, 2017). Essa doença leva 90% dos casos não tratados a óbito.⁽¹⁾

A Leishmaniose Visceral é uma doença endêmica no Brasil, onde inicialmente estava restrita ao ambiente rural, porém vem crescendo o número de casos nas zonas urbanas.⁽¹⁾ Outra característica que vem se alterando ao longo do tempo é a sua distribuição geográfica, que em 1990 se concentrava predominantemente no nordeste, com 90% dos casos, e em 2012 já havia casos confirmados em 21 estados, mostrando expansão nas cinco regiões do país, com o nordeste representando 43,1% dos casos no país.⁽¹⁾

A LV é uma doença de notificação compulsória,⁽³⁾ e seu CID é 10 - B55.0. No Rio Grande do Norte (RN), esse agravo já foi bastante problemático em anos pregressos, como é mostrado nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) divulgados em 2009.

No período de 2004 a 2008, foram registrados 302 casos de LV no Rio Grande do Norte, o que corresponde a 3,4% dos casos registrados na Região Nordeste e 1,7% no país. O Rio Grande do Norte é o 11º estado com maior registro de casos [...]. Do total de casos, 49% ocorreram em Mossoró [...] (SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: RELATÓRIO DE SITUAÇÃO, RIO GRANDE DO NORTE, 2009).

Na compilação mais recente de dados, é perceptível o avanço da doença em duas Regiões de Saúde principais, onde se encontra as duas maiores concentrações populacionais do estado.

A LV está dispersa em todas as Regiões de Saúde do Estado, porém o maior número de casos tem sido registrado na 2ª e 7ª Regiões de Saúde, onde estão localizados os municípios de transmissão intensa da doença: Mossoró, Açu, Natal e Parnamirim (SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: RELATÓRIO DE SITUAÇÃO, RN, 2013).

Tendo em vista a importância epidemiológica da Leishmaniose Visceral e a escassez de análises mais recentes dessa doença no estado do RN, faz-se imprescindível compilar e sintetizar os dados sobre essa patologia. Futuros trabalhos ou ações dentro do sistema de saúde podem utilizar essa análise de dados como subsídio. Assim, esse trabalho buscou, através de dados do SINAN, avaliar a evolução da LV no estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2007 e 2017.

9.2 MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho constituiu em um estudo descritivo de série temporal da Leishmaniose Visceral no estado do RN, no período de 2007 a 2017, onde foram avaliados dados secundários disponibilizados pelo SINAN no banco nacional de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados analisados nesse estudo foram a incidência de LV no estado, e a distribuição da doença por sexo e faixa etária, óbitos causados por LV, Cura, Proporção de casos novos autóctones de LV e distribuição geográfica da doença no estado, por Municípios. Para realizar o cálculo da incidência, os dados sobre as estimativas de população do RN por ano foram obtidas a partir do TabNet, sistema do DATASUS, na categoria de dados socioeconômicos em Projeção da População das Unidades Federativas por Sexo e Grupos de Idade, e os demais dados foram também coletados do sistema TabNet do DATASUS, na categoria de Doenças de Notificação.

9.3 RESULTADOS

Na tabela 1, pode-se perceber que entre 2007 e 2017 não ocorreu uma variação muito grande na incidência de casos de LV, existem variações, porém ela não segue um padrão

definido. A incidência por 100.000 habitantes está sempre acima de 2 por ano, e em oito dos onze anos analisados, ela está acima dos 2,5 por ano. A incidência de Leishmaniose Visceral foi acima de 3 casos por 100 mil habitantes apenas em 2011. O número bruto de óbitos causados por LV teve a máxima em 2016, onde foram notificados 10 óbitos causados pela doença, e a mínima em 2007, quando apenas 1 óbito causado por LV foi notificado. A média de óbitos causados por LV no período analisado (2007-2017) é de 5,1 por ano. Além disso, a mortalidade por essa doença vem aumentando nos últimos 3 anos analisados. O número de pessoas curadas em todos os anos fora inferior ao número de novos doentes, sendo 2011 o ano com a maior quantidade de pessoas curadas, 99 indivíduos, e 2015 o ano com menos curas, apenas 55.

A proporção de casos autóctones pode ser observada na tabela 2. No período analisado, a maioria dos casos de Leishmaniose Visceral notificados no RN foram confirmados como sendo contraídos no próprio estado, sendo a única exceção o ano de 2016. Em todos os anos, entre 2007 e 2014, foram registrados mais de 3/4 dos casos de LV sendo autóctones, ou seja, mais de 75% dos casos notificados eram de pessoas que contraíram a doença dentro do próprio estado. Nos anos de 2015, 2016 e 2017 essa proporção reduziu, e em média, 57,5% dos casos notificados foram autóctones, sendo a menor quantidade de casos autóctones registrada em 2014, com o valor de 49,40%.

Na tabela 3, observa-se a distribuição da ocorrência de LV por sexo e por faixa etária. Entre 2007 e 2017, a quantidade de casos de Leishmaniose Visceral foi consideravelmente maior em indivíduos do sexo masculino (685 casos), sendo mais que o dobro de casos notificados do sexo feminino (329 casos). A faixa etária com maior quantidade de casos registrados entre 2007 e 2017 de LV no estado do Rio Grande do Norte foram de crianças até 9 anos, contabilizando um total de 320 novos casos. A faixa etária menos afetada por essa patologia foi a de pessoas acima de 60 anos, que só tiveram 80 novos casos registrados nesse período.

Na tabela 4, estão tabulados os dados referentes à distribuição geográfica da LV no estado do RN, segundo a divisão de Regiões de Saúde. As regiões com mais casos de LV são Metropolitana e Mossoró, que são regiões onde se encontram as 3 maiores cidade do estado, Natal, Parnamirim e Mossoró. Apenas essas 2 regiões (Metropolitana e Mossoró) somam aproximadamente 12 vezes mais casos de Leishmaniose Visceral que as outras 6 regiões (Açu, Caicó, João Câmara, Pau dos Ferros, Santa Cruz e São José do Mipibu).

9.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, pode-se perceber que, aparentemente, não ocorreu nenhum avanço significativo no combate à LV no estado do RN, pois de 2007 a 2017 não ocorreu uma diminuição acentuada na incidência dessa patologia no estado, apesar da leve redução no número bruto de casos autóctones dos últimos três anos analisados, sendo 2015 e 2016 os dois anos com menor número de notificações desse tipo de caso, com 50 e 43 casos registrados, respectivamente. Dessa forma, no estado do RN essa doença se mostra bastante incidente, com um número de casos acima de 2 por 100.000 habitantes, durante todo o período analisado, tendo números superiores aos encontrados no Brasil, que estão em sua maioria abaixo de 2 casos por 100.000 habitantes.

Além da alta incidência de Leishmaniose Visceral no Rio Grande do Norte, pode-se perceber um aumento na mortalidade no último triênio avaliado. Além disso, esse triênio possui o ano de maior mortalidade por LV no período analisado, que foi o valor de 0,287 óbitos por 100.000 habitantes em 2016. O período final do desenvolvimento da doença é marcado por desnutrição, edema de membros inferiores, que pode evoluir para anasarca, hemorragias, icterícia e ascite.^(1,2) Infecções bacterianas associadas a doenças, que podem evoluir para sepse, e hemorragias são as principais complicações fatais da LV.⁽²⁾ A doença, caso diagnosticada e tratada precocemente, dificilmente evolui para um óbito, logo, esse aumento na mortalidade é um sinal de que medidas mais eficientes de rastreamento das doenças possam ser necessárias, pois mortes por Leishmaniose Visceral são um sinal de que há deficiências no controle e tratamento dessa patologia.

O número de casos segue um padrão quando analisados por sexo, sendo os indivíduos do sexo masculino sempre o maior número de afetados. Além disso, percebe-se que o maior número de casos ocorre em indivíduos abaixo de 10 anos, ou seja, no estado, as crianças são mais propensas a contrair essa doença.

A distribuição geográfica da LV no Rio Grande do Norte se encontra nas duas regiões de saúde mais populosas, o que poderia justificar os altos índices da patologia nessas localidades, principalmente pelo aumento progressivo que vem ocorrendo de casos em áreas urbanas,^(1,2) porém, em outras regiões os números são extremamente baixos e irregulares,

como Caicó e Santa Cruz, o que poderia indicar subnotificação de casos nessas regiões de saúde.

Como limitação dessa análise de dados, podemos citar o uso de dados secundários, que podem ser incompletos ou sofrer do fenômeno de subnotificação. Dessa forma, é indispensável levar em consideração a confiabilidade do SINAN, pois essa ferramenta é utilizada por pesquisadores, profissionais de saúde e gestores, que fazem uso dos dados dessa fonte para promover aprimoramentos na organização no sistema de saúde.

Em resumo, dentro do limite proporcionado pelo uso de dados secundários, essa análise sugere que, a Leishmaniose Visceral está sofrendo dificuldades em seu controle no Rio Grande do Norte, o que pode ser percebido tanto pela incidência que é maior que o índice do Brasil e pelo aumento na taxa de mortalidade por essa doença nos últimos 3 anos analisados. Também, foi percebido que essa patologia acomete principalmente indivíduos do sexo masculino e crianças abaixo dos 10 anos de idade. Além disso, foi visto que a distribuição geográfica da doença é concentrada nas duas regiões mais populosas e urbanizadas do estado, o que poderia sugerir avanço no número de casos em área urbana.

Por fim, torna-se indispensável que existam incentivos e viabilização do diagnóstico e tratamento dessa patologia no nível primário de atenção à saúde, e por meio da educação continuada, capacitar as equipes de Unidades Básicas de Saúde presentes no estado. Além disso, promoção de ações de conscientização acerca da doença, suas consequências, tratamento e profilaxia, o que poderia auxiliar no controle da doença no RN.

ANEXO A

Tabela 1 – Incidência de LV, mortalidade causada por LV e cura da LV no estado do Rio Grande do Norte no Período de 2007 a 2017

Ano	Nº de casos de LV (RN)	Incidência LV/100.000 hab	Incidência no Brasil de LV/100.000 hab	Óbitos por LV	Cura	Mortalidade
2007	71	2,256	1,88	1	61	0,031
2008	93	2,918	2,08	5	72	0,156
2009	96	2,975	2,03	5	81	0,154
2010	84	2,573	1,89	4	65	0,122
2011	119	3,603	2,08	4	99	0,121
2012	95	2,845	1,64	8	75	0,239
2013	79	2,341	1,72	2	70	0,059
2014	99	2,904	1,84	5	82	0,146
2015	81	2,353	1,74	7	55	0,203
2016	87	2,503	1,67	10	59	0,287
2017	105	2,994	2,17	6	59	0,171
P-valor	-	0.000	0.108	0.399	0.012	0.369

Legenda: Hab = Habitantes; LV = Leishmaniose Visceral.

Fonte: TabNet (DATASUS).

Tabela 2 – Proporção de casos autóctones no RN de LV no período de 2007 a 2017

Ano	Nº de casos de LV	Nº de casos autóctones	Proporção de casos autóctones
2007	71	56	78,80%
2008	93	70	75,20%
2009	96	81	84,30%
2010	84	65	77,30%
2011	119	96	80,60%
2012	95	77	81,10%
2013	79	61	77,20%
2014	99	79	79,80%
2015	81	50	61,70%
2016	87	43	49,40%
2017	105	64	60,90%

Fonte: TabNet (DATASUS).

TABELA 3 – Distribuição da ocorrência de LV por sexo e por faixa etária no RN no período de 2007 a 2017

Ano	Sexo		Faixa Etária < 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	>60 anos
	Masc.	Fem.								
2007	41	30	6	21	5	2	5	18	12	2
2008	64	29	6	18	6	10	5	26	18	4
2009	70	26	7	20	14	2	4	31	14	4
2010	55	30	8	13	8	2	5	30	17	2
2011	79	40	4	21	14	5	3	41	22	8
2012	61	34	10	15	9	4	7	19	28	3
2013	55	25	4	15	6	5	4	25	15	4
2014	68	33	4	12	10	5	10	34	22	5
2015	57	24	1	8	4	3	6	31	17	10
2016	63	25	5	8	4	2	6	35	22	5
2017	72	33	6	16	12	4	7	29	22	8
P- Valor	0.000	0.000	0.778	0.646	0.971	0.991	0.736	0.786	0.700	0.873

Legenda: Masc = Masculino; Fem = Feminino

Fonte: TabNet (DATASUS).

TABELA 4 – Distribuição geográfica de LV no RN de acordo com as regiões de saúde no período de 2007 a 2017

Ano	São José de Mipibu		João Câmara		Santa Cruz Pau dos Ferros		Metropolitana	Açu
	Mossoró		Caicó					
2007	4	34	6	4	2	3	14	4
2008	7	38	5	1	4	6	25	7
2009	5	46	7	-	4	4	22	8
2010	6	28	9	2	3	5	26	6
2011	11	26	13	1	1	1	57	9
2012	10	20	11	5	9	3	31	6
2013	12	16	3	1	4	6	31	7
2014	5	15	9	5	4	15	33	15
2015	7	20	6	4	3	8	32	1
2016	5	16	3	2	1	9	49	3
2017	6	19	11	4	3	18	33	11

Fonte: TabNet (DATASUS).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. ed. atual. Brasília, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3aPh1G9>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da Leishmaniose Visceral**. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2wGmxMI>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Norte**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2TSB5Au>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Rio Grande do Norte**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2xmgrRy>. Acesso em: 21 jul. 2018.

10 Relato de experiência de educação popular em saúde com grupos de mulheres: climatério, endocrinologia integrativa e gestantes

Dara Aparecida Silva Amaral

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Suelen Tamiles Pereira Costa

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência coletiva de acadêmicas de enfermagem e de medicina, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), na concretização de grupos educativos do projeto de extensão: Café Educativo – Papo entre Mulheres, da Faculdade de Enfermagem/UERN. O projeto é realizado no ambulatório da Faculdade de Ciências da Saúde da UERN e consiste na estruturação de três grupos educativos voltados à promoção da saúde feminina: climatério, gestação e endocrinologia. As vivências possibilitadas a partir deste projeto garantiram o estreitamento da relação entre universidade e comunidade, de modo que o contato direto com a população trouxe aos discentes e docentes, uma nova perspectiva a respeito do que se trata Educação em Saúde. Além disso, há uma crescente contribuição do Projeto para a população envolvida, o que ocorre a partir do diálogo e das relações horizontais estabelecidas em continuidade e do estímulo para que a mulher se torne protagonista do seu processo saúde/doença mediante a construção do conhecimento de forma crítica e autônoma.

Palavras-chave: Climatério. Educação em Saúde. Endocrinologia. Gestantes.

10.1 INTRODUÇÃO

É consenso que as práticas biologicistas em saúde ainda se configuram um grande desafio a ser superado por gestores e profissionais de saúde. Por sua vez, a Constituição Federal Brasileira de 1988, regulamenta, através da lei nº 8.080/90, atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como incorporou ao seu texto, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Assim, justifica-se serem fundamentais as mudanças na organização da produção dos serviços de saúde e na formação de novos profissionais, com vistas a fazer jus aos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde.

É nesse caminhar que a Educação Popular em Saúde (EPS) se constitui como um conjunto de práticas e saberes populares que, de acordo com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), é capaz de contribuir com metodologias, tecnologias, ações integrais e integralizadoras e saberes para a formação de uma nova perspectiva de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

A EPS é um projeto pedagógico que busca a valorização da diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Foi uma importante conquista para a saúde brasileira, pois, pretende romper com as tradições autoritárias e normatizadoras da relação entre os serviços de saúde e a população (VASCONCELOS, 2001).

É de suma importância, uma vez que, além de facilitar o diálogo entre participantes e reconfigurar saberes já existentes, também permite sensibilizar os sujeitos para a autonomia e o protagonismo necessários no enfrentamento de questões sociais, como o compromisso com a saúde.

O presente trabalho objetiva relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem e de medicina, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), na estruturação de grupos de Educação em Saúde do projeto extensionista, intitulado “Café educativo: papo entre mulheres”, voltado à promoção da saúde de mulheres atendidas no Ambulatório da Faculdade de Ciências da Saúde/UERN.

10.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem e medicina da UERN acerca de suas vivências no Projeto de Extensão “Café educativo: papo entre mulheres”, enfocando a estruturação de três grupos educativos voltados à promoção da saúde feminina: climatério, gestação e endocrinologia. O projeto conta com a parceria de uma professora e um grupo de alunos do curso de fisioterapia da Universidade Potiguar, Campus Mossoró.

Realiza-se no ambulatório da Faculdade de Ciências da Saúde da UERN, serviço que se destaca pelo número considerável de atendimentos médicos a mulheres de vários bairros da cidade de Mossoró/RN. As atividades do Projeto tiveram início em agosto do ano de 2017 e ocorreram uma vez a cada mês com os grupos de climatério, gestantes e de mulheres atendidas nas consultas de endocrinologia (este grupo funcionou até dezembro de 2017, em virtude da indisponibilidade de horário dos professores do projeto para dar continuidade em 2018). As atividades do projeto se encerraram no começo de julho do ano corrente.

Participaram das atividades do projeto, em média, 10 mulheres (grupo climatério), com faixa etária entre 30 e 65 anos de idade; 12 mulheres (gestantes), com faixa etária entre 19 e 30 anos de idade; e 10 mulheres (endocrinologia integrativa), com faixa etária de 30 a 40 anos de idade. Sempre foi disponibilizado espaço através de divulgação para inclusão de novas interessadas e envolvimento de familiares, amigos e profissionais da saúde motivados a participar das ações.

10.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

10.3.1 Grupo de Climatério

A educação, segundo Freire (1983), não é a transferência de informações ou conhecimentos, mas é uma comunicação, um diálogo, em que há um encontro entre sujeitos interlocutores que exercitam a busca do significado das coisas.

Assim, aspectos relevantes sobre questões relacionadas à saúde da mulher no climatério e seu impacto psicológico, físico, emocional, foram abordados durante 1 ano, de forma dialogada, considerando os conceitos já existentes, mas, instigando as mulheres a se tornarem participativas nas conversações, e acima de tudo, na condução e transformação da sua própria saúde. A cada mês, foi discutido um tema de acordo com as necessidades apresentadas pelas participantes. A primeira temática mais solicitada para a discussão foi a “sexualidade” e a segunda, “alongamento e massagem relaxante para as mulheres”.

A perspectiva de educação em saúde adotada foi crucial para facilitar a participação das mulheres, que, em um processo gradual, compartilharam os saberes próprios, expuseram dúvidas, e dividiram histórias de vida, por vezes íntimas, dolorosas, demonstrando confiança para com o grupo e mostrando o quão é valioso contar com alguém para minimizar o peso de más experiências.

10.3.2 Grupo de Gestantes

A princípio, foi possível identificar que uma parcela considerável de gestantes se manteve retraída nos encontros presenciais, e outras, participativa, incitando na equipe, o interesse em superar tal situação mediante metodologias ativas (rodas de conversa, teatro, massagem relaxante, comemoração de datas festivas, encontros integrativos e outros) que estimularam a participação das gestantes.

Uma estratégia para estimular a participação das gestantes, nas atividades, disponibilizando o cronograma do projeto, foi o grupo de *WhatsApp*. Contudo, à medida que as gestantes se mostraram cada vez mais questionadoras sobre temas da gestação, esse grupo tornou-se um espaço interativo contínuo para educação em saúde e troca de experiências entre grávidas, profissionais (professores) e alunos, o que se intensificou no período de férias (suspensão das atividades presenciais do projeto) e durante movimento de greve dos professores da UERN. Hoje, abrange participantes de Mossoró, de outras cidades do Rio Grande do Norte e também de outros estados.

Ademais, com vistas a intensificar a expansão do projeto de extensão e a interação com as participantes para uma gestação mais saudável, foram criados página no *Facebook*, o

Blog, o Instagram e o YouTube do Projeto Café Educativo com resultados satisfatórios: muitas visualizações, curtidas, comentários, compartilhamentos e questionamentos.

Assim, acredita-se que o grupo de educação em saúde com gestantes vem cumprindo seu papel em um caminhar inacabável, mas construtivo e transformador, aderindo aos conceitos de Freire (1987), ao contrariar a educação bancária, cuja prática se dá numa inconciliação entre educador-educando, no depósito de conhecimento daqueles que se dizem sábios para aqueles que se dizem nada saber.

Ao contrário da perspectiva de passividade do educando, as atividades presenciais ou virtuais desenvolvidas com o grupo de gestantes remetem à educação problematizadora, que nega o ato de depositar, narrar, transferir conhecimentos e valores ao próximo.

10.3.3 Grupo de endocrinologia integrativa

O projeto contou com a participação de uma professora de Yoga, que ofereceu uma abordagem prática de exercícios de respiração, úteis em situações de intenso estresse emocional.

A prática de musicoterapia, por sua vez, contou com a participação ativa das mulheres, sendo este um momento propício para aflorar sentimentos, esperanças individuais e coletivas e expectativas das participantes e organizadores do projeto com relação às próximas ações, contribuindo, também, para a estruturação afetiva, emocional e psicológica.

Todas as atividades desenvolvidas buscaram considerar a educação popular enquanto prática pedagógica construída com a comunidade, pelo respeito mútuo, troca de experiências e subjetividades, compartilhamento de saberes, diálogo, amorosidade, solidariedade, cooperativismo, construção coletiva e autonomia (CRUZ et al., 2013).

Além disso, as Práticas Integrativas Complementares (Yoga, musicoterapia, auriculoterapia e outras) que foram utilizadas com as participantes do grupo, tiveram o intuito de estimular, conforme aponta Telesi Júnior (2016), os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente, do autocuidado.

Assim, diante dos espaços criados para explanação de dúvidas e discussões, incluindo também as principais patologias que acometem os usuários do ambulatório de endocrinologia, diabetes mellitus I e II, hipotireoidismo e hipertireoidismo, foi possível viabilizar um cenário de diálogo mútuo entre o saber popular e científico e a formação de um grupo de multiplicadoras sobre os assuntos debatidos, além de divulgadoras do projeto.

10.4 CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível afirmar que as vivências no projeto de extensão Café Educativo - Papo entre Mulheres garantiram o estreitamento das relações entre universidade e comunidade. Expandir as discussões para além das paredes da sala de aula e unir-se à população que também tem seu papel na construção do conhecimento, torna cada ação e atividade desenvolvida pela extensão, algo singular e enriquecedor.

Assim, observam-se resultados muito positivos, visto que são percebidos grandes avanços a cada atividade dos grupos, sejam eles quanto ao número de participantes, à interatividade, às próprias estratégias de superação da equipe em relação às dificuldades que vão surgindo e à melhoria da qualidade das metodologias e produções. É perceptível a contribuição do Projeto para formação profissional dos acadêmicos envolvidos. O contato direto com a população traz aos discentes e docentes uma nova perspectiva do que significa a educação em saúde e como ela de fato se concretiza.

Ressalta-se também como muito relevante, a crescente contribuição do Projeto para a população envolvida, o que ocorre a partir do diálogo e das relações horizontais estabelecidas e do estímulo para que a mulher se torne protagonista do seu processo saúde/doença mediante a construção do conhecimento de forma crítica e autônoma.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a política nacional de educação popular em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). [S.l.:s.n.], 2013.

CRUZ, P. J. S. C. et al. **Educação popular na universidade**: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop). São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2013.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

TELESI JÚNIOR, E. Prática integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 30, n. 86, p. 14, mar. 2016.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 5, n. 8, p. 6, fev. 2001.

PARTE II: APRESENTAÇÃO EM PÔSTER/BANNER

11 Vírus Linfotrópicos Humanos de Células T (HTLV-1/2/3/4):

revisão narrativa da literatura

Victor Fernando da Silva Lima

Universidade de Pernambuco (UPE)

Roberta dos Santos Souza

Universidade de Pernambuco (UPE)

Débora Nascimento da Nóbrega

Universidade de Pernambuco (UPE)

Débora Senna Benatti

Universidade de Pernambuco (UPE)

Bruna Eduarda Freitas Monteiro

Universidade de Pernambuco (UPE)

Tatiana Lins Carvalho

Universidade de Pernambuco (UPE)

RESUMO

O objetivo do estudo foi integrar as informações dispostas na literatura, acerca dos vírus linfotrópicos humanos, sua epidemiologia, diagnóstico, doenças associadas, tratamento e prevenção. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com busca nas bases de dados PUBMED e SciELO e busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas; 14 artigos foram selecionados. Até a data, foram descobertos e descritos 4 subtipos virais do HTLV: o HTLV-1,2,3 e 4. Destes, apenas o HTLV 1 e 2 parecem estar distribuídos mundialmente. Os poucos casos de infecção pelo HTLV 3 e 4 conhecidos são originados da África Central e não há, até o presente momento, associação destes dois tipos virais com nenhuma patologia. O HTLV-1 causa Leucemia/Linfoma de Células T de Adulto (LCTA) e Mielopatia/Parestesia associada ao HTLV-1; atualmente, outras doenças também têm sido associadas a esse patógeno. O HTLV-2 está pouco associado a patogenicidade e, às vezes, tem sido associado a síndromes neurológicas subagudas, incluindo paraparesia associada ao HTLV-2, neuropatias e distúrbios da bexiga. O diagnóstico é feito com testes de triagem (ELISA, aglutinação) e confirmatórios (Western Blot, PCR). As transmissões dos vírus acontecem pelo sangue, leite materno e secreções sexuais. Dessa forma, a prevenção é realizada impedindo o contato adequado com as vias infectantes. O tratamento é baseado na manifestação clínica apresentada pelo paciente.

Palavras-chave: HTLV-1. HTLV-2. Leucemia-lymfoma de células T do adulto. Paraparesia espástica tropical.

11.1 INTRODUÇÃO

O HTLV foi o primeiro retrovírus patogênico humano a ser descoberto e um dos primeiros vírus a ser associado ao desenvolvimento de tumores. Em 1977, manifestações clínicas da infecção pelo vírus foram descritas pela primeira vez na literatura (COFFIN, 2015), ainda sem que se soubesse a causa específica das mesmas, mas com indícios de uma etiologia viral, devido ao seu padrão de distribuição populacional, concentrado na ilha de Kyushu no Japão. Tais manifestações clínicas caracterizam-se por se desenvolverem durante a fase adulta, apresentarem células leucêmicas com propriedades de célula T e com alterações morfológicas características, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, ausência de massas no mediastino e curso subagudo ou crônico, sendo denominada leucemia/linfoma de células T do adulto (LCTA) (UCHIYAMA et al., 1977).

Ainda durante as décadas de 1970 e 1980, estudos conduzidos por Robert Gallo levaram ao isolamento dos vírus HTLV-1 e HTLV-2 em células de pacientes com neoplasias de célula T, originários não apenas do Japão, mas de outros países (COFFIN, 2015). No mesmo período, estudos realizados no Japão por Hinuma, levaram ao isolamento do vírus em pacientes com LCTA e à detecção de anticorpos contra o mesmo em indivíduos saudáveis oriundos de áreas endêmicas de LCTA, o que o levou a supor, corretamente, a existência de um grande número de indivíduos infectados, porém assintomáticos (COFFIN, 2015).

Em 1985, estudos conduzidos por Guessain levaram à identificação de anticorpos contra o HTLV-1 em pacientes com parestesia espástica tropical atendidos em Martinica, uma doença de etiologia até então desconhecida prevalente na Jamaica, Colômbia, Índia, África do Sul e Martinica (GESSAIN et al., 1985). Um ano depois, Osame e seus colaboradores identificaram anticorpos reagentes ao HTLV-1 no soro e no fluído cerebrospinal de pacientes com uma mielopatia semelhante à descrita por Guessain em Kagoshima, uma província do Japão endêmica para LCTA. Apesar de acreditarem que se tratava da mesma entidade clínica descrita por Guessain, optou-se por nomeá-la como Mielopatia associada ao HTLV-1 (HAM), uma vez que fora identificada em habitantes de uma região temperada (OSAME et al., 1986).

Até a data, foram descobertos e descritos 4 subtipos virais do HTLV: o HTLV-1,2,3 e 4. Os subtipos 3 e 4, foram ambos descobertos em 2005 (MAHIEUX; GESSAIN, 2011). Os primeiros casos de infecção pelo HTLV-3 foram reportados em dois pacientes assintomáticos



em Camarões do Sul, África, sendo descobertos posteriormente, outros casos de infecção por esse mesmo subtipo viral na mesma região, sugerindo que a infecção por esse vírus não é extremamente rara nos habitantes da África Central, como pensava-se a princípio. Infecções pelo vírus do HTLV-4, entretanto, parecem ser mais raras; há apenas três casos registrados de infecção por este subtipo, situados também na mesma área geográfica dos casos anteriores (MAHIEUX; GESSAIN, 2011; RICHARD et al., 2016). Não há, até então, associação da infecção desses subtipos a nenhuma patologia humana. Contudo, deve-se levar em consideração que a incidência de manifestações clínicas associadas ao HTLV-1 é muito baixa e segue um longo período de latência. Caso os Subtipos 3 e 4 do HTLV possam ocasionar patologias humanas, seria necessário um grande coorte de indivíduos infectados por um longo período de tempo antes de associar ou descartar associações (MAHIEUX; GESSAIN, 2011). Devido às limitações encontradas nos estudos com os subtipos 3 e 4 do HTLV, daremos ênfase nessa revisão a discussões acerca da epidemiologia, diagnóstico, transmissão, doenças associadas, tratamento e prevenção do HTLV-1 e 2.

11.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, constituindo-se em análise e interpretação de artigos de revistas eletrônicas por meio de busca em base de dados. O objetivo do estudo foi integrar as informações dispostas na literatura acerca dos vírus linfotrópicos humanos, sua epidemiologia, diagnóstico, doenças associadas, quadro clínico, tratamento e prevenção.

A busca de artigos incluiu pesquisa nas bases eletrônicas *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), assim como busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas, não sendo utilizado filtros de anos de publicação; sendo aceitos artigos em Inglês ou Português. A busca foi guiada por cruzamento de descritores associados aos objetivos da revisão (HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3, HTLV-4, epidemiologia, diagnóstico, doenças associadas, tratamento, prevenção) e seus correspondentes em Inglês (*HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3, HTLV-4, epidemiology, diagnosis, associated diseases, treatment, prevention*). Foram selecionados 14 artigos para serem discutidos nesta revisão.

11.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

11.3.1 Epidemiologia

O HTLV-1 é o subtipo mais prevalente (CARNEIRO-PROIETTI et al., 2002), e é o presente em mais regiões do globo, sendo endêmico do sudoeste do Japão, da África sub-Saariana, do Caribe e de alguns locais do Oriente Médio, da Austrália, da Melanésia e da América do Sul. Estima-se que existam 5 a 10 milhões de pessoas infectadas pelo HTLV-1 no mundo (GESSAIN; CASSAR, 2012).

O HTLV-2, descoberto em 1982, possui grande homologia com o HTLV-1, entretanto, não é tão distribuído mundialmente como o HTLV-1 e está presente em grupos populacionais específicos, como tribos nativas da América e África Central e em usuários de drogas injetáveis em áreas urbanas dos Estados Unidos, Europa e América Latina. A Amazônia Brasileira é considerada a maior área endêmica do mundo para o HTLV-2 (PAIVA; CASSEB, 2015).

11.3.2 Doenças Associadas

Dois principais doenças são associadas à infecção pelo vírus HTLV-1: Leucemia/Linfoma de Células T de Adulto (LCTA) e Mielopatia/Parestesia associada ao HTLV-1 (HAM) (UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2017). Apesar dessas doenças hematológicas e neurológicas serem as mais associadas aos casos sintomáticos de infecção pelo HTLV-1, o agente etiológico já foi associado a outras doenças, como artrite, uveíte, tireoidite, síndrome de Sjögren, cistite crônica, polimiosite, carcinoma, tuberculose, estrongiloidíase. Os casos relacionados a infecções, como as duas últimas doenças citadas, apoiam-se no fato da infecção gerar algum grau de comprometimento imune, levando a imunossupressão (UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2017).

A infecção pelo HTLV-2 está pouco associada à patogenicidade e, às vezes, tem sido associada a síndromes neurológicas subagudas, incluindo paraparesia associada ao HTLV-2, neuropatias e distúrbios da bexiga (GONZÁLEZ-ALCAIDE et al., 2016). Alterações Cognitivas associadas a infecções pelo HTLV não estão completamente definidas, apesar de serem frequentemente causas de discussão.

11.3.3 Diagnóstico

O diagnóstico da doença é feito em duas etapas: triagem e confirmação. Para a triagem são feitos testes sorológicos como ELISA e aglutinação, que buscam anticorpos contra o vírus e contribuem para a detecção indireta dos agentes causadores da doença. Na etapa de confirmação geralmente é utilizado o Western blot, outro tipo de teste sorológico. Para uma resposta concreta é necessário discernir se a infecção está sendo causada por HTLV- 1 ou 2, nisto são usados antígenos específicos para cada vírus. Se os métodos utilizados para confirmação e discriminação não forem suficientes, são aplicados testes moleculares para detectar o DNA ou RNA do vírus (CARNEIRO-PROIETTI et al., 2002).

11.3.4 Transmissão

A transmissão pode ser através do contato sexual, sendo este mais eficiente de homens para mulheres que no sentido contrário, ou verticalmente, pela via transplacentária e na contaminação no canal do parto que raramente ocorrem, ou na amamentação, que é mais comum. A prevalência pela amamentação pode ser mais alta em crianças que mamam mais de 3 meses (27%), se comparado àquelas com menos de 3 meses (5%). A triagem no banco de sangue tornou-se obrigatória no Brasil em novembro de 1993. Na década de 80 e 90 o contágio pela transfusão de sangue era comum em várias partes do mundo (CATALAN-SOARES et al., 2001; HIRATA et al.,1992). Os primeiros trabalhos japoneses descrevem a eficiência de transmissão transfusional em torno de 60%. Nas áreas endêmicas, as transmissões vertical e sexual são as principais vias para disseminação de infecção por HTLV-1. A via hemotransfusão tem maior importância nas áreas não endêmicas (LOPES e PROIETTI, 2008).

11.3.5 Prevenção

O sangue, leite materno e secreções sexuais dos portadores são infectados. Dessa forma, a prevenção é realizada impedindo o contato adequado com as vias infectantes. É importante o uso de preservativos nas relações sexuais, utilização de seringas/agulhas

descartáveis, e, em casos de mães infectadas, a amamentação é contraindicada ou poderá se utilizar da pasteurização ou fervura para inativar o vírus que está presente no leite materno. É de extrema importância a obrigatoriedade da realização do teste de triagem sorológica para o HTLV, em bancos de doação de sangue, para evitar a transmissão do vírus por transfusão sanguínea (CARNEIRO-PROIETTI et al., 2002).

11.3.6 Tratamento

O tratamento é realizado a partir da sintomatologia apresentada pelo paciente. O Complexo Neurológico associado ao HTLV tem sido associado por patogenia imunomediada de ataque ao sistema nervoso, tratado então como outras doenças imunológicas do sistema. Drogas como a prednisona, alfa-interferon, azatioprina, plasmaferese, gamaglobulinas, danazol, têm sido utilizadas para esses casos. O interesse por antirretrovirais como a azidotimidina e a lamivudina, têm crescido recentemente. O tratamento da LCTA, entretanto, possui resultados piores e não respondem às combinações quimioterápicas agressivas [VEPAM, MACOP-B, VEMP, ProMACE]. Combinações de interferon- α recombinante com o AZT parecem promissoras (CARNEIRO-PROIETTI et al., 2002).

11.4 CONCLUSÃO

Tendo em vista a importante prevalência dos vírus linfotrópicos humanos de células T na população brasileira, é importante a realização de mais estudos sobre esses, principalmente, no que tange a patogenia do HTLV-2, a transmissão vertical dos vírus, a transmissão por meio do leite materno, assim como também pesquisa de novos tratamentos farmacológicos das doenças associadas ao HTLV.

- CARNEIRO-PROIETTI, A. B. F.; RIBAS, J. G. R.; CATALAN-SOARES, B. C.; et al. Infecção e doença pelos vírus linfotrópicos humanos de células T (HTLV-I/II) no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 5, p. 499-508, 2002.
- CATALAN-SOARES, B. C.; PROIETTI, F. A.; CARNEIRO-PROIETTI, A. B. F. Os vírus linfotrópicos de células T humanos (HTLV) na última década (1990-2000): aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, p. 81-95, 2001.
- COFFIN, J. M. The discovery of HTLV-1, the first pathogenic human retrovirus. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 112, n. 51, p. 15525–15529, 2015.
- GESSAIN, A.; BARIN, F.; VERNANT, J. C. et al. Antibodies to human T-lymphotropic virus type-I in patients with tropical spastic paraparesis. **Lancet (London, England)**, v. 2, n. 8452, p. 407-410, 1985.
- GESSAIN, A.; CASSAR, O. Epidemiological Aspects and World Distribution of HTLV-1 Infection. **Frontiers in Microbiology**, v. 3, 2012.
- GONZÁLEZ-ALCAIDE, G.; RAMOS, J. M.; HUAMANÍ, C.; et al. Human t-lymphotropic virus 1 (htlv-1) and human t-lymphotropic virus 2 (htlv-2): geographical research trends and collaboration networks (1989-2012). **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 58, 2016.
- HIRATA, MIKI et al. The effects of breastfeeding and presence of antibody to p40tax protein of human T cell lymphotropic virus type-I on mother to child transmission. **International journal of epidemiology**, v. 21, n. 5, p. 989-994, 1992.
- LOPES, M. S.; PROIETTI, A. B. F. C. HTLV-1/2 transfusional e hemovigilância: a contribuição dos estudos de look-back. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 30, n. 3, p. 229-40, 2008.
- MAHIEUX, R.; GESSAIN, A. HTLV-3/STLV-3 and HTLV-4 viruses: discovery, epidemiology, serology and molecular aspects. **Viruses**, v. 3, n. 7, p. 1074–1090, 2011.
- OSAME, M.; USUKU, K.; IZUMO, S.; et al. HTLV-I associated myelopathy, a new clinical entity. **Lancet**, v. 1, n. 8488, p. 1031–1032, 1986.
- PAIVA, A; CASSEB, J. Origin and prevalence of human t-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) AND TYPE 2 (HTLV-2) among indigenous populations in the americas. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 57, n. 1, p. 1-14, 2015.
- RICHARD, L.; MOUINGA-ONDÉMÉ, A.; BETSEM, E.; et al. Zoonotic Transmission of Two New Strains of Human T-lymphotropic Virus Type 4 in Hunters Bitten by a Gorilla in Central Africa. **Clinical Infectious Diseases**, v. 63, n. 6, p. 800–803, 2016.

UCHIYAMA, T.; YODOI, J.; SAGAWA, K.; et al. Adult T-cell leukemia: clinical and hematologic features of 16 cases. **Blood**, v. 50, n. 3, p. 481–492, 1977.

RIVERA-CALDÓN, C. C; LÓPEZ-VALENCIA, D; et al. Infección por el virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) y paraparesia espástica. Avances y diagnóstico 35 años después de su descubrimiento. **IATREIA**, v. 30, n. 2, p. 146–159, 2017.

12 Educação sexual e o desenvolvimento de habilidades de comunicação com adolescentes: relato de experiência da campanha “fala sério”

Aurimarcia da Silva Torres

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Angélica Paula da Trindade

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

A campanha “Fala Sério!” surge mediante um aumento no número de jovens com infecções sexualmente transmissíveis, além do uso precipitado dos métodos contraceptivos indicados em estatísticas do assunto. Ainda nessa perspectiva, há constantemente um desconhecimento acerca dos procedimentos corretos na higienização íntima. Tendo em vista estes problemas e com objetivo de dar maior autonomia aos jovens, de forma que eles pudessem saber as reais consequências do comportamento sexual inseguro, a campanha “Fala Sério!”, elaborada por alunos de medicina de diversos períodos da UFRN, filiados ao comitê *IFMSA Brazil* nesta universidade, pensou em lançar mão da discussão desse tema no meio acadêmico e atuar com adolescentes nas escolas. Sendo assim, com o objetivo de descrever a experiência da campanha “Fala sério!” com adolescentes, na Escola Estadual Senador Dinarte Mariz, e de apontar a importância desse tipo de experiência para a formação médica, o presente trabalho aborda a comunicação com adolescentes e a educação sexual como transformadoras não apenas do aluno de medicina que vivencia a experiência, mas também de toda uma sociedade.

Palavras-chave: Adolescente. Educação em saúde pública. Estudantes de medicina. Habilidades sociais.

12.1 INTRODUÇÃO

Sendo a adolescência um período de oportunidades e riscos, que envolve mudança tanto de aspectos físicos, como cognitivos e psicossociais, o adolescente possui um modo peculiar de ver o mundo que difere do pensamento infantil e adulto. Segundo o psicólogo David Elkind (1978 apud PAPALIA, 2006), o pensamento imaturo, muitas vezes relacionado ao adolescente, é caracterizado por alguns comportamentos e atitudes, que são: a tendência a discutir, a indecisão, a resistência a figuras de autoridade, a suposição de invulnerabilidade, e a autoconsciência. Trata-se de um universo particular e uma linguagem própria, além de um período de intrínseca vulnerabilidade.

A literatura científica sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em adolescentes é relativamente ampla e dentre alguns comportamentos de risco para esse quadro estão: o uso de bebida alcoólica, fumo e outras drogas; ter tido relações com mais de uma pessoa na vida e, pelo menos, um episódio de relação sexual desprotegida. No âmbito da atenção primária, cuidados nesse sentido e ações com vistas à promoção de saúde podem ser desenvolvidos com a participação dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), educadores, gestores e pais. Entretanto, os serviços de saúde encontram nessa tarefa um desafio, de modo que os profissionais de saúde da Atenção Primária devem estar atentos para o potencial dos adolescentes, com vistas ao protagonismo, que contribui para o seu cuidado e colabora com outros sujeitos na mesma faixa etária, com atitudes dialógicas (BRASIL, 2017, p. 2).

Diante disso, entendendo que a educação em saúde ultrapassa os limites das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e se alicerça na concepção de intersetorialidade, intervenções em nível escolar, com objetivo de prevenir comportamentos de risco, são apropriadas e devem ser realizadas adequando-se às necessidades específicas desse público, de maneira que o adolescente tenha o conhecimento e opte pela escolha mais segura.

Segundo dados recentes do Boletim Epidemiológico sobre HIV/AIDS, houve um aumento da taxa de detecção de AIDS em jovens de 15 a 24 anos, nos últimos 10 anos, sendo que de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou, tendo, no ano de 2015, 6,9 casos em indivíduos entre 15 e 19 anos, em cem mil habitantes.

Desse modo, o objetivo deste relato é descrever a experiência da campanha "Fala sério!" (2018) com adolescentes da Escola Estadual Senador Dinarte Mariz, em Natal-RN, através da abordagem de temas relacionados à sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis (IST's), além de apontar a importância desse tipo de experiência para a formação médica.

12.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A campanha do "Fala sério!", um projeto feito por alunos de medicina, membros do comitê da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), da *International Federation of Medical Students' Association Brazil (IFMSA Brazil)*, que propôs desmistificar algumas ideias do imaginário popular adolescente sobre higiene íntima, sexualidade e DST's, levou alguns alunos de medicina previamente selecionados - e anteriormente capacitados por uma ginecologista - para a Escola Estadual Senador Dinarte Mariz, localizada no bairro Mãe Luíza, em Natal. Tal campanha, realizada no dia 17 de maio, quinta-feira, das 18 horas às 21 horas, tinha como ideia inicial realizar um jogo de mitos e verdades, de forma que o grupo pudesse se adaptar a diferentes perfis de jovens e perceber mais facilmente ao longo da intervenção quais os pontos que deveriam ser tratados com mais ênfase e profundidade. A brincadeira consistia em dar duas placas, uma com nome "MITO" e outra com nome "VERDADE" aos jovens, fazendo afirmações do senso comum relacionadas aos temas propostos e perceber a resposta destes.

As afirmações foram construídas de forma simples e curta para dinamizar a brincadeira, um detalhe importante quando se têm jovens que precisam de ações pensadas para suas faixas etárias e não algo monótono ou infantilizado.

No dia da campanha, os acadêmicos visitaram diversas turmas de diferentes idades e foi uma experiência cheia de aprendizados para ambos, mas o ponto principal foi o aprendizado obtido pelos futuros médicos, pois estes puderam usar um conhecimento obtido previamente e transformá-lo em algo que poderia ser passado para jovens de uma forma realmente eficaz, isso pode ser dito porque foi notória a empolgação dos adolescentes a partir de que a cada "mito" ou "verdade", encantando os discentes da UFRN com o retorno recebido.

Ainda nesta perspectiva, foi visível um maior interesse dos discentes ao assunto da campanha antes da apresentação aos jovens, pois estes tinham a preocupação de se capacitar da maneira mais clara e didática possível para se fazer entender pelos jovens.

Por fim, o mais gratificante para os futuros médicos foi a sensação de ter passado algo para os adolescentes que o farão ter discernimento para perceber quais atitudes são comportamentos de risco para o desenvolvimento de DST's e quais cuidados são necessários para evitar alguns problemas de saúde adquiridos na atividade sexual.

12.3 DISCUSSÃO

Analisando a experiência, percebe-se que o “Fala sério!” busca orientar adolescentes a fim de que compreendam a abrangência do comportamento sexual inseguro, assim como do uso incorreto ou sem orientações de alguns métodos contraceptivos, além da importância da correta higienização íntima. Portanto, a campanha “Fala sério!” busca uma mudança da realidade. Para a sociedade, isso significa mais jovens instruídos acerca da importância da prática sexual segura, o que evita gravidez indesejável e IST's. Além disso, representa para o jovem, autonomia, pois este terá conhecimentos para evitar tais problemas.

Mudando a perspectiva para o acadêmico de medicina, é uma ideia que dá a oportunidade de o aluno desenvolver e praticar a comunicação com adolescentes, algo bem deficiente na formação médica de forma geral, que se reflete na falta de adesão dos jovens nas campanhas do Ministério da Saúde e no número alarmante de jovens com DST's. Também, permite ao discente refletir acerca da importância da educação e seu impacto na saúde da sociedade, assim como o papel do médico como orientador e educador.

12.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o momento de intervenção, foi possível promover saúde a partir de momentos de escuta e discussão sobre sexualidade. Isso porque houve a construção de um espaço de acolhimento, construção de conhecimento, autovalorização e dos relacionamentos interpessoais, onde os adolescentes tiveram oportunidade de expor suas ideias.

Embora a campanha ainda não tenha sido finalizada, existe a proposta de desenvolvimento de projeto a partir dela.

Além disso, a campanha “Fala Sério” representou a possibilidade de participar do desenvolvimento de habilidades para a formação médica fora do espaço tradicional e de entender o médico como também um educador e formador de opinião. Em outras palavras, foi compreender, na prática, a saúde como direito e conquista da cidadania.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos diretores da Escola Estadual Senador Dinarte Mariz que, prontamente, entenderam a proposta e abriram espaço para a realização das intervenções, um vínculo que esperamos fortalecer com o tempo, e à Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP, que forneceu material preservativo para distribuição na escola.

REFERÊNCIAS

BRASIL, E. G. M. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. Esc. Enferm.** v. 51, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/39FKFxm>. Acesso em: 19 jan. 2018.

OLIVEIRA, P. C. et al. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Rev. Eletr. enf.**, v. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39926>. Acesso em: 17 jan. 2018.

PAPALIA, D. E. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. [S.l.]: Artes Médicas, 2006.

José Roberto Scalone Barbosa

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Luísa Leite Alves

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Giovanna Macedo Tavares

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Bárbara Monteiro de Melo

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Maíra Cavalcanti Sousa

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Priscylla Rayanne Fernandes de Oliveira

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Fabrynne Lopes de Amaral

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é um fenômeno observado mundialmente. As pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos representam aproximadamente 10% da população do planeta. No que diz respeito a sexualidade na terceira idade, é importante perceber que consiste em um assunto suprimido pela população idosa por envolver valores culturais e morais que são moldados no decorrer de sua vida em sociedade. **OBETIVO:** O objetivo do trabalho foi relatar a experiência dos acadêmicos de medicina a respeito da ação realizada pela *International Federation of Medical Student's Association (IFMSA Brazil)*. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** A ação com o tema "MED TABUS" foi realizada em 2017, nas dependências da universidade Maurício de Nassau. O evento contou com a participação de 25 estudantes, integrantes da *IFMSA* e da Nassau, e de uma palestrante, Dra Michele Bautista - Geriatra e especialista em sexualidade na terceira idade. **RESULTADOS:** Todos os participantes puderam aproveitar e aprender um pouco mais sobre a temática. Dentre os 25 participantes, 45% eram do SCOTH, 28% eram do SCORP, 11% eram do SCORA, 11% eram do intercâmbio e 5% eram do SCOME.

Palavras-chave: AIDS. Idoso. Sexualidade.

13.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado mundialmente. Desde 1950, a esperança de vida ao nascer aumentou 19 anos em todo o mundo e as pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos representam aproximadamente 10% da população do planeta. Viver mais sempre foi objetivo da humanidade, mas com as alterações funcionais decorrentes do envelhecimento biológico, o grande desafio passou a ser viver bem os anos de vida ganhos. No que diz respeito a sexualidade na terceira idade, é importante perceber que consiste em um assunto suprimido pela população idosa por envolver valores culturais e morais que são moldados no decorrer de sua vida em sociedade. Nota-se, portanto, uma questão fundamental quando se afirma que o processo de envelhecimento causa consequências a vida sexual dos indivíduos em idade avançada. Vale salientar ainda que, devido à ausência de conhecimento sobre o processo de envelhecimento das pessoas amadurecidas, pode ocorrer a inativação da vida sexual devido a conflitos internos frutos das mudanças desencadeadas por esse processo, além da visão depreciativa da sociedade e de julgamento.

Visando modificar as mudanças ocorridas pelo envelhecimento, alguns idosos fazem uso de fármacos para praticar ou para melhorar seu desempenho na prática sexual. Outro fator importante que auxilia nessa prática é a proximidade, pois idosos que vivem em instituições de longa permanência ou mesmo que participam de algum grupo de convivência, tem maiores oportunidades para serem ativos sexualmente. Além disso, muitos chegam a praticar o ato sexual sem a utilização de preservativos, ficando expostos as doenças sexualmente transmissíveis.

Dentre as doenças sexualmente transmissíveis, a síndrome da imunodeficiência humana tem apresentado um crescente entre a população com faixa etária acima dos 50 anos. No entanto, apesar das pessoas da terceira idade realizarem esses tipos de atividades, eles sofrem algumas barreiras pelo estigma do idoso assexuado, esse fato leva alguns profissionais na área da saúde a não abordarem a temática com seus pacientes, tornando-se necessário chamar a atenção dos estudantes de medicina para essa realidade, desmistificando a ideia do idoso assexuado e reforçando o combate a crescente das doenças sexualmente transmissíveis. Com isso, o objetivo do trabalho foi relatar a experiência dos

acadêmicos de medicina a respeito da ação realizada pela *International Federation of Medical Student's Association (IFMSA Brazil)*.

13.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em novembro de 2017, no Centro Universitário Maurício de Nassau, ocorreu a campanha MED Tabus, para os estudantes de medicina participantes do projeto de extensão *IFMSA Brazil*, da Uninassau. O evento contou com a participação de 25 estudantes.

A divulgação da ação ocorreu pela rede social *WhatsApp* da *IFMSA Brazil* comitê Uninassau, por meio de uma arte confeccionada pela SG do comitê. O foco principal da ação foi aprimorar o conhecimento dos estudantes de medicina a respeito do tema sexualidade em idosos e como a abordagem médica deve ser realizada ao trabalhar com a sexualidade na terceira idade.

A partir disso, a Dra Michele Bautista - Geriatra e especialista em sexualidade na terceira idade, trouxe uma abordagem didática científica sobre assuntos relacionados ao tema, junto com a abertura para retirar possíveis dúvidas dos participantes da ação. Após esse primeiro momento, houve um intervalo para o *coffee-break*. No segundo momento, montou-se uma roda de conversa com o intuito de incrementar a discussão da temática entre palestrantes, coordenadores e participantes da ação. Com isso, foi possível contribuir para a construção de um conhecimento médico baseado na quebra de barreiras sobre o tema da sexualidade na população idosa.

13.3 RESULTADO

Dentre os 25 participantes, 45% eram do SCOTH (*Standing Committee on Public Health*), 28% eram do SCORP (*Standing Committee On Human Rights & Peace*), 11% eram do SCORA (*Standing Committee On Sexual & Reproductive Health*), 11% eram do intercâmbio e 5% eram do SCOME (*Standing Committee On Medical Education*).

13.4 CONCLUSÃO

Diante do êxito de nossa ação foi possível concluir que obtivemos resultados positivos com grande satisfação, por parte de todos os envolvidos. Percebermos o grande interesse dos participantes na busca pelo conhecimento sobre a sexualidade na terceira idade, onde foi possível conhecer um pouco sobre o processo fisiológico da senilidade, fármacos utilizados como estimulantes sexuais além da importância do acompanhamento multidisciplinar nesse momento da vida. Dessa forma, a ação serviu como uma preparação teórica para ações futuras, por meio das melhores evidências científicas foi possível obter maior propriedade sobre o tema para posteriores abordagens em grupos de idosos.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar nossa gratidão a universidade Maurício de Nassau e ao projeto de extensão *IFMSA Brazil*, pela oportunidade cedida.

REFERÊNCIAS

NETO, J. D. et. al. Doença sexualmente transmissível em idosos: uma revisão sistemática. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3853-3864, 2015.

QUEIROZ, M. A. C. et. al. Representação social da sexualidade entre idosos. **Revista brasileira de Enfermagem**. v. 68, n. 4, p. 662-667, 2015.

UCHÔA, Y. S. et. al. A sexualidade sob olhar da pessoa idosa. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

VIEIRA, K. F. L.; SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 36, n. 1, p. 196-209, 2016.

Annie Livia Torres de Albuquerque Araújo

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Dávinna Nyara Lima Moura

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Henrique Marques Dagostin

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Juliana Kadja Melo da Silva

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Myrella Lorena Almeida Pereira

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Lázaro Fabrício de França Souza

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

RESUMO

O trabalho consiste em um breve apanhado do que a literatura expõe acerca da atenção à saúde de mulheres do campo, com foco no acesso à saúde e estabelecendo uma relação com os Direitos Humanos. Para isso, as considerações desenvolvidas têm por base a realização de uma pesquisa bibliográfica (parte de uma pesquisa monográfica em progresso), a partir de uma abordagem qualitativa, baseada em publicações e trabalhos que se concentram na descrição e análise do contexto vivenciado pelas mulheres camponesas, no que se refere a, basicamente, questões de gênero, acesso à saúde e Direitos Humanos. A partir do que foi levantado, compreende-se que as especificidades envolvidas na atenção à saúde de populações rurais, concentrando-se, aqui, nas mulheres camponesas, em um enfoque de gênero, e guiando-se a partir do direito à saúde como um direito fundamental de todos os indivíduos, determinam a produção de cuidados em um formato singular, que integre as particularidades apresentadas por esse público, sem desconsiderar aspectos como a própria conexão com a rede de atenção à saúde, relacionada ao acesso, na construção de uma saúde integral.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Direito à saúde. Gênero. Saúde. População rural.

14.1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva da medicina rural, ou da saúde rural, evidencia-se que os cuidados processados nesse meio específico devem se orientar para as especificidades vivenciadas pelos habitantes de tais áreas, isto é, levando em consideração que existem diferenças, em relação ao ambiente urbano, no que tange ao modo de viver e se relacionar das populações do campo, as quais, naturalmente, repercutem-se em sua saúde e adoecimento. Em um recorte mais específico, quando se considera as mulheres do campo (trabalhadoras rurais), entende-se que uma nova série de particularidades se envolve na atenção à saúde voltada para esses sujeitos, levando em conta, por exemplo, fatores como vulnerabilidade, questões de gênero – entendido aqui em sua dimensão política e como categoria de análise (SCOTT, 1995) – e empoderamento. Essas singularidades, tanto no que diz respeito ao ambiente onde se inserem, quanto às inerentes à própria categoria de camponesa, também ecoam na conexão que se estabelece com a rede de atenção à saúde, ou, em outras palavras, nas condições capazes de fragilizar ou fortalecer o acesso aos serviços de saúde.

Adotando uma visão de saúde mais ampla e integral, que ultrapasse a simples ausência de doença, e entendendo-a, do ponto de vista dos Direitos Humanos (DH), como um direito fundamental de todos e todas, compreende-se a pertinência de debater sobre o tema. Desse modo, o trabalho possui como objetivo refletir sobre a situação de saúde das mulheres rurais, tendo como referência o acesso aos serviços de saúde e relacionando esse aspecto aos Direitos Humanos.

14.2 MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho consiste em uma pesquisa descritiva bibliográfica (que surge como um recorte de uma pesquisa monográfica em andamento) de cunho qualitativo que objetiva contribuir para a reflexão a respeito da saúde da mulher camponesa, do ponto de vista da medicina rural. Propondo-se a contribuir com os processos de exame e sistematização do que a literatura indica sobre o tema estudado, a pesquisa parte de trabalhos que se voltam para a descrição e análise do contexto vivenciado pelas mulheres do campo e do que se levantou

como problemáticas, no sentido de colaborar com a construção de uma visão mais ampla sobre a saúde das mulheres do meio rural.

14.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No sentido de refletir, sob o ponto de vista dos Direitos Humanos, notadamente sobre o acesso de mulheres camponesas à saúde, podem-se tomar como ponto de partida certos tópicos capazes de nortear a discussão, contribuindo com o desenvolvimento do quadro estudado. Em busca de identificar que possíveis fatores influenciariam em tal processo, considerando, por exemplo, a área investigada, o público-alvo e a natureza do fenômeno em foco (acesso à saúde), a relevância do tema torna-se mais perceptível quando se consideram as características peculiares incluídas na trajetória histórica do espaço rural brasileiro – como a concentração de riquezas e terras, o extermínio de povos indígenas e a marginalização de famílias e mulheres camponesas (BRASIL, 2013) – que se traduzem em condições diferenciadas de acesso ao sistema de saúde. As relações desiguais de gênero vivenciadas pelas mulheres do campo (MARTINS, 2016) também contribuem para a compreensão da situação aqui enfatizada.

A respeito do espaço rural, faz-se útil compreendê-lo, primeiramente, como uma localidade específica, isto é, como um espaço físico diferenciado – resultado de processos como a ocupação do território, as relações com o ambiente e com a cidade e o modo de uso e posse da terra, que constituem as bases materiais para a dominação social – e como um local distinto de produção de vivências – em que se inserem as especificidades contidas no modo das populações rurais de ver o mundo e inserir-se na sociedade, a nível nacional (WANDERLEY, 2001). Evitando uma visão idealizada e bucólica do rural, ou deste como sinônimo de atraso, afasta-se de uma suposta homogeneidade do mundo rural, que o reduz a um oposto de “urbano” e passa-se a compreender a ruralidade como vinculada ao modo de ser e viver a partir de dada inserção em processos sociais e históricos, de forma dinâmica (MACIAZEKI-GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016). A concepção usualmente utilizada de racionalidade urbana, inclusive, reforça a ideia de que o modo de vida rural, considerando a expansão e o desenvolvimento das cidades, dirige-se para o desaparecimento; porém, a sociabilidade rural apresenta sua resistência através da estruturação de identidades e

experiências próprias e distintas (BONOMO et al., 2017). A associação entre o espaço rural e estereótipos negativos também se estende para a figura do (a) camponês (a), historicamente associada à ignorância e ao retrocesso, revelando um cenário de hegemonia do modo de vida urbano (BONOMO, 2010; DEL PRIORE; VENÂNCIO, 2006 apud BONOMO et al., 2017). Desse modo, entende-se que (assim como ocorre com a educação, por exemplo) uma atenção à saúde nos moldes do padrão urbano, apenas modificando o local onde se processa, não seria tão frutífera quando aplicada às áreas rurais.

Ainda sobre essa uniformização de diferenças entre rural e urbano, Carneiro (1998) destaca que a visão de ruralidade apenas como oposto de urbanidade não seria viável, já que ambas, a partir de seu universo simbólico particular, produzem representações sociais submetidas a diversas reelaborações e ressemantizações. Desse modo, a redução do rural a seu posto perante o urbano não conseguiria explicar as reformas e fenômenos vivenciados em tal espaço, ao mesmo tempo que o distanciamento entre os dois, em uma visão antagônica, também restringiria as reflexões, uma vez que a divisão dicotômica pode acabar obscurecendo alguns pormenores que seriam preciosos para a compreensão de características específicas de certos lugares (ROSENTHAL; FOX, 2000), algo essencial na perspectiva da saúde integral.

Além de contarem com particularidades relativas ao local onde se inserem, as camponesas também lidam com especificidades como as relativas às questões de gênero. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2012) relativos a trabalhadoras do campo e da floresta mostram que 8% das mulheres casadas entrevistadas apontam, como motivo de escolha da chefia da casa, o fato de *ser homem*. Outro dado revelador, da mesma investigação, é que 18% das pesquisadas indicaram a vontade de deixar o campo, em razão dos melhores serviços de saúde, educação e saneamento existentes na cidade.

As relações desiguais socialmente construídas entre homens e mulheres relacionam-se fortemente com sua saúde e adoecimento. A respeito do trabalho, por exemplo, tendo em vista divisão sexual do trabalho (KERGOAT, 2009), com a hierarquização entre as atividades executadas por homens e mulheres, as camponesas são submetidas (desde a infância, até no casamento) a uma jornada laboral exaustiva, só que sem o devido reconhecimento (AMORIM et al., 2010), produzindo efeitos orgânicos e mentais em sua saúde. Essa invisibilização da mulher e de seu trabalho, assim como as relações assimétricas de gênero enfrentadas pelas camponesas, as inserem em um quadro de vulnerabilidade social (MARTINS, 2016).

Voltando-se para o enfrentamento da vulnerabilidade, que pode ser entendida em sua dimensão individual (relativa ao modo de vida e fatores próprios da pessoa), social (que considera fatores culturais, materiais, políticos, morais envolvidas no acesso, uso, metabolização e incorporação de informações), e programática (relativa às instituições das quais o indivíduo pode dispor) (AYRES et al., 2012), surge a necessidade do empoderamento. A partir da mobilização das mulheres, tornando-se sujeitos coletivos atuantes, se avança rumo à construção de uma identidade de mulher rural que pode conferir visibilidade e participação nos processos de produção, rompendo com o passado patriarcal e a estrutura androcêntrica que persiste (AMORIM et al., 2010). Observa-se então, a partir da organização das mulheres, a ampliação de seu poder de decisão, no sentido de desconstruir um cenário que deteriora sua qualidade de vida.

Considerando a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde, como um completo bem-estar físico, mental e social, excedendo a ausência de doença (WHO, 2014), reconhece-se, partindo das dimensões sociais do fenômeno saúde/doença, a magnitude de outros fatores, que não são somente os individuais, no que se entende por saúde. A situação desprotegida em que se encontram as mulheres rurais, então, compõe-se de uma série de fatores, conforme apontado acima, que, no âmbito da saúde, interferem, por exemplo, na própria ligação com a rede de atenção.

Em saúde, acesso relaciona-se basicamente à entrada no sistema de saúde, incluindo aspectos que facilitem ou dificultem a obtenção dos serviços (DONABEDIAN, 2003 apud TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Entre as barreiras que potencialmente impedem a utilização dos serviços de saúde no meio rural, podem ser elencadas a falta de infraestrutura, a escassez de políticas públicas e as distâncias geográficas, incluindo também dificuldades relativas ao transporte – acentuadas pelos papéis de gênero (MACIAZEKI-GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016; ROSENTHAL; FOX, 2000). Trabalhando com equipes e recursos restritos, o profissional da saúde inserido no meio rural opera em relativo isolamento (ANDO et al., 2014), que, segundo Viana (2016), também é sentido pelos residentes das áreas rurais, por meio da dificuldade de realizar exames complementares e mesmo de se deslocar na rede de atenção à saúde. A fragilidade no acesso, enfrentada pelas populações rurais, porém, contrasta com a legislação existente a esse respeito.

Com a lei nº 8.080, que regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é definido que o Estado é responsável por garantir um acesso universal e igualitário aos serviços

e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a qual é considerada um direito fundamental do ser humano (BRASIL, 1990). Indo ao encontro de tal definição, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO/DUBDH, 2005), estabelece que desfrutar do mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todas as pessoas, independentemente de questões como raça, convicção política ou condições socioeconômicas.

Na discussão sobre DH e saúde, cabe salientar que esta consta, juntamente com o direito ao trabalho, à organização sindical, à previdência social, à estabilidade no emprego, a condições de segurança no trabalho e aos serviços públicos, por exemplo, entre os direitos fundamentais de natureza social, econômica e cultural (DORNELLES, 2013), fazendo parte da segunda geração dos direitos humanos – a dos direitos sociais – quando se inserem, além dos direitos voltados ao mundo do trabalho, direitos de caráter social como à educação, à habitação e à própria saúde (BENEVIDES, 1998).

Outro ponto significativo nesse debate é o conceito de cidadania. Entendendo os DH como uma condição para que o indivíduo possa participar enquanto cidadão e usufruir dos direitos que possui (PORTELA; SALGADO, 2013), pode-se perceber o caráter significativo da cidadania – que pode ser basicamente definida como o direito de se viver de forma decente, o direito de ter direitos (DIMENSTEIN, 1995) – no acesso à saúde. Deve-se, ainda, frisar que os DH possuem uma relação íntima com a situação de saúde. O alcance do direito à saúde possui forte ligação com a conquista de outros direitos, como a não discriminação, participação nos processos de decisão, acesso à informação, direito de controlar seu próprio corpo e acesso a uma saúde diferenciada (em situações diferenciadas), sendo que, nos casos de violações dos direitos humanos, graves consequências recaem sobre a saúde de pessoas e populações vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2017).

Um ponto a ser enfatizado nessa discussão, acerca da necessidade de assegurar os direitos fundamentais a todos em um contexto democrático, é até que ponto os direitos descritos na teoria, através da Constituição de 1988, por exemplo, traduzem-se na prática, uma vez que, ao assumir um formato abstrato e descontextualizado, os Direitos Humanos empobrecem de significado (FONSECA; CARDARELLO, 1999). Pode-se, a partir daí, refletir, por exemplo, acerca da participação do Estado na regulamentação desses direitos, através das políticas públicas (PORTELA; SALGADO, 2013) e em que medida estas concretizam-se em melhorias de fato. Em outras palavras, pode-se discutir sobre como os direitos humanos

aplicam-se no Brasil – ou melhor, a “quem” se aplicam – averiguando que apenas direitos políticos iguais não seriam suficientes para que se chegue à justiça social (DIMENSTEIN, 1995). O *status* de cidadão ou cidadã então, surge como uma condição para que se acessem direitos fundamentais, como a saúde, inseridos no conjunto dos Direitos Humanos. Pensando na produção de cuidados de saúde a partir de uma abordagem mais integral e em seu potencial de desconstruir vulnerabilidades, observa-se a intensidade da associação entre a conquista de direitos e a situação de saúde.

14.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do que é demonstrado nas obras pesquisadas a respeito do tema focado pelo trabalho, entende-se que a realidade das populações rurais requer especificidades na atenção à saúde, especialmente quando se refere à saúde das mulheres inseridas nesse contexto, o que aponta para a necessidade do enfoque de gênero. Tomando como guia o direito à saúde como um direito fundamental, na perspectiva dos Direitos Humanos, compreende-se o acesso à saúde, ou sua fragilidade, pode representar um obstáculo no sentido de se alcançar uma saúde integral. Desse modo, fica mais evidente que, para pensar em uma saúde democrática, que supere preconceitos, o isolamento e a segregação, ferramentas como a reflexão de gênero, a sensibilização acerca da conquista de direitos como o acesso à saúde e o comprometimento com a igualdade de direitos podem contribuir, do ponto de vista da problematização, para potencializar o diálogo acerca de iniciativas capazes de fortalecer o acesso e a atenção à saúde de mulheres camponesas.

REFERÊNCIAS

AMORIM, É. O. et al. Sindicalizadas rurais: uma nova face do empoderamento da mulher no meio rural. *In*: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE SOCIOLOGIA RURAL, 7., 2010, Porto de Galinhas. **Anais** [...]. Porto de Galinhas: Associação Latino-Americana de Sociologia Rural, 2010.

ANDO, N. M. et al. Declaração de Brasília: “o conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 6, n. 19, 2014.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In: TRATADO de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 375–417.

BENEVIDES, M. V. DE M. Cidadania e Direitos Humanos. **Cadernos de pesquisa**, n. 104, p. 39–46, 1998. Disponível em: <https://bit.ly/2TVXeOh>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BONOMO, M. et al. Social Representations and rural sociability among farmers of a rural community. **Psico-USF**, v. 22, n. 2, p. 235–248, 2017.

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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/39levB9>. Acesso em: 4 maio 2018.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Atenção Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

CARNEIRO. Ruralidade: novas identidades em construção. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 6, n. 2, p. 53-75, 1998.

DIMENSTEIN, G. **O cidadão de papel**. 11. ed. São Paulo: Ática, 1995.

DORNELLES, J. R. W. **O que são Direitos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2013.

FONSECA, C.; CARDARELLO, A. Direitos dos mais e menos humanos. **Horizontes Antropológicos**, v. 5, n. 10, p. 83–121, 1999. Disponível em: <https://bit.ly/338T2yV>. Acesso em: 05 fev. 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil socioeconômico e condições de vida das mulheres trabalhadoras do campo e da floresta**. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. *In: Dicionário Crítico do Feminismo*. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 2009. p. 67-75.

MACIAZEKI-GOMES, R. C.; NOGUEIRA, C.; TONELI, M. J. F. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2016.

MARTINS, B. V. Gênero, empoderamento e mulheres rurais. *In: CONGRESSO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL*, 5., 2016, Montes Claros. **Anais [...]**. Montes Claros: Unimontes, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2IC2q4F>. Acesso em: 2 maio 2018.

OLIVEIRA, M. H. B. et al. (Ed.). **Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos**. Rio de Janeiro: Cebes, 2017.

PORTELA, S. V.; SALGADO, R. C. F. Direitos humanos e acesso à saúde: uma questão de bioética? *In: JORNADA INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA EM TEOLOGIA E HUMANIDADES (JOINTH)*. 3., 2013, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: Núcleo de Estudos em Bioética de Curitiba (NEB), 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3aKZeQb>. Acesso em: 30 abr. 2018.

ROSENTHAL, T. C.; FOX, C. Access to health care for the rural elderly. **JAMA**, v. 284, n. 16, p. 2034-2036, 2000.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**, v. 20, n. 2, p. 71–99, 1995.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

UNESCO/DUBDH. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Tradução de Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado: Brasília: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e da Sociedade Brasileira de Bioética, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3cRJ1KQ>. Acesso em: 30 abr. 2018.

VIANA, M. P. S. **A Estratégia saúde da família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: relato de uma experiência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Nova Friburgo, 2016.

WANDERLEY, M. N. B. A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. *In: UNA NUEVA ruralidad en América Latina?* Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2001. p. 31–44.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. 48. ed. Genebra: WHO, 2014.

15 Suporte básico de vida em libras: inclusão nos cuidados de saúde - relato de experiência

Marcelo Pereira de Lira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Luzia Carla de Souza Soriano

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Naedja Naira Dias de Lira e Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Carlos Ygor Costa Martins

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Anne Gabrielly Alves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Mateus de Paula Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Diogenes Lopes de Paiva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

Este artigo trata-se de um relato de experiência sobre um trabalho desenvolvido por estudantes de medicina, na Associação de Surdos de Mossoró (ASMO). O objetivo do trabalho foi a transmissão de conhecimento, em Libras, sobre o suporte básico de vida (SBV), baseado no fato de que a equidade está descrita nos princípios do SUS e a aplicação do SBV é importante para redução de danos e, principalmente, para o empoderamento da população surda na prática da educação em saúde. Foi realizado um encontro na associação no dia 23 de junho de 2018, previamente marcado, para que fosse possível a discussão quanto à o que é o SBV, qual sua aplicabilidade e como proceder diante de situações de parada cardiorrespiratória, a partir da demonstração em manequins das principais condutas que norteiam o SBV para leigos. Foram também levantadas dúvidas por parte dos surdos sobre outras questões, tais como convulsões e choque elétrico, em que buscou-se sanar tais dúvidas a partir do auxílio de ouvintes que conhecem de forma mais fluente Libras. Participaram do encontro 20 surdos e 8 ouvintes, os quais em sua maioria auxiliaram os estudantes no entendimento das dúvidas e questionamentos dos surdos que ultrapassaram o tema previamente discutido. A experiência permitiu aos estudantes ampliar o seu conhecimento sobre Libras, promover educação em saúde, assim como possibilitou aos surdos compreenderem um pouco mais sobre a importância e a aplicabilidade do SBV.

Palavras-chave: acessibilidade aos serviços de saúde; educação em saúde; RCP.

15.1 INTRODUÇÃO

O Suporte Básico de Vida (SBV) diz respeito ao conjunto de ações realizadas com o objetivo de manter os sinais vitais de uma vítima em situação de urgência - por exemplo, convulsão - no ambiente pré-hospitalar, antes da chegada dos serviços de saúde ao local. Tais atitudes podem evitar o agravamento de lesões existentes, bem como sequelas que podem se estabelecer. Segundo dados do DATASUS, em 2016, no Brasil, foram mais de 94 mil mortes causadas por infarto agudo do miocárdio, uma das principais causas de parada cardiorrespiratória (GONZALEZ et al., 2013, p. 25). Alguns problemas cardíacos, como arritmias, poderiam ser reduzidos com a execução de compressões cardíacas eficientes, as quais podem ser realizadas por qualquer cidadão, desde que tenham sido capacitados com as orientações adequadas.

Nesse sentido, os serviços de saúde buscam expandir as capacitações nesse campo - como projetos escolares e universitários. Diante dos avanços tecnológicos, sabe-se que as informações sobre diversos assuntos, como o SBV, circulam nos meios de comunicações e são facilmente acessados. Porém, mesmo com tal praticidade, grande parcela da população ainda se encontra deficitária em receber informações educativas por conta de suas limitações, muitas vezes, biológicas - por exemplo, os surdos. Mittler (2003, p. 25) afirma que

A inclusão envolve um processo de reforma e de reestruturação das escolas como um todo, com o objetivo de assegurar que todos os alunos possam ter acesso a todas as gamas de oportunidades educacionais e sociais oferecidas pela escola. Ampliando tal afirmação sob a óptica discutida, considerando a educação um dever também de toda a sociedade, é necessário que se busque ampliações pedagógicas para que a informação e desenvolvimento de habilidades seja efetiva para todos os segmentos da sociedade.

Com foco na comunidade surda, percebe-se, em meio a história, períodos sombrios, em que os não ouvintes eram considerados como portadores de deficiência mental e como incapazes de viver em sociedade pela falta de comunicação, sendo responsabilidade deles o desenvolvimento dessa habilidade com os demais da sociedade. Hoje, sabe-se que é necessário um esforço bilateral para que seja possível estabelecer um diálogo com a comunidade e assim conseguir repassar conhecimentos, como os de SBV.

O conceito de acesso, para muitos autores, significa entrada ou o ato de ingressar aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Já a acessibilidade está mais relacionada

com a qualidade desses serviços. Segundo Donabedian (1973), a acessibilidade refere-se à capacidade desses serviços de corresponder às necessidades específicas de determinadas populações ou grupos. Portanto, não basta apenas que os serviços de saúde estejam disponíveis, mas que estes estejam adaptados a receber demandas variadas e que consigam acolher os mais diferentes indivíduos, os quais incluem pessoas com deficiência. Outro conceito que está interligado à acessibilidade é o de equidade, que também está previsto pelos princípios do SUS, de acordo com a lei 8.080/90, prevendo o acesso justo à saúde e facilitando o acesso conforme as necessidades do indivíduo.

Segundo a lei Nº 13.146, Art. 18, de 6 de julho de 2015, “é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário”, além de garantir capacitação para os profissionais de saúde que prestam assistência às pessoas com deficiência. Entretanto, segundo Castro (2011), pessoas com deficiência ainda passam por dificuldades para ter acesso à saúde: problemas ao se deslocar para o serviço e na acessibilidade (falta de rampas, cadeira de rodas, elevadores). Destacando-se o acesso à saúde da população surda, há o fato de que poucos profissionais de saúde sabem utilizar a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Por causa desse déficit no ensino de Libras, o Decreto nº 5.626/2005 instituiu a inclusão de disciplinas de Libras optativas em todos os cursos de ensino superior. Entretanto, os profissionais de saúde ainda não se sentem preparados em aplicar a língua de sinais em sua prática profissional e, apesar de existir uma alternativa à essa barreira de comunicação, que é a presença de um intérprete durante a consulta, alguns profissionais se sentem constrangidos e com receio de que a informação correta não seja passada (OLIVEIRA, 2012).

Portanto, a ação relatada neste trabalho teve como objetivo principal capacitar pessoas com deficiência auditiva, por meio da utilização de Libras, a realizarem a Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Mais especificamente, buscou-se comunicar-se de maneira efetiva com o público-alvo da ação; praticar as manobras de RCP ao final da capacitação e esclarecer dúvidas em relação ao RCP e sua prática adequada por leigos.

15.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O ensino do RCP foi realizado na Associação de Surdos de Mossoró (ASMO), no dia 23 de junho de 2018, e contou com a presença de 20 pessoas. Os organizadores da ação tiveram uma capacitação prévia com o intérprete de Libras Francisco Ebson, da Coordenação Geral de Ação Afirmativa, Diversidade e Inclusão Social (CAADIS), da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA). Neste encontro, foram expostos os passos do RCP que, posteriormente, foram adaptados para Libras. Ao final, ensaiou-se o roteiro na língua de sinais.

No dia da ação, na ASMO, foi utilizado também um *slide* em Power Point com algumas imagens para facilitar a didática, demonstrando, por exemplo, a posição correta para a realização das compressões cardíacas. Foram expostos os seguintes passos do RCP: avaliar vítima, solicitar ajuda, iniciar compressões e utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA). Contamos com a disponibilidade de 3 simuladores da UFERSA para que, além do momento teórico, fosse realizado o momento prático, o qual dividiu-se em 3 estações - avaliação da vítima e pedir socorro (SAMU), compressões e utilização do DEA.

Algumas características das compressões, como o ritmo adequado, foram demonstradas através de imagens comparativas (foi mostrado um ritmo acelerado, um lento e o adequado; destacando o último como o ritmo a ser seguido). Outro recurso utilizado foi a demonstração por meio de palmas. Foram abordados também a localização das mãos durante as compressões (região inferior do esterno) e recomendou-se que fossem feitas sobre uma superfície plana e rígida, melhorando a eficácia; numa frequência de 100 compressões por minuto (GONZALEZ et al., 2013, p. 5). Destaca-se, portanto, a importância do recurso visual como meio de explanação - sendo este o principal meio pelo qual o surdo estabelece contato com o mundo (DA SILVA, 2015).

Durante a exposição dos passos, tivemos ajuda de dois intérpretes, que ajudaram a esclarecer dúvidas utilizando sinais de Libras que eram desconhecidos pelos ministrantes da capacitação.

Após a exposição da teoria, foi realizada uma oficina utilizando os simuladores de RCP. Os participantes tiveram a oportunidade de praticar aquilo que foi passado para eles e foram feitos ajustes em relação à forma correta de realizar as compressões e utilizar o DEA.

15.3 DISCUSSÃO

Historicamente, a comunidade surda tem enfrentado várias barreiras no que diz respeito à aceitação de suas condições fora do que é considerado padrão por muitas pessoas da sociedade, sendo sua inclusão dificultada pelo mesmo preconceito que, antigamente, taxava os surdos como deficientes mentais. Além disso, segundo Nascimento (2016), em seu estudo *Exclusão e Inclusão: traços da trajetória do surdo na educação*, as pessoas acreditavam que qualquer esforço de comunicação deveria ser unilateral, somente pelos surdos, o que remete a um período opressor para esses indivíduos, uma vez que eram obrigados a desenvolver a oralidade e a rejeitarem a linguagem dos sinais, sendo esta dita como despertadora de preguiça e limitadora da comunicação, que seria possível somente entre surdos, como é retratado pelo filme *Seu nome é Jonas* (1979).

Desse modo, a inclusão social é a forma mais efetiva de despertar nas pessoas com perda auditiva o sentimento de pertencimento que lhe mobilize a agir como uma pessoa que não possui limitações para o convívio social (OLIVEIRA, 2012), principalmente frente às questões apontadas durante a exposição sobre as manobras de SBV. Assim, a sociedade tem o papel essencial de buscar ampliação cada vez maior de medidas que busquem efetivar os direitos e capacidades dos surdos de estarem em sociedade, principalmente quando trata-se do acesso aos direitos de usufruir dos serviços de saúde, considerando-se basilares as ações educativas de prevenção de agravos à saúde em diversas situações (SOUZA, 2009).

Nesse sentido, durante a realização da ação, ocorreu um intenso aparecimento de dúvidas por parte dos surdos participantes, no que se refere às inúmeras condições de saúde que necessitam de cuidados médicos imediatos, tais como choques, convulsões e atropelamentos além de diversos questionamentos sobre possíveis intercorrências durante a realização da reanimação cardiopulmonar. Tal fato está diretamente atrelado ao acesso limitado que essa população tem à saúde (CARDOSO et al., 2006), bem como às ações educativas ou preventivas de saúde sobre tais temas. Esse entrave não diminuiu o interesse dos surdos sobre esses temas, pois a abundância de questionamentos durante a ação ilustrou a valorização e a importância que eles deram ao que foi discutido, correspondendo às expectativas da manifestação do sentimento de pertencimento promovido pelo intuito inclusivo planejado para a ação.

O papel social de otimizar a inclusão social dos surdos está diretamente atrelado a formação dos profissionais de saúde, em um esforço bilateral, pois, para que suas ações sejam permeadas por ações inclusivas diante do público com deficiência auditiva, a comunicação mostra-se como uma premissa essencial para o estabelecimento de uma relação social satisfatória, uma vez que a compreensão da mensagem deve ser um processo completo e coerente. Especialmente para os profissionais de saúde, a comunicação satisfatória influencia na qualidade da assistência oferecida, pois amplia a atuação humanizada e integralizada do profissional, uma vez que favorece a escuta acolhedora, não restrita a exposição de informações técnicas, mas de forma a atingir a subjetividade dos indivíduos, promovendo a capacidade do profissional de demonstrar, por exemplo, empatia, compaixão e cuidado (OLIVEIRA, 2015). Com isso, evidencia-se a importância da realização da ação aqui exposta como potencializadora da capacidade de comunicação dos estudantes participantes e, portanto, da sua atuação profissional, no que se refere ao acolhimento de pacientes surdos, posteriormente.

Ademais, a realização da ação trouxe aos estudantes a possibilidade de se socializar com a população surda e assim entender um pouco mais da sua comunicação e formas de expressão, as quais abrangem enorme variabilidade e, portanto, como qualquer outra língua, vivencia um intenso processo dinâmico que exige a prática e a vivência para que o aprendizado se fortifique.

Além disso, o desenvolvimento da língua de sinais possibilita ao profissional atingir os componentes do método clínico de abordagem centrado na pessoa, no que diz respeito a entendê-la como um todo, intensificando a relação profissional-pessoa. Sob essa ótica, nota-se o estreitamento entre ambos, permitindo que a pessoa crie um vínculo de confiança e credibilidade maior e que, conseqüentemente, conte seus anseios sem sentir a necessidade de manter em segredo pontos específicos, principalmente por não haver a necessidade da presença de terceiros ou intérpretes. Tais afirmações podem ser confirmadas nas figuras 1, 2 e 3, as quais mostram a satisfação dos participantes em se comunicar diretamente com os estudantes na capacitação aqui descrita.

Figura 1 – Associados da ASMO agradecendo a ação com o sinal de eu amo você



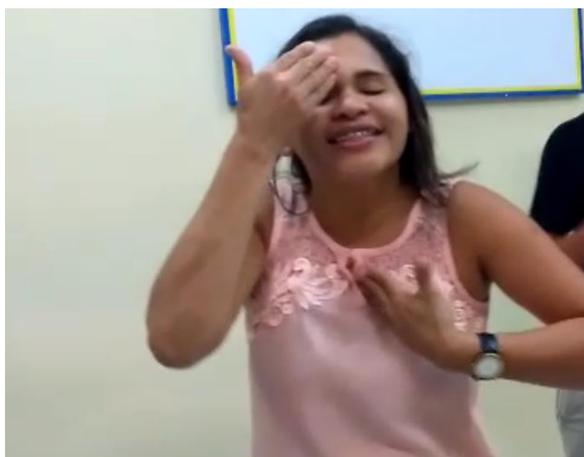
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 – Participante da capacitação expressando satisfação com o sinal de gostei



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 3 – À esquerda, presidente da ASMO agradecendo pela capacitação com o sinal de “muito obrigado”; à direita, ela faz o sinal de “venham novamente”



Fonte: Acervo próprio (2019).

15.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Admite-se, portanto, que a ação na ASMO visava capacitar os membros da associação sobre a importância da técnica de RCP e permitir o acesso desses indivíduos a conhecimentos relativos ao suporte básico de vida. Depreende-se, ainda, que ações educativas sobre essa temática são necessárias para favorecer a equidade e inibir a incidência de mortes e agravos. A ação proporcionou uma importante experiência para os discentes, pois foi possível desenvolver várias etapas da formação médica no âmbito teórico, prático e da relação médico-paciente. O acadêmico de medicina deve ampliar ao longo da graduação habilidades que ultrapassem o rígido currículo, assumindo uma postura de agente empreendedor social. Assim, essas ações são essenciais para a conscientização social do aluno. No decorrer das atividades tivemos algumas adversidades provenientes da falta de habilidade em Libras, mas com a ajuda dos dois intérpretes as dúvidas foram sanadas.

AGRADECIMENTOS

Ao intérprete de LIBRAS do CAADIS UFERSA (Coordenação Geral de Ação Afirmativa, Diversidade e Inclusão Social UFERSA), Francisco Ebson.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Óbitos por ocorrência segundo categoria CID-10 em 2016**. Disponível em: <https://bit.ly/3aLuyOJ>. Acesso em: 19 jul. 2018.

CARDOSO, A. H. A.; RODRIGUES, K. G.; BACHION, M. M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 553-560, 2006.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, fev. 2011.

DA SILVA, G. O.; DA SILVA, K. M. O uso de imagens como estratégia de ensino de libras como L1 e língua portuguesa como L2 para os surdos. **Revista Includere**, v. 1, n. 1, 2015.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 2, p. 1-221, ago. 2013. Supl. 3.

MITTLER, P. **Educação inclusiva: contextos sociais**. Tradução de Windyz Brazão Ferreira. Porto Alegre: Artmed, 2003.

NASCIMENTO, A. C. N. Exclusão e Inclusão: traços da trajetória do surdo na educação. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 3., 2016, Natal. **Anais [...]**. Disponível em: <https://bit.ly/2IHnjGI>. Acesso em: 23 jun. 2018.

OLIVEIRA, Y. C. A; CELINO, S. D. M; COSTA, G. M. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015.

OLIVEIRA, Y. C. A et al. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e odontologia no estado da Paraíba, Brasil. **Interface**, v. 16, n. 43, p. 995-1008, dez. 2012.

SOUZA, M. T; PORROZZI, R. Ensino de Libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. **Revista práxis**, ano I, n. 2, ago. 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. supl. 2. Disponível em: <https://bit.ly/3cO7Ebn>. Acesso em: 20 jul. 2018.

16 A Efetividade da assistência pré-natal e perinatal na realidade do sistema único de saúde

Tatiana Leal Marques

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Bárbara Mayã Austregésilo de Alencar

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Danilo Alvarenga Ferreira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Leandro da Cruz Martins

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Marconi Edson Maia Júnior

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Xiankarla de Brito Fernandes Pereira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

A criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, estimulou sobretudo a criação de estratégias voltadas ao acesso equitativo e à melhoria da qualidade do pré-natal. Apesar disso, indicadores relacionados à saúde materna e perinatal têm se mostrado inferiores em relação ao esperado e ao encontrado em alguns países desenvolvidos. À vista disso, o presente trabalho tem por objetivo sintetizar e analisar estudos e dados relacionados ao programa em questão, a fim de indagar a efetividade das mudanças ocorridas no Sistema Único de Saúde a partir da implementação da PHPN. Dessa forma, este trabalho consiste em uma revisão sistemática acerca da eficácia da assistência pré-natal e perinatal no Brasil, realizada por meio da busca de descritores na base de dados LILACS. A partir dos dados apurados, analisou-se que, não obstante os avanços no cuidado e na atenção ao parto advindos da implementação do programa, os desafios na aplicabilidade de ações em conformidade com os pressupostos da PHPN ainda persistem, merecendo, assim, devida atenção e estudo.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Mortalidade. Parto.

16.1 INTRODUÇÃO

A saúde materna e infantil é destaque no âmbito nacional, sobretudo no que diz respeito à redução dos óbitos, à assistência humanizada e à melhoria da qualidade da atenção, logo, grandes avanços têm sido alcançados na redução da mortalidade materno-infantil nas últimas décadas, com tendência contínua de queda (LANSKY et al., 2009). Para isso, a assistência pré-natal e perinatal são fatores indispensáveis de proteção para a saúde da mãe e da criança por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde que, quando bem conduzidos, podem contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis (VILLAR et al., 2008).

Contudo, as condições maternas estão entre as principais causas de morte de mulheres em todo o mundo, em razão, principalmente, da dificuldade no acesso aos serviços de saúde, das desigualdades de renda, de emprego, de educação e de gênero (OMS, 2011). Soma-se a isso o fato de 99% das mortes maternas verificadas no mundo acontecerem em países com média e baixa renda, o que demonstra que essa mortalidade está atrelada às condições de vida (OMS, 2011).

Sendo assim, no ano de 2000, o Ministério da Saúde, em decorrência de um movimento em prol da maternidade segura e da humanização do parto, implantou em todo o território brasileiro o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Em 2010, a Rede Cegonha foi implementada como uma estratégia a fim de complementar o PHPN, promovendo estratégias que assegurem o acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, como o fornecimento de transporte para consultas e para o parto, assim como o direito a um acompanhante durante o parto, objetivando, assim, melhorar a qualidade do cuidado materno-infantil e reduzir a mortalidade materna e perinatal por meio da humanização do parto e do nascimento, visando, com isso, qualificar a assistência em todo o Brasil (BRASIL, 2011).

Entretanto, há quase duas décadas da implantação do PHPN, embora o país tenha conseguido elevar a cobertura a um patamar quase universal da assistência pré-natal, os indicadores relacionados especificamente à saúde materna e perinatal ainda permanecem

aquém daqueles encontrados em alguns países em desenvolvimento e muito distantes dos indicadores dos países desenvolvidos (UNICEF, 2013). Por conseguinte, o objetivo do presente estudo é compilar dados das metas do PHPN, realizando uma revisão sistemática, a fim de averiguar se o Sistema Único de Saúde tem conseguido promover mudanças para a realização de partos humanizados no território brasileiro.

16.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática sobre a efetividade da assistência pré-natal e perinatal no Brasil, de acordo com as metas propostas pela PHPN e de seus indicadores de processo em vigor no país desde 2000. Para a identificação dos estudos primários, foi consultado o banco de dados LILACS, sendo a busca realizada pela combinação das palavras-chave “humanização da assistência”, “mortalidade” e “parto”. O critério de inclusão do estudo para revisão consistiu na presença dos três descritores citados. Ao inserir os descritores na base de dados, foram obtidos 25 artigos, dos quais 9 não estavam disponíveis na íntegra. Dessa forma, para os resultados da busca, a seleção inicial ocorreu pela leitura dos resumos encontrados, sendo descartados aqueles não relacionados ao tema. Os artigos que cumpriam os critérios de inclusão foram analisados na totalidade, sendo incluídos aqueles que contemplavam a proposta da presente revisão sistemática. Dessa forma, restaram 16 artigos, os quais passaram por uma criteriosa avaliação na fase de análise dos dados. Dentre os estudos analisados, sete estabeleceram relação entre os moldes e os princípios estabelecidos no PHPN e a prática clínica no que diz respeito às discrepâncias no atendimento e na assistência a mulheres, corroborando, assim, com os objetivos do trabalho proposto.

16.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Viana (2016), as condições maternas influenciam sobremaneira os índices de mortalidade materno-infantil, de modo que as mortes são majoritariamente atribuídas a mulheres residentes de países com renda média a baixa. Ademais, Hayashi (2012) reafirma o sobredito ao relacionar as gestantes pretas e pardas às maiores

desvantagens socioeconômicas, com reflexo direto no acesso aos serviços de saúde, com menor número de consultas pré-natal. Ainda, esse grupo apresenta maior risco de dar à luz a recém-nascidos com baixo peso, assim como é maior a proporção de óbitos infantis sem assistência médica e provocada por causas evitáveis.

Segundo Progianti e Hauck (2013) e Carreno (2012), os óbitos maternos estão vinculados à qualidade da assistência e a causas obstétricas diretas, como hemorragias, eclâmpsias, embolia pulmonar e infecção puerperal, e o número de óbitos está relacionado a intervenções indevidas, a omissões e a tratamentos incorretos. Dessa forma, a maioria dos óbitos caracteriza o panorama de mortes evitáveis. Além disso, Progianti e Hauck (2013), Carreno (2012) e Miranda (2012), relatam também que as complicações maternas que levam ao óbito geralmente ocorrem pela inadequada e/ou tardia atenção à saúde, devendo-se considerar que mulheres atendidas pelo SUS não possuem garantia de vaga para internação em maternidade pública, o que desencadeia a peregrinação obstétrica e que pode significar uma diminuição da qualidade durante o parto, bem como a morte para as mulheres com gestação de alto risco.

Além disso, Diniz (2009) e Rattner (2009) apontam que, a despeito da ampliação da cobertura da atenção pré-natal e da hospitalização do parto, houve estabilização no coeficiente de mortalidade materna em valores relativamente altos, atribuídos à qualidade inadequada da atenção. Nesse sentido, a humanização associa-se fortemente ao processo de assistência estabelecido durante todo o processo gestacional-puerperal e às relações interpessoais nele estabelecidas. Em consonância a isso, Viana (2016) desvelou que, paradoxalmente, às melhorias observadas em quase todos os indicadores de saúde materna no Brasil nos últimos 20 anos, não há qualquer evidência de melhoria nos índices de mortalidade materna.

Não obstante, Figueiredo et al. (2013) revela que, à luz de medidas efetivadas a partir da implementação do PHPN, o número de visitas pré-natal, a identificação da idade gestacional ao início do pré-natal e a listagem dos exames laboratoriais, clínicos e obstétricos necessários, atuaram como medidas que contribuíram para a ampliação das ações em saúde da gestante e para a garantia de atendimento humanizado e de qualidade desde o pré-natal até o nascimento.

Segundo Franco e Cecilia (2013), quanto à atuação dos profissionais de saúde para a promoção do parto humanizado, é fundamental que a equipe de enfermagem conheça os

cuidados que as mulheres esperam receber de uma perspectiva humanizada de cuidado, já que essa equipe é responsável por proporcionar à mulher e ao filho um atendimento de qualidade durante o trabalho de parto e o pós-parto.

Narchi (2010), em seu estudo descritivo e exploratório, cujo objetivo foi analisar o exercício das competências para atenção à maternidade por profissionais não médicos atuantes em serviços públicos de saúde, observou que esses profissionais não exercem as competências essenciais para a atenção qualificada à maternidade. Esse fato decorre das barreiras pessoais e institucionais com as quais eles se deparam em seus trabalhos, assim como da falta de protocolos baseados nas melhores práticas para a aplicação de modelo de cuidado humanizado e centrado na mulher. Esse estudo mostrou que enfermeiros ligados à atenção pré-natal encontraram dificuldades de atuação que envolvem, desde fatores relacionados à capacitação ou ao treinamento, até fatores relacionados a uma inadequação das estruturas física e organizacional para a atenção humanizada.

Conforme Coelho (2014) e Leal et al. (2015), o sistema de saúde brasileiro não tem funcionado como um instrumento na atenuação das iniquidades sociais e, ao contrário, as reproduzem tanto na atenção ao pré-natal como no parto. Além disso, ressaltaram que há necessidade de avaliações e de modificações profundas na qualidade e na humanização da assistência ao parto e ao nascimento nas maternidades brasileiras, desde a adequação da estrutura física e de equipamentos dos hospitais até a mudança de postura e de atitude dos profissionais de saúde e das gestantes envolvidas em prol da prevenção aos óbitos. De acordo com Narchi (2009), os profissionais da saúde, especificamente os enfermeiros, devem contar com estruturas mais favoráveis, bem como fortalecer sua identidade profissional para que possam exercer plenamente sua profissão na atenção ao parto.

16.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão expõe os trabalhos desenvolvidos no âmbito do cuidado à gestante, no intuito de mostrar a busca incessante em desenvolver um atendimento mais humanizado, conforme proposto pelo PHPN. Conforme citado, ainda há disparidades concernentes à aplicabilidade do programa, observando-se abrangência heterogênea e dificuldades inerentes à atuação profissional de qualidade no contexto da gestação e do

parto. Por um lado, é considerável a necessidade de revisão da PHPN de modo a garantir, de fato, a efetivação do programa com base nas diretrizes do SUS, no que diz respeito tanto à melhoria da atenção materno-infantil quanto à destinação de recursos humanos e financeiros nessa direção. Por outro lado, apesar dos desafios a serem superados, percebe-se, nesse trabalho, que o SUS vem conseguindo estabelecer uma relação mais humana entre profissionais de saúde e usuários, com reflexo direto no cuidado e na atenção atribuídos à gestante.

À vista disso, espera-se que esse trabalho possa contribuir para a produção do conhecimento e para a ampliação de uma assistência mais humanizada ao público em análise, cooperando, por conseguinte, para a melhoria dos índices relacionados à qualidade de vida materna e ao processo do parto e do nascimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituição da Rede Cegonha. **Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARRENO, I. **Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008**. Porto Alegre: [s.n.], 2012. 110 p. Disponível em: <https://bit.ly/2WblE94>. Acesso em: 23 jul. 2018.

COELHO, K. R. **Avaliação do grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento no médio Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais**. Belo Horizonte: [s.n.], 2014. 135 p. Disponível em: <https://bit.ly/2W2mVzg>. Acesso em: 19 jul. 2018.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Comum. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2Q4RFMc>. Acesso em: 19 jul. 2018.

FIGUEIREDO, F. S. F. et al. Gestational attention during early prenatal care: comum epidemiological study. **Online Braz. J. Nurs.** v. 12, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2xwIHR>. Acesso em: 22 jul. 2018.

FRANCO, Á.; CECILIA, C. Cómo describen el cuidado de 127 enfermeras las mujeres que presentaron hemorragia postparto. **Aquichan**, v. 13, n. 1, p. 17-26, ene./abr. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2Q6XtFk>. Acesso em: 15 jul. 2018.

HAYASHI, N. N. M. **Mortalidade neonatal em 12 municípios de Mato Grosso que aderiram ao pacto pela redução da mortalidade infantil, 2008**. Rio de Janeiro, 2012. 67 p. Disponível em: <https://bit.ly/2Q1uaDZ>. Acesso em: 20 jul. 2018.

LANSKY, S. et al. Evolução da mortalidade infantil no Brasil - 1980 a 2005. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **20 anos do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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. **Comum. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2vZiNW7>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MIRANDA, T. A. **Ciência, natureza e normatização institucional do parto**. Rio de Janeiro, 2012. 127f p. Disponível em: <https://bit.ly/3aK3FL9>. Acesso em: 20 jul. 2018.

NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 1, p. 147-158, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/33aQEYi>. Acesso em: 20 jul. 2018.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na zona leste do município de São Paulo. **Comum. Bras. Enferm.** v. 62, v. 4, p. 546-551, jul./ago. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2Q81IQS>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PROGIANTI, J. M.; HAUCK, F. T. A Implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de juiz de fora. **Comum. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 3, 324-329, jul./set. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3aNhh8k>. Acesso em: 23 jul. 2018.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface Comum. Saúde Educ.** v. 13, Supl. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/38lftvO>. Acesso em: 22 jul. 2018.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. **Levels & trends in child mortality**. New York: UNICEF, 2013.

VIANA, Débora Lucas. **A trajetória de mulheres assistidas em um centro de parto normal e sua relação com as escolhas no parto e no nascimento**. Belo Horizonte: [s.n.], 2016. 89p. Disponível em: <https://bit.ly/38GAmYr>. Acesso em: 21 jul. 2018.

VILLAR, J. et al. Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy. **The Cochrane Library**, i. 4, 2008.

17 Not Today – relato de experiência

Camilla Flach Weinmann

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Brenda Pasini

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Júlia Éboli Lacerda

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Juliana Garcia Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Neila Clediane de Souza Menezes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

A *Not Today* foi uma ação promovida pelo Comitê Local UniNassau da IFMSA Brazil e teve como intuito alertar para a importância de cuidar da saúde mental, especialmente na época do vestibular. Aconteceu nos dias 5 e 6 de setembro, no cursinho *Oficina de Estudos*, e contou com a participação de 400 vestibulandos. O psiquiatra Dr. Pedro Russo guiou essa ação que foi dividida em três etapas. O objetivo foi promover maior conscientização a respeito do Setembro Amarelo. Além disso, o psiquiatra abordou os principais sinais e sintomas da depressão e do comportamento suicida, como identificar uma pessoa em alguma dessas condições e como procurar ajuda. Somado a isto, houve um momento de relato de caso, em que os estudantes, o psiquiatra e os alunos do cursinho puderam compartilhar suas próprias histórias relacionadas ao vestibular. O cursinho onde ocorreu o evento foi decorado com cartazes motivacionais que permaneceram mesmo após a ação.

Palavras-chave: Saúde mental. Vestibular. Depressão. Suicídio. Psiquiatria.

17.1 INTRODUÇÃO

Estresse, ansiedade e pressão são uns dos vários os fatores que constroem um cenário de verdadeira exaustão emocional durante o período de vestibular, e vestibulandos de Medicina sabem bem como é desgastante a aprovação chegar. Nesse cenário, vem sendo observado que, a cada ano, a quantidade de vestibulandos desenvolvendo depressão só cresce, o que tem feito com que muitos comecem a enxergar o suicídio como uma alternativa.

A depressão e o suicídio são algumas das doenças mais graves trazidas pela Modernidade. Segundo a OMS, a depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas no mundo e, a cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio em alguma parte do planeta. Esses dados por si só já deixam nítida a importância de se discutir sobre a temática, em especial quando ela está ligada a rotinas desgastantes, como a dos vestibulandos. Esses estudantes vivenciam diariamente uma cobrança da sociedade, dos familiares e, principalmente, de si próprios. A necessidade de definir o seu futuro, a rotina intensa de estudos e a constante tensão com as provas colaboram para uma exaustão emocional que torna a discussão sobre a temática da saúde mental de extrema importância.

Nesse contexto, foi desenvolvida a *Not Today*, uma ação que teve como objetivo esclarecer e debater com os estudantes de cursinho sobre depressão, comportamento suicida e suicídio propriamente dito. Foi ressaltada a importância de cuidar da saúde mental e também como o vestibulando pode identificar quem precisa de ajuda.

17.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A *Not Today* foi montada diante da necessidade de cuidar da saúde mental de um grupo que está em situação de extrema vulnerabilidade: os vestibulandos. Assim, os estudantes de Medicina voltaram para o cursinho para realizar essa ação que foi dividida em três etapas.

A primeira, em que os vestibulandos foram questionados a respeito de mitos e verdades sobre depressão, comportamento suicida e suicídio propriamente dito. O psiquiatra Pedro Russo desvendou cada um. Depois, houve um espaço para relato de caso:

dos estudantes de Medicina, do psiquiatra (contando sua trajetória após ter perdido a visão durante a faculdade) e dos alunos do cursinho. Em um terceiro momento, foi feito um *Step by Step* em que, a cada frase que o aluno se identificasse, ele ganharia um ponto. Sendo assim, pontuações mais altas indicariam comprometimento da saúde mental. Como por exemplo:

"Eu não estou confortável nesta fase da minha vida"
"Eu só respondo que estou cansado quando me perguntam como estou"
"Eu sinto que meus amigos estão se afastando de mim"
"Às vezes me pego pensando que não sou capaz"
"Eu já pensei em me matar"

Os corredores do cursinho foram decorados com plaquinhas que conduziam os alunos até a sala de aula onde ocorreu a ação. Em toda esta sala, foram colocados cartazes motivadores e bem-humorados elaborados durante a capacitação. Logo, embaixo de cada cadeira foram colocadas frases motivadoras e bombons, tais como “você é do tamanho do seu sonho”, “não tem nada como o sonho para criar o futuro” e “nos vemos na faculdade”.

17.3 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Em um passado não tão distante, nós éramos os vestibulandos. A ação *Not Today* nos possibilitou dar suporte emocional a um grupo que nem sempre tem noção do quanto é importante cuidar da própria saúde mental. Por muitas vezes ser um tabu entre familiares e amigos, esses estudantes não reparam ou simplesmente não sabem como reverter o cenário de exaustão emocional em que vivem.

Contando com a participação ativa (até o fim) de mais de 400 alunos de cursinho, o momento mexeu não só com o emocional dos alunos, mas com o dos organizadores também. O impacto dos depoimentos e as reações dos alunos deixaram claro o quanto eles precisam - todos os dias - do apoio, respeito e empatia que receberam nesses dois dias de evento. Espera-se que o evento tenha promovido uma autorreflexão em cada um dos vestibulandos participantes sobre saúde mental e uma maior conscientização a respeito do Setembro Amarelo.

Nessa perspectiva, estando ciente da necessidade de ajuda, é possível traçar estratégias para cuidar da saúde mental, apesar de todo o desgaste do período. Além disso,

todos os alertas servem não apenas para o próprio vestibulando, mas também para que ele seja capaz de identificar quando pessoas de seu convívio – tais como familiares, amigos ou conhecidos – também estejam precisando de algum tipo de suporte. Portanto, a ação alcançou seu objetivo e, com ela, mais um passo foi dado em prol da saúde mental dos estudantes.

17.4 CONCLUSÃO

É sabido que os obstáculos diários enfrentados pelos estudantes em época de cursinho são enormes. A ansiedade, a tensão, o estresse e tantos outros fatores de riscos que são inerentes ao contexto do vestibular tornam esse público muito mais propenso à depressão e ao suicídio.

No cenário do vestibular, muitas vezes, o desgastante impede o vestibulando de perceber que precisa de ajuda, já que o que se diz é apenas que toda a pressão é o normal e que “vai passar”. O problema é que não é normal e nem sempre passa. Não cuidar de si mesmo pode levar o estudante a mergulhar em doenças sérias como a depressão, que pode evoluir para situações ainda mais dramáticas, como o suicídio.

Portanto, é preciso que cada vez mais esses temas sejam cada vez mais abordados para que sejam revertidos os números alarmantes de pessoas com depressão e que cometem suicídio.

REFERÊNCIAS

CALDAS, A. **É preciso falar sobre bullying, depressão e suicídio, alertam especialistas.** Portal EBC, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/38P58hY>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CAMPO, L. V. **Setembro amarelo: depressão x suicídio.** [S.l.]: UOL, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3cPVRcJ>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CLÍNICA SAYÃO. **Depressão: a doença silenciosa que pode levar ao suicídio.** Campinas: G1, 2015. Disponível em: <https://glo.bo/2wUTowS>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DEPRESSÃO é tema de campanha da OMS para Dia Mundial da Saúde de 2017. [S.l.]: ONU Brasil, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2wTakUC>. Acesso em: 25 jul. 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo.** [S.l.]: ONU Brasil, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2vUeVpG>. Acesso em: 24 jul. 2018.

18 Transformando: saúde do transexual em foco – relato de experiência

Juliana Garcia Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Brenda Alcantara Pasini

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Camilla Flach Weinmann

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Gabriel Alves de Godoy

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

João Roberto Escalone

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Maria Eduarda Martins

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Samantha Mendes Vidal Dantas

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

OBJETIVO: Diante da lacuna que existe na graduação médica no que diz respeito à transexualidade, o Comitê Local Uninassau da IFMSA Brazil organizou a campanha TRANSformando, que teve como intuito abordar a questão trans. **METODOLOGIA:** A ação aconteceu no dia 17 de setembro de 2017, e contou com a presença de 25 estudantes de Medicina previamente inscritos. No formato de roda de conversa, a ação durou 3h30min e foi ministrada pelo psiquiatra Dr. Jadiel Luiz e pelo endocrinologista Dr. Erick Trovão. Depois disso, como forma de fechamento, houve um momento com um convidado transexual que contou a sua trajetória e tirou dúvidas sobre os questionamentos levantados. **RESULTADOS:** obteve resultados satisfatórios, já que deixou a população trans em evidência e aproximou os acadêmicos dessa realidade. Por ter sido em formato de roda de conversa, a ação foi capaz de tratar temas densos de maneira leve, além da facilidade de tirar dúvidas e levantar novos questionamentos.

Palavras-chave: Transexualidade. Educação Médica. Debate.

18.1 INTRODUÇÃO

Ser transexual é ficar preso nas percepções de outras pessoas sobre seu próprio corpo. Ser transexual é ter expectativa de vida de 30 anos, enquanto o restante da população brasileira vive em média até os 78. Ser transexual é não ser visto como gente merecedora de cuidado e afeto.

Em uma sociedade notoriamente cisnormativa e LGBTfóbica, excluir quem é diferente do padrão é uma prática comum. Diante disso, há enorme prejuízo e discriminação em relação à comunidade transexual, que permanece à margem da sociedade e dos cuidados de saúde. Diversos tipos de violência e de constrangimentos fazem parte da vida dessas pessoas. Além disso, a falta de oportunidades gera realidades de extrema vulnerabilidade e, muitas vezes, tendo a prostituição como único destino. Nesse caso, as mulheres trans precisam ter o corpo padronizado, tendo como consequência direta à aplicação de silicone industrial que, por ser um lubrificante de automóveis, causa diversos problemas à saúde.

Apesar da autorização do Conselho Federal de Medicina para a realização de cirurgias de redesignação sexual, em 1997, os incentivos para cirurgiões se especializarem na área ainda são muito baixos. Diante disso, em todo o Estado de São Paulo – o estado mais rico da Federação –, somente um cirurgião realiza o procedimento, sendo apenas um por mês. Essa realidade gera enorme frustração para pessoas que esperam décadas para conseguir a cirurgia e, finalmente, se sentirem bem com o próprio corpo. Somado isso a falta de qualificação de profissionais e de um sistema de saúde mais inclusivo, esses são problemas sérios enfrentados por essa população. É sabido, por exemplo, que mulheres trans utilizam hormônios femininos, mas nas bulas dos medicamentos só são descritas alterações que ocorrem no corpo de mulheres cis. Esse fato demonstra que a saúde de pessoas trans não é amplamente debatida. Portanto, é claro e evidente que são necessários profissionais qualificados para cuidar da saúde da população trans. Apesar disso, existem somente quatro ambulatórios em todo o país.

Nesse cenário, muito ainda precisa ser feito para que essa população se sinta acolhida e encaixada em nosso contexto social. Por isso, o Comitê Local Uninassau da IFMSA Brazil, montou a ação TRANSformando, que teve como objetivo olhar para a realidade dessa

população de extrema vulnerabilidade, desconstruir estereótipos, transmitir informação e contribuir para uma formação médica com consciência social e humana, capaz de lidar com diferentes públicos, sem distinção.

18.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A campanha TRANSformando foi uma ação que teve como intuito abordar a questão da transexualidade. A ação aconteceu na forma de uma roda de conversa para 25 estudantes de Medicina e foi dividida em três etapas.

Em primeiro momento, o psiquiatra Dr. Jadiel Luiz fez uma introdução a respeito da temática. Assim, os conceitos de identidade de gênero, sexo biológico e orientação sexual foram abordados. Depois disso, ele explicou a questão da disforia de gênero desde a infância e debateu sobre a saúde mental de uma pessoa transexual e sobre o protocolo transexualizador do Brasil.

Na segunda etapa da ação, o endocrinologista Dr. Erick Trovão abordou o processo de hormonização e as suas consequências para a saúde de homens e mulheres trans. Também foi explicada como funciona a cirurgia de redesignação sexual e as dificuldades de realizá-la no cenário atual.

Por fim, um convidado transexual trocou experiências com os participantes, conversando a respeito da realidade e das perspectivas de vida dessa população. A falta de profissionais da Saúde aptos para lidar com esses pacientes também foi debatida. O convidado também contou sobre a sua trajetória de descoberta, autoaceitação e vivência como um homem trans numa sociedade marcadamente transfóbica. Além disso, houve espaço para tirar dúvidas por parte dos estudantes.

18.3 RESULTADOS/DISCUSSÃO

A ação buscou colocar em evidência a realidade da população transexual de maneira clara para os acadêmicos. Ela mostrou que, pelo motivo de nem sempre pessoas trans estarem muito presentes nas escolas, faculdades e outros ambientes públicos, muitas vezes elas não enxergadas. E, por não serem enxergadas, é como se não existissem para a

sociedade de modo geral. É como uma miopia seletiva: a sociedade só enxerga o que quer. Nessa perspectiva, foi mostrado que o problema é que pessoas trans existem e sofrem todos os dias com os mais diversos tipos de violência e de constrangimentos. Assim, foi destacada a importância dessa temática não apenas no ambiente acadêmico, mas também no contexto social.

A transfobia, tão enraizada em nossa sociedade, foi também discutida, juntamente com suas consequências e danos físicos e psicológicos. Além disso, a ação buscou não só impulsionar o entendimento da natureza humana e de suas particularidades, mas, principalmente, o respeito aos direitos dessas pessoas. O direito de ser quem realmente é. O direito de ter direitos.

Sendo assim, a ação TRANSformando obteve resultados satisfatórios, já que deixou a população trans em evidência e aproximou os acadêmicos dessa realidade. Por ter sido em formato de roda de conversa, a ação foi capaz de tratar temas densos de maneira leve, além da facilidade de tirar dúvidas e levantar novos questionamentos.

18.4 CONCLUSÃO

A campanha TRANSformando possibilitou grande aprendizado sobre a temática transexual, deixando clara a necessidade de olhar para essa população com amor, respeito e, sobretudo, como iguais. Na nossa sociedade, faz-se necessário falar cada vez mais sobre esse assunto, já que existe um preconceito enraizado que, todos os dias, agride transexuais ao redor de todo o mundo. Além disso, é importante a consciência de que as universidades precisam incluir a questão transexual na grade curricular de medicina para que essa população obtenha um atendimento médico de qualidade. A ação alertou não apenas para a necessidade de se entender melhor esse público, mas foi estimulado, também, uma maior inclusão social e combate a todo o preconceito existente, a fim de que, algum dia, possamos alcançar uma sociedade mais igualitária e justa.

REFERÊNCIAS

ARAN, M; MURTA, D; LIONCO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 14, n. 4, p. 1141-1149. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3cYJIYf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

OMS tira transexualidade de nova versão de lista de doenças mentais. **Folha de São Paulo**, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2U43PpP>. Acesso em: 28 jul. 2018.

POPADIUK, G. S. et al. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/38KDQcA>. Acesso em: 28 jul. 2018.

19 *Free hugs* do vestibular – relato de experiência

Juliana Garcia

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Brenda Pasini

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Camilla Flach Weinmann

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Gabriela Nunes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Giovanna Macedo

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Luísa Leite

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Sorely Werner

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

Diante das conhecidas dificuldades do vestibular, acadêmicos e membros do Comitê Local UniNassau da IFMSA – Brazil promoveram a ação *Free Hugs*, que aconteceu durante os dois dias de vestibular. Através de cartazes motivacionais, sorrisos, abraços e muita descontração, os acadêmicos de Medicina foram capazes de transmitir amor, carinho, compaixão e também amenizar a ansiedade pré-prova.

Palavras-chave: Ansiedade; Empatia; Vestibular.

19.1 INTRODUÇÃO

Numa época cada vez mais individualista, em que as pessoas tendem a pensar mais em si do que nos outros, parar a própria vida para tentar fazer a vida de um estranho melhor é algo inspirador.

Nesse contexto, em 2004 surgiu a *Free Hugs Campaign*, um movimento social que oferece abraços a pessoas desconhecidas em algum ambiente público. Dessa vez, ocorreu durante o Vestibular de Medicina da UniNassau, com o intuito de trazer conforto e apoio aos vestibulandos e aos seus familiares. Como o toque físico afetivo estimula a produção de endorfinas, a partir do simples gesto de abraçar fomos capazes de oferecer compaixão, conforto e amor em um momento de grande angústia e ansiedade. Além disso, também levamos instrumentos musicais e muita animação para descontrair o momento pré-prova, fazendo com que os participantes ficassem mais tranquilos, relaxados e confiantes. Nesse cenário, mostramos que eles não estavam sozinhos, nós estávamos ali torcendo por cada um deles. Sendo assim, fomos capazes de tornar esse momento de extrema tensão em algo muito mais leve, pois sabemos que, às vezes, um abraço é tudo o que precisamos.

19.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O *Free Hugs* do vestibular foi uma ação cujo intuito foi surpreender os vestibulandos com abraços inesperados, a fim de tranquilizá-los e acolhê-los no momento pré-prova.

A atividade ocorreu no bloco E do Centro Universitário Maurício de Nassau (UniNassau), em Recife- PE, nos dias 2 e 3 de junho de 2018.

Antes da data da campanha, foi feita a divulgação na própria faculdade, por meio das redes sociais, para convidar os alunos para participarem. Os que se candidataram foram divididos em dois grupos, um para atuar no Sábado e outro no Domingo.

Nos dois dias de atividade, foi feita uma capacitação para elaboração de cartazes com frases motivacionais e descontraídas durante os 30 minutos que antecederam a abertura dos portões. Das 7 às 8h, horário em que os portões estavam abertos para os candidatos, aconteceu a ação. A vontade dos acadêmicos era de mudar a história desse grupo que costuma sentir ansiedade, medo e solidão durante todo o período do vestibular,

em especial no dia da prova, já que é o momento de colocar em prática tudo o que foi construído com muito esforço e dedicação. Assim, através de gestos simples, como gritos motivacionais, abraços, sorrisos e distribuição de chocolates, buscou-se promover maior tranquilidade para os vestibulandos. Além disso, foi importante para fazê-los enxergar que existem pessoas na faculdade que acreditam e torcem para que eles alcancem seus objetivos.

19.3 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Processos seletivos geram grandes desgastes psicológicos aos participantes. Com o intuito de tornar a experiência menos ansiosa, o *Free Hugs* foi bastante válido ao confortar, através do abraço, os que iam se submeter às provas. Diante da carência de uma Medicina mais humanizada, a ação pode contribuir para práticas altruístas que muitas vezes são esquecidas. Sendo assim, a *Free Hugs* é também positiva para os voluntários, já que eles foram capazes de praticar a empatia, algo tão importante para melhorar o mundo ao nosso redor, inclusive na área Médica.

Nessa perspectiva, a ação foi satisfatória em seu objetivo de tranquilizar os vestibulandos na hora mais delicada do vestibular: o momento que antecede a prova. Espera-se que, daqui a um tempo, eles estejam em nosso lugar, dando continuidade a essa ação que mostra que simples gestos de carinho e afeto podem fazer toda a diferença na realidade de alguém.

19.4 CONCLUSÃO

Sabe-se mundialmente do que um abraço é capaz e, não somente entre conhecidos, ele se mostra eficaz. Para os vestibulandos, muito mais do que um conforto, o abraço tranquiliza e traz mansidão para um momento de tamanha tensão. Para os estudantes de Medicina que participaram da ação, esse pequeno gesto trouxe imensa gratidão e sentimento de dever cumprido. Portanto, o objetivo de proporcionar momentos únicos contando com sentimento, carinho e cuidado com o próximo foi atingido, demonstrando que o abraço é um gesto com muito significado e proporciona, tanto para quem recebe

quanto para quem doa, felicidade sem fim.

AGRADECIMENTOS

Nossos mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para elaboração desta ação. De modo especial, à Universidade Mauricio de Nassau e à IFMSA Brazil – LC UniNassau pela oportunidade de promover um impacto positivo no momento do vestibular.

REFERÊNCIAS

WIKIPÉDEA. **Free Hugs**. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3cWy2zW>. Acesso em: 13 mar. 2020.

FERREIRA, F. R.; CALLADO, L. M. O afeto do toque: os benefícios fisiológicos desencadeados nos recém nascidos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. v. 2, n. 2, 2013. Quadrimestral. Disponível em: <https://bit.ly/3aNXYM>. Acesso em: 29 jul. 2018.

20 A Complexidade do atendimento à saúde dos refugiados: uma revisão de literatura

Dayane Patricia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Larissa Fernandes Nogueira da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Ismael Eduardo Gonçalves Bezerra

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Henrique Marques Dagostin

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Calebe Patricio Ferreira Menezes

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UNILESTE)

Teresinha Silva de Brito

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

O processo migratório de imigrantes e refugiados que ocorre atualmente no Brasil se apresenta como uma questão complexa, de diferentes variáveis e aspectos, demandando, portanto, uma análise abrangente e holística. Dentre estas, destaca-se o âmbito da saúde, no qual se constata entraves que vão desde a infraestrutura do sistema de saúde do país para atender esse grupo de pessoas até uma preparação insuficiente de muitos profissionais da área para lidar com as diferenças culturais desses indivíduos, bem como as questões psíquicas ocasionadas, em parte, por experiências traumáticas (em muitos casos, violações dos direitos humanos) no seu país de origem e dificuldades de adaptação a uma nova cultura/costumes no país de chegada. Neste contexto, visando maior instrumentalização e reflexão em relação à problemática, realizou-se uma pesquisa no Portal de Periódicos CAPES acerca da situação dos refugiados no Brasil utilizando os seguintes descritores: saúde, refugiados e direitos humanos. Nesse diapasão, o acesso aos serviços de saúde e o investimento na capacitação dos profissionais dessa área para um melhor atendimento foram analisados. Ressalta-se a necessidade de modificar a realidade atual dos refugiados, que pode acontecer, por exemplo, pela pressão da sociedade civil aos órgãos e autoridades competentes. Tal atitude é também fazer jus à Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Convenção de Genebra (1951) e o Estatuto dos Refugiados, lei 9.474 de 1997.

Palavras-chave: Direitos humanos; Refugiados; Profissionais de saúde; Brasil.

20.1 INTRODUÇÃO

Os direitos humanos foram reconhecidos gradativamente durante os últimos séculos. A corrente doutrinária que disserta sobre os direitos fundamentais denomina tal fato de dimensões ou gerações dos direitos humanos. Precedentemente à declaração universal dos direitos humanos (ONU, 1948), diversas outras cartas ou tratados sobre direitos humanos foram escritos. O caráter de universalidade de direitos humanos demonstra o início do reconhecimento de que todos, independente de raça, gênero, cor, etnia e afins, são humanos e possuem direitos individuais inerentes. Portanto, as legislações de garantia de direitos mínimos têm uma trajetória histórica, mas alguns países ainda são resistentes em efetivá-los. Por isso, é possível observar pessoas vivendo em condições de violação dos direitos humanos, que abandonam seus países de origem e pedem refúgio em outros países.

Apesar de já existirem pactos, tratados e convenções ratificados por Estados que se comprometem a obedecer às legislações ali propostas, o grande desafio é fazer valer esses acordos internacionais. Segundo a agência da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) apenas em 2017 mais de 2 milhões de pessoas deixaram seus países. Segundo o relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (Acnur), cerca de 65,6% das pessoas foram forçadas a deixar seus locais de origem por diferentes tipos de conflitos. No Brasil, entre os anos de 2011 a 2017 foram realizadas 126.102 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado, segundo dados de 2017 da Polícia Federal. Contudo, somente 10.145 desses indivíduos foram reconhecidos como refugiados até o ano de divulgação do relatório. A ONU e outras pessoas jurídicas de direito internacional público atuam para que os acordos de direitos humanos sejam efetivamente cumpridos pelos países que os ratificaram.

A lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990) define a saúde como direito fundamental do ser humano, por isso, os imigrantes e refugiados devem ter acesso aos serviços de saúde no Brasil. Entretanto, muitas vezes estes serviços e profissionais de saúde não estão completamente preparados para prestar a atenção à saúde a esses indivíduos adequadamente. O desconhecimento das características sociais, culturais ou sobre como estes grupos encaram o processo saúde-doença, o adoecimento e os tratamentos

tradicionais já usados dificulta o acesso aos serviços de saúde. Considerando as fragilidades de saúde enfrentadas pelos imigrantes e refugiados devido às alterações ambientais para a mobilidade humana, a exposição a conflitos em seu país, as desigualdades socioeconômicas e doenças que afetam a saúde mental, é necessária a conscientização e formação biopsicossocial dos profissionais de saúde para garantir a efetivação dos direitos humanos em saúde.

20.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema direitos humanos e saúde dos refugiados no Brasil. O levantamento de dados ocorreu com base nas palavras-chaves: saúde, refugiados e direitos humanos e teve como critério de escolha os artigos com menos de 5 anos de publicação. No Portal de Periódicos CAPES (www.periodicos.capes.gov.br) foram encontrados 27 artigos. Destes, foram selecionados 5 artigos conforme a qualidade e relevância com o tema proposto.

20.3 DISCUSSÃO

Segundo Menezes (2012), não é possível desvincular a questão dos refugiados e direitos humanos, uma vez que esta situação é causada na maioria das vezes por uma violação de direitos no país de origem. Além disso, para uma proteção efetiva é necessário conhecer os aspectos políticos e sociais envolvidos nos processos migratórios. O Brasil celebrou diversos tratados internacionais sobre esta temática como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), à Convenção de Genebra de 1951, em 1960 e em 1989 aderiu a Declaração de Cartagena. O Estatuto dos Refugiados, lei 9.474 de 1997, foi a lei nacional mais marcante na proteção e regulamentação da situação dos refugiados no país, pois além de garantir os direitos, cria uma comissão nacional para a política pública do refúgio, o Comitê Nacional para os Refugiados – CONARE (SCHWINN; FREITAS, 2015). Todavia, com o grande aumento do número de imigrantes e refugiados egressos nos últimos anos, principalmente da Venezuela, Haiti e Senegal (CONARE, 2017), foi necessária a criação de uma lei que dispusesse mais especificamente sobre essa questão, a lei nº13.445/2017 (Lei

de Migração), com o objetivo de contemplar o cenário nacional atual sobre o tema e garantir que os direitos sejam efetivados.

Visando os aspectos já mencionados e com base na Lei nº 13.445/2017, regulamentada através do Decreto 9.199/2017, é possível afirmar o dever do Estado quanto a inserção dos migrantes na saúde, visto o que cita o artigo 3 do parágrafo XI - acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social. Portanto, é necessário fomentar políticas públicas de saúde e preparar os profissionais para atender esta população. Martin e colaboradores (2018) destaca que a limitação intercultural dos profissionais de saúde leva a generalizações do sujeito refugiado, ou seja, ele passa a ser identificado apenas pela sua nacionalidade, por conseguinte, as diferenças internas de uma mesma nacionalidade são suprimidas. Ele traz em sua revisão exemplos de iniciativas práticas no atendimento desse público que, apesar de focais, são relevantes para se pensar em políticas públicas efetivas, como contratar refugiados para trabalhar como Agente Comunitário de Saúde, por exemplo (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). Todavia, é possível observar ainda a presença de preconceitos étnicos e raciais e a precária inclusão nos sistemas de saúde, visto que muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem compreender a complexidade desse processo, o sofrimento psíquico e social que os refugiados vivem em seu país e também no de refúgio. Assim, não há o desenvolvimento de estratégias clínicas nos serviços que contemplem uma abordagem biopsicossocial desses sujeitos (KNOBLOCH, 2015).

Segundo Galina (2017), é imprescindível que o profissional de saúde conheça o processo saúde-doença-cuidado, para não se limitar ao atendimento biomédico do paciente. Ele destaca a fragilidade que os processos pré e pós-migratórios causam na saúde mental dos refugiados, podendo acarretar em depressão, Transtorno do Estresse Pós-traumático, ansiedade, dentre outros. Apresenta como proposta de intervenção, oportunidades de apoio social como fator relevante no cuidado dessas pessoas, por isso, o profissional de saúde deve observar ao atendê-los se existe uma rede de apoio social no país de refúgio.

Dadas essas especificações, destaca-se a necessidade dos estudantes de medicina, médicos e demais profissionais de saúde brasileiros aprimorarem seus conhecimentos acerca desta temática, ampliando sua competência cultural. Apesar do Brasil não ser um

país que receba grandes quantidades de imigrantes e refugiados em comparação ao cenário internacional, a lei de Refúgio brasileira é considerada uma das mais modernas do mundo e os números de imigrantes no país, segundo a CONARE (2017), são crescentes. No referido ano, 86.007 solicitações de reconhecimento como refugiado se encontravam em trâmite. O perfil dos refugiados reconhecidos em 2017 mostra que 77% têm entre 18-59 anos, 71% é do gênero masculino e 47% das solicitações são feitas no estado de Roraima, o que denota também a necessidade de organização da gestão regional dos serviços de saúde para promoção e prevenção da saúde e recepção dessas populações.

20.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura analisada foi possível observar que apesar das legislações de direitos humanos específicas para regulamentação dos processos migratórios e dos refugiados serem vigentes no Brasil e serem referência em relação a outros países, a efetivação delas na saúde enfrenta limitações devido a organização dos serviços e a abordagem biomédica ainda presente no país. Além disso, essa temática tão complexa para o atendimento e a formulação de estratégia clínica não é discutida pelos estudantes de medicina e médicos de forma aprofundada. Assim, deve-se estimular o debate acerca da problemática e investir em pesquisas acerca do assunto de forma a fomentar órgãos, como a Agência da Organização das Nações Unidas para refugiados (ACNUR), Instituições e Estados, além de medidas gestadas pelo executivo, no intento de ampliarem os seus modos de atuação, visto que o principal objetivo dessa agência versa sobre a proteção dos refugiados e a promoção de soluções duradouras para as problemáticas que os cercam. E dessa maneira, promover no Brasil políticas de saúde que tenham uma abordagem integrativa e biopsicossocial, visando amenizar o quadro de vulnerabilidades e sofrimento dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

ACNUR – AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. **Mais de 2 milhões de pessoas deixaram seus países só em 2017.** [S.l.]: ONU Brasil, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/39O4Zwh>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ACNUR – AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. **Refúgio em números**. 3. ed. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2TQCjgZ>. Acesso em: 15 jul. 2018.

A DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. [S.l.]: ONU Brasil, 1948. Disponível em: <https://bit.ly/3cXDMcA>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília: [s.n.], 1998. Disponível em: <https://bit.ly/38TEOmY>. Acesso em: 03 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <https://bit.ly/33gRO4T>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2WcnlDo>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CONARE. **Caminhos do Refúgio**. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/39ODQcS>. Acesso em: 16 jul. 2018.

GALINA, V. F. et al. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface**, v. 21, n. 61, p. 297-308, jun. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3a00K3W>. Acesso em: 14 jul. 2018.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 169-174, ago. 2015. Disponível em <https://bit.ly/39OFwTl>. Acesso em: 01 jul. 2018.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, jan. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3cYBR7w>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MENEZES, T. S. **Direitos humanos e refúgio**: a violação de direitos antes e após a determinação do status de refugiado. 2012. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCHWINN, S. A.; FREITAS, P. A proteção sociojurídica aos refugiados no Brasil: da legislação à política pública. **Barbarói**, n. 44, p. 225-274, jul./dez. 2015. Edição especial. Disponível em: <https://bit.ly/33e40TX>. Acesso em: 16 jul. 2018.

21 Evolução temporal dos casos notificados de hanseníase no estado do Rio Grande do Norte no período de 2008 a 2017

Francisco Alexandre de Araújo Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Milena Rodrigues Sampaio

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Tiago da Silva Teófilo

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Ana Flávia Sobral de Medeiros

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, que afeta principalmente a pele e o sistema nervoso periférico, sendo causada pelo *Mycobacterium leprae*. Objetivou-se avaliar os casos notificados de hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte, entre 2008 e 2017. Para isso, foi realizado um estudo observacional de série temporal, utilizando dados provenientes do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação. As variáveis utilizadas foram gênero (masculino e feminino), faixa etária em anos (0-14; 15-34; 35-64, ≥65 anos), número de lesões, classificação operacional de diagnóstico e forma clínica das lesões. Neste período, observou-se uma redução da incidência de casos, porém o grau de incapacidade física sofreu um aumento. Entre 2014 e 2017, foram observados maiores valores de incidências em pessoas do sexo feminino, com duas a cinco lesões e com predominância de lesões dimorfas.

Palavras-chave: *Mycobacterium leprae*; Epidemiologia; Saúde Pública.

21.1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Ela afeta principalmente o sistema nervoso periférico e a pele, resultando em lesões desfigurantes, bem como outros tecidos, tais como o sistema retículo-endotelial, ossos e articulações, membranas mucosas, olhos, testículos, glândulas supra-renais, progressiva lesão muscular ou atrofia, perda óssea e cegueira (SCOLLARD et al., 2006; TALHARI et al., 2015).

A hanseníase apresenta-se classicamente com envolvimento cutâneo e neurológico, embora os sintomas musculoesqueléticos possam ser o sintoma inicial. Variedade de sintomas musculoesqueléticos foi encontrada em pacientes com hanseníase e muitos deles foram associados à reação de Lepra. A poliartrite simétrica envolvendo as articulações grandes e pequenas, bem como a tenossinovite. As manifestações reumatológicas são comuns na hanseníase e o paciente pode apresentar sintomas musculoesqueléticos antes qualquer envolvimento neurológico no corpo (SARKAR et al., 2011).

A hanseníase continua sendo um problema significativo de saúde pública. A poliquimioterapia cura a infecção, mas reações imunológicas podem ocorrer e a neuropatia pode levar à incapacidade e deformidade. É importante que as manifestações da condição sejam reconhecidas o mais cedo possível, de modo que o dano nervoso precoce possa ser identificado e tratado rapidamente (WALKER; LOCKWOOD, 2006).

Fatores de risco contribuem para a disseminação da doença, como fontes de infecção. Os tatus infectados com *M. leprae* representam um potencial reservatório ambiental, podendo contribuir na transmissão zoonótica deste patógeno. Consequentemente, as pessoas que caçam, matam ou processam, ou comem carne de tatu, estão em maior risco de infecção pelo *M. leprae* desses animais (SILVA et al., 2018).

Estudos ecológicos forneceram evidências de que uma menor desigualdade, melhor desenvolvimento humano, maior cobertura de saúde e programas de transferência de renda estão relacionados a menores riscos de hanseníase. Essas descobertas apontam para uma relação consistente entre a hanseníase e as circunstâncias econômicas desfavoráveis e, assim, ressaltam a necessidade de políticas de controle da hanseníase para atingir grupos socialmente vulneráveis em países de alta carga (PESCARINI et al., 2018). Com isso,

objetivou-se avaliar temporalmente os casos notificados de hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte entre 2008 e 2017.

21.2 MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados dados secundários coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do banco nacional de dados do Sistema Único de Saúde, através de um estudo observacional de série temporal. Foram analisadas as variáveis taxa de incidência por local de residência, utilizando a constante 100.000 habitantes, taxa de incapacidade física e proporção de cura no período entre 2008 e 2017. O número de habitantes foi obtido através de dados derivados do censo de 2010 e estimativas intercensitárias, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis gênero (masculino e feminino), faixa etária em anos (0-14; 15-34; 35-64, ≥65 anos), número de lesões, classificação operacional de diagnóstico e forma clínica das lesões foram analisados apenas no período de 2014 a 2017, pois o período anterior não estava disponível no SINAN, sendo estas submetidas apenas a análise estatística descritiva.

Os dados foram sumarizados através de medidas de incidência, de tendência central e de crescimento, assim como proporções. Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel (versão 2010) e posteriormente analisados através do programa estatístico SPSS, versão 20 (SPSS statistics for Windows, version 20.0, New York: IBM Corp. 2011.). Um modelo de regressão linear generalizada foi utilizado para analisar as variáveis de incidência, incapacidade física e cura, utilizando tendências de crescimento na série temporal, no nível de significância $p < 0,05$.

21.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2008 e 2017, houve uma redução na taxa de incidência de casos notificados de hanseníase no RN. No entanto, observou-se um aumento no percentual do grau de incapacidade física e não houve diferença em relação a cura dos casos notificados (Tabela 1). Mais de 200.000 novos casos de hanseníase são detectados a cada ano mundialmente, dos quais aproximadamente 7% estão associados a incapacidades de grau 2. Para alcançar

a eliminação da hanseníase, um dos principais desafios é atingir grupos de maior risco em comunidades endêmicas (PESCARINI et al., 2018).

Tabela 1 – Taxa de detecção dos casos notificados de hanseníase, percentual de avaliação do grau de incapacidade física e cura nas coortes, Rio Grande do Norte de 2008 a 2017

Ano	Incidência/100.000 Hab	Incapacidade	Cura
2008	8,31	88,4	73,7
2009	9,88	86,5	77,6
2010	8,21	93,1	77,9
2011	8,38	88,8	80,5
2012	9,85	82,7	89,4
2013	8,09	72,9	78,3
2014	7,98	72,9	72,3
2015	7,81	75,8	71,3
2016	5,7	67,7	73
2017	7,21	53	70,9
Variação total, %	-13,24	40,05	3,80
<i>P</i>	<0,05	<0,05	0,45

Fonte: Autoria própria.

No período de 2014 a 2017, o número de portadores de hanseníase do sexo feminino foi, em média, maior que o observado no masculino. Dentre as faixas etárias, pessoas com 35 a 64 anos foram as mais afetadas, enquanto as com 14 anos ou menos, foram as que apresentaram um menor número de casos (Tabela 2).

A maior incidência no sexo feminino apresentada diverge do que foi observado por Pescarini et al. (2018), em que observaram que a hanseníase estava associada ao sexo masculino (RR = 1,33, 95% IC = 1,06-1,67). De acordo com os mesmos autores, o aumento da idade, condições sanitárias e socioeconômicas precárias, menor nível de escolaridade e insegurança alimentar são marcadores de risco para a hanseníase.

Entre 2014 a 2017, o número de portadores de hanseníase que apresentavam de duas a cinco lesões dispostas no corpo era de aproximadamente 72/ano (± 17 , EPM), já os que apresentavam mais de cinco lesões correspondia a aproximadamente 20 pessoa/ano (± 7 , EPM). Quanto a classificação operacional da tuberculose, a forma multibacilar apresentou um número médio de casos superior ao encontrado na forma paucibacilar (Tabela 3). Em relação à apresentação clínica das lesões em portadores da hanseníase, o número de casos de pacientes com a forma dimorfa foi a mais comum, seguido pelas formas tuberculóide, Virchowiana e indeterminada, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 2 – Número de casos por sexo e faixa etária em pacientes com hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte entre 2014 e 2017

Ano	Sexo		Faixa etária, anos			
	Masculino	Feminino	Até 14	15 - 34	35 - 64	≥65
2014	156	159	18	54	163	80
2015	157	143	36	54	154	56
2016	118	110	10	44	121	53
2017	52	33	1	16	48	20
Média	120,75	111,25	16,25	42	121,5	52,25
EPM	24,65	28,01	7,44	8,98	26,11	12,33

EPM: Erro padrão da média.

A apresentação clínica da hanseníase mais comum foi a dimorfa. De acordo com Talhari et al. (2015), a apresentação varia de poucas a lesões generalizadas. Na maioria dos pacientes, a hanseníase precoce se apresenta como lesão macular e hipopigmentada. Essa apresentação clínica inicial é conhecida como hanseníase indeterminada e ocorre em indivíduos que ainda não desenvolveram imunidade mediada por células contra o *M. leprae*.

No presente trabalho observou-se uma predominância maior de casos de indivíduos, apresentando de duas a cinco lesões. De acordo com Talhari et al. (2015), o número de lesões depende da imunidade celular geneticamente determinada do paciente. Indivíduos que apresentam uma resposta imune celular vigorosa e respostas imunes humorais limitadas ao *M. leprae*, geralmente apresentam poucas lesões cutâneas. Sem tratamento, esses pacientes tendem a evoluir para a forma tubular tuberculóide polares ou tuberculóide borderline.

Tabela 3 – Classificação operacional de diagnóstico (COD) e forma clínica das lesões de pacientes com hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte entre 2014 e 2017

Ano	COD			Forma Clínica		
	Paubacilar	Multibacilar	Indeterminada	Tuberculóide	Dimorfa	Virchowiana
2014	128	187	38	80	102	69
2015	110	190	47	67	98	64
2016	82	145	19	55	91	41
2017	19	66	4	14	35	20
Média	84,75	147	27	54	81,5	48,5
EPM	23,87	28,89	9,64	14,28	15,67	11,29

Legenda: COD: Classificação Operacional de Diagnóstico; EPM: Erro padrão da média.

21.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento acerca dos dados epidemiológicos, bem como das principais formas de manifestação da hanseníase contribui para o diagnóstico e a criação de políticas de controle, principalmente para populações mais vulneráveis, sendo fundamental a

notificação da ocorrência desta enfermidade. Medidas que possam aumentar a taxa de cura devem ser buscadas, uma vez que esta variável não sofreu alteração ao longo do tempo avaliado.

REFERÊNCIAS

PESCARINI, J. M. et al. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: a systematic review and meta-analysis. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 12, n. 7, p. 1-20, 2018.

SARKAR, R. N. et al. Musculoskeletal involvement in leprosy. **Indian Journal of Rheumatology**, v. 6, n. 1, p. 20-24, 2011.

SCOLLARD, D. M. et al. The continuing challenges of leprosy. **Clinical microbiology reviews**, v. 19, n. 2, p. 338-381, 2006.

SILVA, M. B, et al. Evidence of zoonotic leprosy in Pará, Brazilian Amazon and risks associated with human contact or consumption of armadillos, **PLoS neglected tropical diseases**, v. 12, n. 6, 2018.

TALHARI, C.; TALHARI, S.; PENNA, G. O. Clinical aspects of leprosy. **Clinics in dermatology**, v. 33, n. 1, p. 26-37, 2015.

WALKER, S. L.; LOCKWOOD, D. N. J. The clinical and immunological features of leprosy. **British medical bulletin**. v. 77, n. 1, p. 103-121, 2006.

22 Relato de experiência sobre atividade de educação em saúde no âmbito da atenção básica

Victor Ribeiro Xavier Costa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Taynná Araújo Freitas Melo

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Vinicius Paiva Cândido dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Isadora Gomes Tavares

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Vitor Magalhães Libanio

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Pedro Hugo Vieira da Silva

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Igor Rafael Miranda Ferreira Santander

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

RESUMO

OBJETIVO: Relatar experiência acadêmica na realização de atividade de educação em saúde sobre arbovirozes. **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência da atividade educativa realizada em uma Escola Municipal de Ensino Fundamental adscrita no Programa Saúde da Escola (PSE) do território área da USF Água Fria I, durante o período acadêmico 2017.1. **RESULTADOS:** Os objetivos da ação em saúde foram atingidos através da boa comunicação dos discentes com o público-alvo, além de utilização de mídias e do caráter lúdico para facilitar o aprendizado. Sendo assim, relata-se a importância das atividades em saúde para melhoria da qualidade de vida dos usuários da comunidade e contribuição singular na formação pessoal dos alunos da escola.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Educação em saúde. Infecções por Arbovirus.

22.1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como base uma comunicação perene entre a educação e a saúde, que visa o desenvolvimento qualitativo de vida da população brasileira. Ele atua na prevenção de riscos e adoecimentos, bem como de promoção e atenção à saúde por meio de atividades que contemplem vulnerabilidades nas instituições de ensino público (BRASIL, 2009). Além disso, corrobora com a Política Nacional de Educação Popular no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), em que é orientada pelos princípios de diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

Dentro desse contexto, a educação em saúde se insere como parte fundamental na execução da perspectiva do programa em integrar as duas esferas de saúde e educação, haja vista que se configura como exercício inerente ao campo, em especial, da saúde coletiva, através de um processo político pedagógico que promove a construção do ser reflexivo e crítico, conquistando sua autonomia e emancipação como parte integrante e ativa da conjuntura social e progresso histórico, o que acarreta no desdobramento em ações de cunho transformador a partir das realidades concretas vividas da comunidade (FALKENBERG, 2014).

Para além do conceito supracitado, a educação popular se insere como ideia basilar da construção do presente trabalho, tendo como essa uma concepção singular que a diferencia da educação em saúde, por mais que estejam conectadas. A educação popular em saúde, protagonizada pelos fundamentos de Paulo Freire em sua gênese conceitual, se baseia na interlocução com os saberes prévios inerentes da comunidade e dos usuários, em uma análise conjuntural da realidade. Tudo isso, através de uma aproximação dos sujeitos no espaço comunitário, dando vazio a os movimentos locais, no discernimento de que a saúde tanto é prática social quanto global e deve ter como balizador ético-político os anseios das camadas populares (FALKENBERG, 2014).

As arboviroses são um grupo de doenças virais transmitidas por vetores e consideradas um problema global de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os arbovírus são transmitidos pela picada de artrópodes hematófagos, cujo

principal transmissor é o *Aedes aegypti*, geralmente os acometimentos são em ambiente silvestre, porém há casos em zona urbana, o que se torna uma problemática para ser prevenida pela população. No Brasil, as arboviroses que ocorrem com maior frequência são: dengue, chikungunya e zika (BRASIL, 2015).

Caminhando nesse viés, a Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve elaborar estratégias para prevenção da transmissão dos vírus da Dengue, Chikungunya e Zika, tendo tais doenças impacto relevante e transformador nos cenários epidemiológico atuais do país. Com efeito, se faz necessário a ação, principalmente, no lançar mão da prática fundamental de educação em saúde, entendendo o saber prévio da comunidade, e na disseminação horizontal do conhecimento e troca de ciências, sendo elas popular e científica, contribuir para a construção bem resolvida do saber autônomo e social da comunidade. Dessa forma, esse estudo tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada por alunos do curso de medicina atuando juntamente com o PSE em atividades educacionais acerca de arboviroses.

22.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência da atividade educativa realizada em uma Escola Municipal de Ensino Fundamental, adscrita no Programa Saúde da Escola (PSE) do território área da USF Água Fria I. A atividade foi ministrada pelos discentes do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, durante o módulo de Atenção em Saúde I, no período letivo 2017.1, e teve como público-alvo crianças na faixa etária de 8 a 11 anos.

A atividade educativa teve como objetivo explicar as crianças um pouco sobre as arboviroses mais prevalentes no território área da Unidade de Saúde e se prevenir e combatê-las. A escolha do tema foi identificada a partir dos surtos presentes na área a qual a escola pertencia. Dessa forma, foram utilizados recursos lúdicos como teatro, músicas e jogo de perguntas e respostas, a fim de obter-se maior participação e interesse da turma.

22.3 RESULTADOS

Visto a emergência de arboviroses em locais onde antes era inexistente, hoje representa um potencial desafio para a Saúde Pública em muitos aspectos. A recente descoberta da Chikungunya e Zika no Brasil e em outros países das Américas, uma vez que todos os indivíduos são expostos e são susceptíveis a infecções, ainda não existe vacina disponível como método profilático e não existem antivirais efetivos para o tratamento. Logo a importância de uma educação continuada de saúde na comunidade é imprescindível, visto que quanto mais cedo a intervenção, mais eficaz será, servindo com uma arma impar ao combate das arboviroses.

Dos pontos abordados, o que teve maior prestígio foi acerca da eliminação de criadouros potenciais, depósitos positivos para larva do mosquito, através de remoção, destruição, vedação ou outro tipo de controle mecânico visando sempre a prevenção. Foram utilizados os princípios descritos por Paulo Freire para o desempenho das atividades, em que o público-alvo da atividade educativa são protagonistas na produção do conhecimento. Os objetivos da ação em saúde foram atingidos através da boa comunicação dos discentes com o público-alvo, além de utilização de mídias e do caráter lúdico para facilitar o aprendizado.

22.4 CONCLUSÕES

Por fim, conclui-se que é de extrema importância a realização das atividades educativas, no âmbito da saúde, junto aos equipamentos sociais, para um melhor desenvolvimento das estratégias criadas pela Unidade de Saúde, a fim de reduzir e orientar problemas atuais e pertinentes nesse território, além de serem realizadas por profissionais que entendem do assunto, o que ajuda no entendimento do público alvo, passando segurança, logo, conscientizando-o sobre a importância de tratar desse problema.

Com isso, permite que a população seja assistida desde a prevenção até o tratamento da doença, o que mostra o acompanhamento do usuário a partir do momento que ele faz parte do território e não só quando ele procura a Unidade. Sendo assim, ações

que envolvam os usuários e as problemáticas do território, através dos determinantes e condicionantes, podem ser usadas para melhorar a saúde e qualidade de vida nesse meio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre de chikungunya: manejo clínico**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2Uj2nQP>. Acesso: 19 mar. 2020.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014, v. 19, n. 03, p. 847-852. Disponível em: <https://bit.ly/3d5Vw5E>. Acesso em: 19 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue: Guidelines for treatment, prevention and control**. Geneva: World Health Organization; WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2U1CsxR>. Acesso em: 28 de jul. 2018.

Ana Karollyne Salviano Ferreira de Melo

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Augusto Ítalo Matos Carvalho

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Emanuele Rodrigues de Barros

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Francisco Rodrigues de Lima Neto

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Marcelo Augusto Araujo Castro

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Maria Clara Vieira Morais

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Tammy Rodrigues

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

O projeto “Gincana da Saúde” foi desenvolvido com o propósito de ampliar o conceito de saúde à comunidade do conjunto habitacional Walfredo Gurgel, no bairro Alto de São Manuel, Mossoró. Utilizando-se de uma dinâmica interativa e de uma roda de conversa, na qual os participantes foram ouvidos e debateram com os demais, foi destacada a importância do bem-estar ampliado, que abrange a integridade física e mental. Esta intervenção foi idealizada a partir de uma territorialização prévia, na qual se constatou, junto à equipe da Unidade Básica de Saúde, a prevalência de problemas de saúde mental, em especial a depressão, e, também, de moradores idosos. Espera-se que esta ação auxilie na redução dos distúrbios da mente e contribua para a estabilidade emocional dos integrantes, ao passo que também coopere na prevenção de patologias associadas ao sedentarismo.

Palavras-chave: Atividade física. Dinâmica. Idosos. Saúde mental. Sedentarismo.

23.1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma das marcas da transição demográfica por qual passam diversos países do globo, inclusive o Brasil. Os dados do IBGE apontam que em 2030 o Brasil terá a sexta população mundial em número absoluto de idosos. Logo, doenças ligadas ao processo de envelhecimento requerem mais atenção desde já. Nesse sentido, é sabido que a prática de atividades físicas é imprescindível para a manutenção de uma vida saudável e equilibrada. Especialmente para os idosos, tal prática deve estar presente no dia a dia tendo em vista que auxilia no controle de sintomas diversos como no caso de hipertensão e diabetes, doenças muito relacionadas à senescência. Ademais, quando o corpo está em movimento a mente também é beneficiada. A fuga do sedentarismo, por exemplo, é uma das chaves no combate à depressão. A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte em conjunto com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em posicionamento oficial, demonstraram efeitos das atividades físicas no controle da glicemia, redução do peso corporal, controle da pressão arterial de repouso, redução da dependência na realização de tarefas cotidianas e aumento da autoestima e da autoconfiança. Sendo assim, importante meio para a preservação da saúde e melhora da qualidade de vida.

Com base em tais premissas foi desenvolvida a ação “Gincana da Saúde”, com o intuito de associar o movimento e parte lúdica de jogos para incentivar os participantes a cuidarem de sua saúde, tanto física quanto psicológica. O principal objetivo foi construir, junto aos moradores da comunidade, a mentalidade de que práticas físicas contribuem para o bem-estar emocional, enfatizando a importância da inserção dos indivíduos em grupos como o “Movimente-se com Saúde”, desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde do bairro onde se deu a ação, nos quais os exercícios são feitos em parceria, consolidando as noções de coletividade, amizade, confiança, motivação e diálogo.

23.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do projeto, inicialmente, foi colocado em prática conhecimentos obtidos na matéria de Vivência em Comunidade I, pertencente à grade curricular da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Faculdade de Ciências e Saúde. Essa

matéria tem como objetivo geral promover a capacidade de atuar além do binômio médico-pessoa e, como objetivos específicos, correlacionar os conceitos de Vulnerabilidade e Risco Social com a saúde, compreender o papel do médico na comunidade e intervir na realidade local.

A partir dessa proposta, foi realizada uma análise da territorialização da área 146, onde se localiza a Unidade Básica de Saúde Vereador Durval Costa, pertencente ao bairro Alto de São Manoel em Mossoró, Rio Grande do Norte. Constatou-se um número elevado de idosos, 497 no total, além da recorrência de psicopatologias como a depressão e ansiedade, o que motivou a escolha de uma intervenção acerca da saúde mental nesse grupo social. Com base na dimensão dos efeitos psicológicos positivos da prática de atividades físicas (OKUMA, 2002), foi escolhida a utilização da prática de exercícios físicos como aliados ao combate dessas patologias da mente, proporcionando uma atuação no eixo emocional e de homeostase corporal.

Dessa forma, o projeto proposto foi a “Gincana da Saúde”, cujo objetivo foi oferecer uma dinâmica interativa além do âmbito da UBS, que demonstrasse a importância da saúde mental para o bem-estar do indivíduo, através da prática de exercícios físicos. A atividade foi realizada em parceria com o grupo “Movimente-se com Saúde”, organizado por integrantes da residência multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Vereador Durval Costa. Esse grupo proporciona atividades físicas semanais na praça da Funger, Alto de São Manoel, voltadas para a terceira idade. Essa dinâmica foi definida após uma conversa com a psicóloga da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

No dia 26 de junho de 2018, o projeto foi realizado, sendo dividido em três momentos: triagem, gincana interativa e café da manhã. No primeiro momento, houve a verificação da pressão arterial e índice glicêmico dos participantes, com a coleta desses dados. Já no segundo momento, a “Gincana da Saúde” foi realizada. Essa atividade foi iniciada com uma explicação prévia acerca da importância da prática de exercícios para a homeostase corporal, atuando como tratamento coadjuvante para doenças como diabetes e hipertensão arterial, além do seu papel no bem-estar emocional, uma vez que atua no combate de doenças como depressão, melhora o desempenho cognitivo e proporciona a formação de novos laços afetivos, sabendo-se que o isolamento social é um dos grandes problemas enfrentados pela terceira idade. Em seguida, um círculo foi feito e distribuiu-se

um balão vazio para cada pessoa, sendo pedido para que os participantes os soprassem, mentalizando que cada sopro significava um problema a ser depositado no balão. Já com as bexigas cheias, a dinâmica prosseguiu com a passagem dos balões pelos integrantes do círculo no ritmo da música. Entretanto, algumas pessoas foram sendo selecionadas para sair do círculo, deixando seu balão na roda, até que quem ficou na brincadeira sentiu-se sobrecarregado e quem estava fora voltou para ajudar. Então, foi perguntado o que cada um sentiu, concluindo-se que os problemas, representados pelas bexigas, tornam-se muito menores quando compartilhados. Logo depois, os balões foram estourados e uma das seguintes palavras foi revelada em cada um, representando “ingredientes” essenciais para o equilíbrio emocional: família, fé, amizade, solidariedade, paciência, autoestima, diálogo, confiança, alegria, esperança, bondade e motivação. Em seguida, pediu-se para que os participantes falassem o que essa palavra significava em sua vida, o que proporcionou um momento de desabafo e ensinamento coletivo. Por fim, houve o momento do café da manhã, composto por alguns alimentos saudáveis, como frutas e sucos.

23.3 RESULTADOS

A ação foi um sucesso na comunidade, uma vez que aumentou em 50% o índice de participantes do grupo “Movimente-se com Saúde”, o qual geralmente era composto por 20 integrantes, enquanto na ocasião da “Gincana da Saúde” conseguiu reunir um contingente de 30 pessoas. Durante a triagem, observou-se a presença única de mulheres, todas acima de 50 anos. Verificou-se, também, a presença de 09 hipertensas e 04 diabéticas, chamando a atenção uma senhora diabética desregulada, com índice glicêmico 411mg/dL, que foi encaminhada para a UBS pelo médico da família que participou do momento de triagem. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 70% dos gastos em saúde pública são destinados ao controle dessas doenças crônicas não transmissíveis, as quais podem ser evitadas ou atenuadas pela prática de exercícios físicos, constatando-se a importância da promoção desses projetos pelas Unidades Básicas. Ademais, a pressão arterial de uma das participantes mostrou-se elevada. Contudo, ela revelou não ser hipertensa, mas estar passando por um período emocional difícil, o que ratificou ao grupo da UERN a importância do eixo de ação escolhido.

Quanto à gincana, houve uma expressiva participação das senhoras, que demonstraram compreender o objetivo da dinâmica, chegando às suas próprias conclusões acerca da importância da manutenção dos laços afetivos. Durante a conversa sobre as palavras, muitas sentiram-se à vontade para desabafar e compartilhar histórias de sua própria vivência, proporcionando um emocionante momento de reflexão coletiva, intensificado pela necessidade de ouvir e ser ouvido, em especial na terceira idade. Chamou a atenção um relato acerca da palavra “união”, em que uma das senhoras explanou sua satisfação em fazer parte do grupo “Movimente-se com Saúde”, sendo um dos seus principais mecanismos de inclusão social, criando vínculos de amizade. Ao final da brincadeira, todas estavam sorrindo e se abraçando, em uma atmosfera de confraternização. Inclusive, uma das participantes procurou o grupo da UERN individualmente para expressar sua emoção ao falar sobre a palavra “fé”, pois sua crença estava intimamente relacionada ao seu bem-estar e saúde.

No terceiro momento, um café da manhã foi servido, incentivando uma alimentação saudável e balanceada, a qual associada à prática de exercícios físicos e interação social, constitui um dos eixos promotores da vida saudável. Ainda nesse momento, conversamos individualmente com algumas participantes, que nos relataram sua satisfação com a ação, julgando muito positiva a prática frequente de exercícios físicos para o equilíbrio físico e emocional. Dessa forma, os objetivos iniciais para o desenvolvimento da ação foram atingidos.

Figura 1 - Imagem do momento de confraternização após a Gincana da Saúde



Legenda: Foto retirada ao final, contendo os participantes e organizadores da Gincana da Saúde, integrantes da residência multiprofissional e o médico de família e comunidade da Unidade Básica de Saúde Durval Costa.

Fonte: Dados da pesquisa.

23.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do projeto foi de grande importância à comunidade e às participantes envolvidas, de maneira que proporcionou um impacto na ampliação do conceito de saúde e desenvolveu uma maior conscientização acerca da promoção e manutenção da saúde ao grupo alvo, uma vez que a prática regular de exercícios físicos fortalece as articulações, diminui riscos de quedas e ajuda no tratamento de hipertensão e diabetes. Ademais, a prática dessa atividade corporal aliada à dinâmica envolvendo saúde mental demonstrou-se de elevada pertinência, uma vez que é necessário falar sobre e mostrar sua devida importância, ajudando a combater a solidão, depressão e ansiedade.

Desse modo, é importante e faz-se necessária a continuidade do projeto, já que os resultados são adquiridos a longo prazo, por meio da efetiva melhoria na qualidade de vida, em que a prática de atividade física diária e conversas envolvendo bem-estar emocional, união e sentimentos latentes no cotidiano dos participantes são fundamentais. O ideal seria consolidar esse projeto a partir de encontros mensais, com o grupo participante, além de

estimular neles o exercício físico diário, com caminhadas, alongamentos e treinos funcionais, na comunidade.

Outro aspecto analisado foi a participação massiva de mulheres, idosas, em contraste com o público alvo, que seriam idosos de ambos os sexos. Pode-se evidenciar assim, a maior preocupação feminina com a saúde e a prevenção de doenças, em que participam desse projeto, refletindo diretamente na maior expectativa de vida feminina. Com isso, surge a necessidade de estimular a maior participação dos homens, conscientizando-os e os tornando mais ativos. Assim, tornar o grupo mais diversificado, podendo trocar maiores experiências e ensinamentos durante as dinâmicas, e também levar esses benefícios aos homens.

REFERÊNCIAS

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, Dec. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3ccoVdc>. Acesso em: 23 jul. 2018.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v.11, n.02, p.301-308, ago./dez. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2Xxao7G>. Acesso em: 23 ago. 2018.

MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 70-79, abr. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3bbBjdy>. Acesso em: 23 jul. 2018.

NOBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 5, n. 6, p. 207-211, dec. 1999. Disponível em: <https://bit.ly/2RAJiJ9>. Acesso em: 16 jul. 2018.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**: fundamentos e pesquisa. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2002.

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA REDALYC. **Atividade física**: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3a4O3kH>. Acesso em: 20 jul. 2018.

24 O Discurso de resistência do paciente oncológico ao tratamento cirúrgico

Lázaro Fabrício de França Souza

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Débora Maria Marques Bezerra

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Luzia Carla de Souza Soriano

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Annie Lívia Torres de Albuquerque Araújo

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os motivos que levam à recusa do tratamento cirúrgico por pacientes oncológicos. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com pacientes oncológicos que tenham recebido a indicação cirúrgica, mas recusaram o procedimento. Para análise dos dados será utilizada análise temática de conteúdo. É possível que, devido à persistente crença na cirurgia oncológica mutiladora e incapacitante, o principal motivo para a recusa do tratamento cirúrgico seja o medo das alterações corporais que podem ser causadas pela cirurgia.

Palavras-chave: Câncer. Cirurgia oncológica. Estigma social. Saúde pública.

24.1 INTRODUÇÃO

O câncer consiste em um conjunto de doenças que resultam do crescimento desordenado de células, podendo ser causado por fatores externos, como fatores ambientais ou comportamentos de risco, e fatores internos, como uma predisposição genética. A progressão pode variar, e o tratamento tem uma resposta diferente de acordo com o paciente e o tipo de câncer. Até mesmo o significado da palavra, derivada de *cancris*, caranguejo, é relacionada com a agressividade e infiltração que a doença causa nos tecidos e demonstra o peso sociocultural que o câncer possui, além das crenças a ele relacionadas (FARINHAS et al., 2013).

O estigma do câncer está associado, principalmente, com a dor, o medo da morte, a preocupação com a autoimagem e a perda do atrativo sexual, ou da capacidade reprodutiva (FARINHAS et al., 2013). Os pacientes oncológicos podem apresentar sentimentos conflitantes como angústia, medo, estresse emocional e ansiedade, causados pelo medo dos procedimentos terapêuticos e, principalmente, pelas consequências que o tratamento pode ter em sua imagem e rotina (SANTOS; PICCOLI; ROFRIGUES, 2007). Por isso, é fundamental entender o impacto que o diagnóstico e o tratamento do câncer terão no indivíduo, respeitando seus medos e sua vulnerabilidade.

A cirurgia é o tratamento oncológico mais antigo e continua sendo um dos mais eficazes. Na época de Hipócrates (460-375 a.C.), os sintomas relacionados ao câncer foram detalhados e acreditava-se que o tratamento cirúrgico não preservaria a qualidade de vida do paciente, pois os procedimentos eram radicais e, apesar de apresentarem resultados satisfatórios, frequentemente ocasionava deformidades e incapacitava o paciente (FEIG; HSU, 2017).

O desenvolvimento de tratamentos não-cirúrgicos, como radioterapia e quimioterapia, mudou a evolução dos tratamentos oncológicos, buscando melhorar a segurança, a eficácia, a preservação da função e a qualidade de vida. A evolução da cirurgia oncológica no século passado fundamentou-se no crescimento da complexidade das cirurgias e na redução da extensão das operações, sem comprometer o desfecho clínico. Os avanços permitiram que os procedimentos cirúrgicos sejam menos invasivos, debilitantes e mutilantes (FEIG; HSU, 2017).

A ameaça representada pela cirurgia pode causar diversas reações, independente do grau de complexidade do procedimento cirúrgico. Apesar do progresso da cirurgia oncológica, o receio de procedimentos que afetem a imagem corporal ou prejudiquem a rotina diária são predominantes em pacientes oncológicos, causando, em alguns casos, a recusa do tratamento cirúrgico (SANTOS; PICCOLI; ROFRIGUES, 2007).

Os motivos que guiam a recusa desse procedimento, após o paciente ser informado da indicação cirúrgica, precisam ser esclarecidos, pois, a ausência de um procedimento com potencial eficácia influencia diretamente na qualidade de vida do paciente oncológico, mesmo que este receba tratamentos não-cirúrgicos. Esclarecendo as motivações de recusa, o discurso do cirurgião oncológico pode ser moldado para abranger os medos e receios do paciente, evitando a recusa de um tratamento potencialmente eficiente. Diante disso, o presente estudo objetiva identificar e analisar os motivos que dificultam a aceitação ou levam à recusa do tratamento cirúrgico por pacientes oncológicos. A partir disso, a principal hipótese desse trabalho é a de que a permanente crença em cirurgias oncológicas incapacitantes ou mutiladoras é o principal motivo para recusa do tratamento cirúrgico.

24.2 MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho em tela se caracteriza como uma pesquisa do tipo exploratória, explicativa, de caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Para Gil (2010), as pesquisas exploratórias buscam maior aproximação e familiaridade com o problema, na medida em que desenvolvem, esclarecem e/ou modificam ideias, levando em conta a formulação de problemas com maior precisão ou de hipóteses para estudos posteriores. Descritiva, por sua vez, tem por objetivo de descrever determinadas características da população ou fenômeno estudado, estabelecendo uma relação entre as variáveis, por meio de técnicas padronizadas de coletas de dados, como o roteiro de entrevista que será utilizado nesta pesquisa.

Marconi e Lakatos (1991), apontam que a pesquisa é um procedimento formal, que apresenta método de pensamento assentado na reflexividade, que demanda um tratamento científico e se converte em formas de se conhecer a realidade ou se chegar a verdades parciais. A pesquisa qualitativa, conforme Minayo (2001), responde questões

particulares, pertinentes a um nível da realidade social que não pode ser quantificado. Desse modo, ela parte de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, um espaço, portanto, mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser tratados com reducionismos ou tão somente à operacionalização quantitativa.

Gil (2010) aponta que as pesquisas explicativas são aquelas que se preocupam com a identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de certos fenômenos, ensejando o conhecimento de uma determinada realidade, na medida em que explica a “razão” das coisas. Como suporte, será utilizado um diário de campo e elementos da observação participante, que proporciona a presença do observador/pesquisador numa situação social com o intento de realizar uma investigação científica.

Conforme Minayo (2001), durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, sendo o pesquisador igualmente parte desse contexto de observação, alterando e sendo alterado pelas circunstâncias e processo interativo. Como instrumento de coleta de dados lançaremos mão de entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas e dados que ensejarão um levantamento de perfil social dos sujeitos entrevistados. Segundo Gil (2009), o entrevistador concede ao entrevistado falar livremente sobre uma temática específica, porém, se há um desvio brusco do tema original, o entrevistador busca focar novamente no estabelecido inicialmente.

A pesquisa será realizada junto aos pacientes oncológicos da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer – LMECC, na cidade de Mossoró/RN, que tiveram indicação cirúrgica para tratamento do câncer e se negaram a fazê-la, no período entre outubro e dezembro de 2018. O tamanho da amostra será delimitado pela ferramenta de saturação de amostragem. Esse efeito ocorre quando os novos dados obtidos não acrescentam novos conteúdos ao material já coletado, sendo considerados redundantes ou repetidos. Quando isso ocorre, interrompe-se a inclusão de novos participantes na coleta de dados (FONTANELLA et al., 2008). As entrevistas serão audiogravadas, com a utilização de aparelho celular e a devida aquiescência dos participantes da pesquisa. Consoante tais preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa serão identificados por meio de categorização numérica progressiva.

Os procedimentos deste estudo obedecem aos critérios da Ética em pesquisa com seres humanos, conforme resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que determina a assinatura do TCLE pelos referentes participantes da pesquisa, e só a partir disso a pesquisa será iniciada. Os participantes também serão devidamente informados do caráter sigiloso das informações fornecidas e do anonimato dos seus depoimentos.

24.3 RESULTADOS

No momento, o que apresentamos aqui é resultado da fase inicial do projeto e está relacionado sobretudo ao levantamento e exploração do referencial teórico para a construção de um arcabouço teórico pertinente.

O tratamento cirúrgico, especialmente para tratamento de câncer na área de cabeça e pescoço, pode afetar a aparência, a autonomia, o trabalho e a habilidade de comunicação do indivíduo, influenciando, também, sua autoestima. Em casos de cirurgias oncológicas que alterem a aparência facial ou a sensação de identidade, como a cirurgia para câncer bucal, o paciente pode passar por isolamento social, depressão, regressão para comportamento infantil e estresse psicológico. Em muitas situações sociais, os pacientes com cicatrizes ou desfiguração facial são abordados com negatividade, que pode causar mais estresse emocional no indivíduo (VALDEZ; BRENNAN, 2018).

O tratamento cirúrgico para câncer de mama também representa um conflito para o paciente, pois a mama é um símbolo de feminilidade e fertilidade para a mulher. Além disso, o tratamento cirúrgico é visto como agressivo e mutilante, e dificulta a relação da mulher com sua situação de saúde, pois, devido às alterações corporais e ao preconceito e estigma relacionado ao câncer, ocorre o afastamento de pessoas e situações de constrangimento (GOMES; SILVA, 2017).

Isso porquanto o corpo, a despeito de se constituir fisicamente, é significado social e culturalmente, o que revela a interação do indivíduo com o ambiente e, mais especificamente, com a comunidade. O corpo é essencial para o sentimento de pertencimento e a formação da identidade do homem. O conhecimento médico pode interferir no corpo e, conseqüentemente, na identidade e na relação social do indivíduo, por possibilitar a mudança do corpo em busca de eficácia médica (GOMES, 2011).

A modernidade alterou a maneira como o corpo é utilizado, desenvolvendo a necessidade e a importância de demonstrar juventude e saúde eterna. Esse modo de construção do corpo influenciou a busca pelo controle do corpo, por meio de exercícios ou procedimentos médicos, intensificando a procura pela perfeição corporal (TRINCA, 2008). O ser humano pode apresentar uma necessidade de manter a perfeição corporal em todos os momentos, evitando que as imperfeições ou que as doenças acometidas não sejam externalizadas, para que seu corpo não possa influenciar negativamente o ambiente.

O diagnóstico de câncer ressalta a vulnerabilidade do ser humano e, quando somado com os traumas gerados pelo tratamento, pode produzir graves impactos emocionais, como depressão, solidão e retraimento. Para o paciente oncológico com indicação cirúrgica, o procedimento pode representar um conflito por ser visto como uma ameaça à vida e pelas consequências que a cirurgia pode ter em sua imagem e rotina (SANTOS; PICCOLI; ROFRIGUES, 2007).

As consequências do tratamento oncológico também dependem de fatores externos ao estado de saúde do paciente, como em cirurgias para câncer de mama, nas quais as mulheres casadas ou que vivem com o companheiro apresentam mais consequências negativas, possivelmente, pelo fato da existência do companheiro relembrar constantemente das mudanças corporais e da mutilação causada pela doença (DE CASTRO et al., 2016). Indivíduos que possuem um suporte religioso também diferem na percepção do resultado do procedimento cirúrgico, pois a religião ameniza o sofrimento por diminuir o estresse e mudar a perspectiva e a vivência da doença, além de propiciar o desenvolvimento de pensamentos otimistas e a recuperação da força perdida com a doença (COSTA; LEITE, 2009).

24.4 CONCLUSÕES

O estigma do câncer, ou seja, a mácula que envolve o indivíduo a partir da doença, começa desde a descoberta de seu diagnóstico, até a fase do tratamento do paciente, já que este pode causar mudanças físicas que irão repercutir na autoestima e no convívio social do indivíduo.

O estudo apresenta circunscrições por estar ainda em fase inicial e não apresentar resultados decorrentes da inserção em campo e do acesso aos sujeitos da pesquisa. Além disso, a pesquisa enseja aprofundar os conhecimentos acerca dos motivos que guiam a recusa do procedimento oncológico, mantendo, portanto, seu foco em aspectos específicos relacionados à problemática levantada, deixando, assim, outras possibilidades em aberto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Liga Mossoroense de Estudos e Combate Ao Câncer (LMECC), órgão que nos auxilia nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.
- COSTA, Priscila; LEITE, Rita de Cássia B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.
- DE CASTRO, Elisa Kern Kern et al. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, n. 3, jul-set, 2016.
- FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, v. 17, n. 2, p. 111-129, 2013.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas 2010.
- GOMES, Nathália Silva; SILVA, Sueli Riul da. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e7634, 2017.
- GOMES, Romeu. Antropologia do corpo e modernidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2277-2278, nov. 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

VENDRAMINI, Regiane Cristina Rossi et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, 2010.

SANTOS, Rosana Rodrigues dos; PICCOLI, Marister; RODRIGUES, Ariana Silva Carvalho. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2007.

TRINCA, Tatiane Pacanaro. **O corpo-imagem na cultura do consumo: uma análise histórico-social sobre a supremacia da aparência no capitalismo avançado**. 2008.

VALDEZ, Jesus Amadeo; BRENNAN, Michael T. Impact of oral cancer on quality of life. **Dental clinics of North America**, v. 62, n. 1, p. 143-154, 2018.

25 Evolução clínica da Síndrome de Burnout: uma revisão de literatura

Dennis Cavalcanti Ribeiro Filho

Centro universitário Tiradentes (UNIT)

Felipe Manoel de Oliveira Santos

Centro universitário Tiradentes (UNIT)

Maiara Vasconcelos Paiva

Centro universitário Tiradentes (UNIT)

Lívia Sousa Ribeiro

Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB)

Anne Rose Marques dos Santos

Centro universitário Tiradentes (UNIT)

RESUMO

O trabalho ocupa, consideravelmente, parcela do tempo e convívio em sociedade. A sua execução poderia ser percebida como primariamente prazerosa, contudo, às vezes é sentida como desencadeadora de sofrimento e adoecimento, não pelo trabalho em si, mas por múltiplos fatores, acarretando desequilíbrio da saúde mental. Diante disso, a Síndrome de burnout tem elevado sua incidência em meio a um mundo globalizado em que a quantidade de informações é incrivelmente grande e a capacidade de administrá-las se torna pequena. Ciente disso, o presente trabalho tem como objetivo descrever a sintomatologia da síndrome e suas implicações na vida do paciente. Tratando-se de uma revisão de literatura, em que se utilizou como coleta de dados as plataformas: SCIELO, PubMed e LILACS.

Palavras chaves: Cansaço mental. Esgotamento profissional. Saúde mental.

25.1 INTRODUÇÃO

O termo *burnout* foi utilizado primeiramente por Freudenberger, médico psicanalista que descreveu este fenômeno como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos (FREUDENBERGER, 1974). O conceito de Burnout, mesmo com algumas críticas iniciais, tem sido um tema bastante debatido atualmente.

A Síndrome de *Burnout* (SB) é oriunda da exposição continuada a situações de estresse, trazendo cargas emocionais negativas na vida profissional, familiar ou social do sujeito. Etimologicamente o termo *burn* significa queima e *out* significa exterior, sugerindo que a pessoa com este tipo de estresse se consome física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo. É considerada tridimensional por ser composta por três aspectos principais: esgotamento emocional, despersonalização e baixo rendimento profissional.

Diante disso, ocorreu o interesse de aprofundar a respeito do tema devido a sua relevância no cenário de mundo globalizado que vivemos, tendo como objetivo detalhar a evolução clínica da doença bem como os fatores desencadeantes para seu início.

25.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada nas bases de dados Medline, Pubmed, LILACS e SciELO. Foram buscados artigos escritos até 2018, em um período de pesquisa de maio a julho de 2018 escritos nas seguintes línguas: inglês, português e espanhol. Foram selecionados os artigos mais atuais e que focavam no quadro clínico da doença, bem como sua evolução e suas manifestações. Na base de dados Medline, foram obtidos 20 artigos e destes foram selecionados 6. Pubmed, foram identificados 12 e selecionados 4 artigos. No SciELO, foram encontrados 60 artigos, sendo selecionados 10. Assim, o total de artigos selecionados foram 20.

25.3 DISCUSSÃO

A instalação da Síndrome de Burnout (SB) ocorre lentamente e gradualmente de modo progressivo. São diversos os sintomas encontrados na literatura. Dentre eles estão os sintomas físicos (fadiga; dores osteomusculares; distúrbios de sono e do sistema respiratório; cefaleias; perturbações gastrointestinais; imunodeficiência; transtornos cardiovasculares; alterações gonadotrópicas), os sintomas psíquicos (hipoprosexia; alterações da memória; alienação; labilidade emocional; dificuldade de auto aceitação; baixa autoestima; astenia; disforia; depressão e paranoia), os sintomas comportamentais (negligência; escrúpulo excessivo; irritabilidade; dificuldade na aceitação de mudanças; perda de iniciativa; aumento do consumo de substâncias e comportamento de alto risco) e os sintomas defensivos (isolamento; onipotência; perda do interesse pelo trabalho ou até pelo lazer; absenteísmos e cinismo).

A SB geralmente leva a diminuição do bem-estar físico e emocional. O trabalhador afetado pela síndrome sente-se fraco, fica doente facilmente, dorme mal, tem dores-de-cabeça, problemas relacionados à pressão sanguínea, tensão muscular e fadiga crônica (CARLOTTO, 2006).

Segundo Borges, Argolo e Baker (2006), mudanças no processo produtivo organizacional em diferentes setores têm implicado novas exigências de qualidade do serviço e o desenvolvimento de novas habilidades pelo trabalhador. Uma vez que a categoria trabalho vem sendo considerada importante na saúde mental do indivíduo, atuando diretamente na relação saúde-doença (SILVA; COSTA, 2008) por isso é imprescindível que seja dada uma atenção especial ao tema.

Existem três perspectivas diferentes a partir das quais a SB tem sido estudada: a perspectiva psicossocial, a perspectiva organizacional e a perspectiva histórica. Sendo que, no âmbito psicossocial, se tenta explicar as condições ambientais nas quais se origina a SB, através dos fatores que ajudam a atenuá-la – a exemplo do apoio social- e os sintomas específicos que caracterizariam a síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, nas distintas profissões. Inclusive, a partir disso se desenvolveu o instrumento de medidas mais amplamente utilizado para avaliar a síndrome, o Maslach Burnout Inventory (MBI) (MANASSERO et al., 1995).

Cabe ainda mencionar que, na perspectiva organizacional, as causas da SB se originam em três níveis distintos, o individual, o organizacional e o social. O desenvolvimento da SB gera nas profissionais respostas ao trabalho, como a perda do sentido do trabalho, a ausência de simpatia e tolerância diante dos clientes e a incapacidade para apreciar o trabalho como desenvolvimento pessoal. O mundo do trabalho sofre alterações pautadas por uma política que elege um modelo de “competências individuais”, gerando uma problemática de cobranças e produtividade excessivas. Na perspectiva histórica: é fruto dos estudos realizados sobre as consequências das rápidas mudanças sociais no trabalho (MANASSERO et al., 1995).

Para que o indivíduo tenha qualidade de vida, é necessário que possua, também, condições de trabalho, entre elas: ambiente adequado, meios para desenvolvê-lo, organização da instituição, alimentação, transporte, relacionamento interpessoal e salário (GOULART et al., 2010).

25.4 CONCLUSÕES

Conclui-se, assim, que a Síndrome de Burnout é um assunto relevante não só para o universo organizacional do trabalho, mas perpassa também as questões sociais e de saúde individual e coletiva. Apesar de no Brasil, não termos uma vasta literatura a respeito do assunto, a SB tem sido considerada uma questão de saúde pública devido ser um agravamento ocupacional de caráter psicossocial, mais importante, atualmente. Burnout é considerado um sério processo de deterioração da qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista suas graves implicações para a saúde física e mental (PÊGO, F.; PÊGO, D., 2016). Em suma, fica notório que a síndrome tem efeitos negativos dessarte necessita de atenção para a realização de investigações complementares, além de ações de prevenção e promoção da saúde. Ficando evidente a essencial assistência para esses profissionais, pois o que seria cuidar da saúde de outro acabará sendo o cuidado da saúde de se próprio.

Há formas de se evitar a SB, por isso é preciso que a cultura da organização de trabalho favoreça a execução de medidas preventivas do estresse crônico. Além disso, é essencial que haja uma mudança na aceitação da sociedade em relação a práxis do labor,

para que assim ocorra uma ressignificação e reflexão acerca do real papel do trabalho em nossas vidas.

REFERÊNCIAS

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; BAKER, M. C. S. Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2006.

CARLOTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CAMARA, S.G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 57-62, jan./abr. 2006.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. **Journal of Social Issues**, v. 30, p. 159-165, 1974.

GOULART, C. B. et al. Fatores predisponentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 48-55, 2010.

MANASSERO, M. et al. Burnout en la Enseñanza análisis de su influencia y determinantes. **Ver. Ed. Esp.** v. 308, p. 241-66, 1995.

MILLAN, L. R. A síndrome de Burnout: realidade ou ficção? **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.53, n.1, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://ref.scielo.org/vxpgmn>. Acesso em: 09 mai. 2018.

PÊGO, F. P. L.; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 14, n. 2, p. 171-176, maio/ago. 2016.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, v. 83-106, 2008.

26 Relato de experiência: relação entre a exposição à luz azul violeta emitida por dispositivos digitais e a saúde mental

Danielle Nascimento Souto

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Larissa Fernandes Nogueira da Silva

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Mariana Ribeiro de Paula

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Frederico Fausto Marinho de Medeiros Junior

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Teresinha Silva de Brito

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

RESUMO

A luz azul violeta emitida de fonte artificial - tais como computadores e celulares - quando recebida pelo organismo de forma excessiva durante a noite influencia diretamente no ciclo circadiano, levando a vários distúrbios dos quais podemos citar insônia, irritabilidade, prurido ocular, entre outros. O comprometimento do sono acarreta em prejuízo à saúde mental do indivíduo. Esse prejuízo relaciona-se intimamente com a realidade de muitos acadêmicos de medicina, os quais, por demandas do próprio curso, expõem-se normalmente à luz artificial no período noturno. Tendo em vista essa premissa, foi realizado uma ação de conscientização com os acadêmicos de medicina da Universidade Federal Rural do Semi Árido (UFERSA) em forma de roda de conversa e palestra. Foi aplicado questionário pré e pós ação a fim de avaliar o impacto da mesma. Observou-se, por meio dessa intervenção, correlação positiva entre o uso excessivo de computadores e celulares no período noturno pelos estudantes e problemas relacionados à qualidade do sono, bem como despertou maior interesse dos estudantes em reduzir a exposição aos fatores agressivos abordados, demonstrando a eficácia de medidas educativas explanadas, como o uso de aplicativos e ferramentas que visam a utilização de filtros de luz azul violeta.

Palavras chaves: Luz azul violeta. Saúde mental. Luz artificial. Ciclo circadiano. Distúrbios do sono.

26.1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a rotina de grande parte da população envolve cada vez mais longos períodos em ambientes fechados durante o dia, ou seja, com baixo ou nulo índice de exposição a luz natural, bem como significativos períodos de permanência em ambiente iluminados de modo artificial aliado ao crescente uso de aparelhos eletrônicos com telas luminosas durante a noite. Isso culmina em distúrbios relacionados ao ciclo circadiano (GUIMARÃES et al., 2018; SILVA et al., 2015; TOSINI et al., 2016).

A emissão, por telas luminosas, de ondas eletromagnéticas com comprimento entre 415-455nm, correspondente a luz azul violeta, a qual atinge a retina, relaciona-se a prejuízos similares a dos raios UV, cuja absorção pode desencadear reações fotoquímicas e, assim, formação de espécies reativas de oxigênio que podem danificar diversos componentes celulares, relacionando-se, experimentalmente, com dores de cabeça, hiperemia ocular, visão turva e tontura (SILVA et al., 2015). Além dessas afecções, pode-se destacar os diversos graus de insônia, os quais compreendem dificuldade de adormecimento, diminuição da qualidade do sono (durações mais curtas de sono REM) e intermitência do sono (HU et al., 2010). Nesse tocante, ressalta-se a correlação dessas problemáticas com diversos agravos em saúde, como o favorecimento ou a evolução de quadros relativos à saúde mental, sobremodo estresse e transtornos de humor (COELHO et al., 2010).

Segundo Sousa Neto e Castro (2008), a luz artificial exerce estímulos nervosos que acarretam o retardo da produção de melatonina, hormônio responsável pela redução da temperatura corporal durante a noite e indução do sono. Assim, possibilita-se maior incidência dos distúrbios relacionados à insônia, tais como, indisposição diurna, irritabilidade, estresse e desmotivação (PURIM et al., 2016).

Dessa forma, pesquisas como a de Purim et al. (2016) ilustram os riscos aos quais estudantes e profissionais médicos estão submetidos devido a massiva carga horária que estudam/trabalham, sendo normal uma maior exposição à luz artificial durante períodos noturnos, levando a problemas como a Síndrome de Burnout e outros sinais comuns à exposição à radiação azul violeta como grande incidência de miopia, miopia associada ao astigmatismo, entre outros.

Nesse prisma, existem diversos mecanismos que podem ser utilizados para diminuir a exposição do indivíduo à luz azul-violeta, tais como aplicativos para tablets, computadores e celulares, os quais barram a onda em questão. Uma evidência da repercussão disso foi demonstrada em estudo, no qual pacientes de uma unidade de cuidado intensivo foram submetidos ao uso de tampões oculares, fato que possibilitou o alcance de maior durabilidade e eficiência do sono (HU et al., 2010).

Diante deste quadro, percebeu-se a relevância da temática para o ambiente acadêmico de um curso de medicina, motivo pelo qual escolheu-se os estudantes de medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA). Perante esse público, traçou-se como objetivos a serem alcançados pela ação: conscientizar sobre a influência da luz azul violeta sobre o ciclo circadiano, além do mecanismo pelo qual isso ocorre e, por fim, incentivar o uso de aplicativos que diminuam a incidência dessa luz presente em dispositivos eletrônicos.

26.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A ação aconteceu no dia 25 de julho de 2018, em um auditório da UFERSA, através de roda de conversa sobre a temática. Contou-se com a presença da docente do curso de medicina da UFERSA, Teresinha Silva de Brito, e de 10 alunos da mesma instituição e graduação.

Durante a discussão, introduziu-se explicações fisiológicas acerca da interferência da luz azul violeta no ciclo sono e vigília, abordando os mecanismos pelos quais as alterações ocorrem e sua duração (pode-se exemplificar, pelo questionamento acerca da durabilidade do efeito da luz azul violeta causando insônia). Além disso, foram levantadas indagações acerca de ferramentas e seu possível efeito na diminuição da incidência de luz azul violeta, como os óculos com proteção UV, protetores de tela de computadores antigos, entre outras.

Por fim, foi apresentado um tutorial, disponibilizado na internet por Techtudo (2017), que ensina a ativar o filtro contra luz azul violeta já presente nos computadores com sistema operacional *windows* 10, além de alguns aplicativos para celulares e tablets que protegem contra essa radiação, bem como algumas recomendações, como a troca da luz

do quarto de uma branca para uma amarela, que possui menos luz azul-violeta. Vale ressaltar que foram aplicados questionários pré e pós ação a fim de determinar seu impacto. Para medir o grau de satisfação dos participantes quanto à ação, foi utilizada a escala de Likert (LIKERT, 1932).

26.3 DISCUSSÃO

Ao usarmos a escala de Likert quanto à metodologia aplicada (escala de 0 a 10, sendo 10 muito satisfatório), 90% dos participantes atribuíram pontuação 10 e apenas 10% pontuação 9. O método escolhido foi a roda de conversa possibilitando, segundo Moura e Lima (2014), o compartilhamento de experiências e instigando a reflexão através do diálogo, valendo-se de um tom mais fluido e informal. Característica considerada oportuna para apresentar o tutorial sobre filtro de luz azul violeta para computadores e indicar o aplicativo *twilight*, disponível para celulares, que possui a mesma função.

Quanto às outras perguntas que se referiam à fisiologia do sono, no questionário pré-ação, as respostas acerca do hormônio que sofre interferência da exposição à luz foram diversas: Serotonina (20%); Dopamina (10%); Testosterona (10%), Melatonina (60%), enquanto que após a ação a resposta correta Melatonina foi dada por 100% dos estudantes. Na pergunta “qual glândula secreta o ‘hormônio do sono’?”, teve-se como respostas iniciais: Hipófise (30%), Tireóide (10%), Pineal (60%), Adrenal (10%), enquanto que após a ação a resposta foi majoritariamente Pineal (90%) - mostrando que houve aprendizado dos participantes quanto a influência da luz azul violeta na fisiologia, como exposto durante a campanha. Contudo, ao serem questionados sobre qual luz emitida pelas telas prejudica a qualidade do sono, obteve-se como resposta a luz azul-violeta em 70% dos participantes em ambas as etapas, pré e pós-ação, demonstrando que a temática abordada ainda demanda mais esclarecimentos.

Nos aspectos relacionados à saúde mental foi perceptível que a grande maioria dos participantes relatou sintomas, como insônia, irritabilidade e cefaleia como consequências de uma noite de sono não satisfatória, fato que contribui para que grande parte soubessem os sinais e sintomas decorrentes da exposição à luz azul violeta por estar relacionada justamente com a interferência ao sono. Levando em consideração esses aspectos, 80% dos

indivíduos relataram que já apresentaram dificuldades de sono pós-exposição a telas de dispositivos eletrônicos, o que pode estar relacionado com o fato de 70% dos participantes utilizarem aparelhos eletrônicos sem filtro para luz azul violeta por mais de 2 horas no período da noite. Desse modo, foi abordado durante a ação o empoderamento dos estudantes quanto as ferramentas disponíveis bem como o modo de instalá-las. Assim, 90% dos participantes responderam que ficaram muito estimulados a usar a ferramenta do filtro em seu computador ou celular.

Outrossim, pode-se perceber ao longo da ação que os participantes ficaram muito interessados pelo tema, o que pôde ser comprovado pelos resultados dos questionários, nos quais 80% dos participantes classificaram a importância da temática com a pontuação 10 (muito relevante).

26.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das experiências vivenciadas por este estudo, conclui-se que o tema proposto era bastante pertinente no cotidiano dos participantes, principalmente quanto aos efeitos cumulativos da privação do sono. Além disso, a metodologia usada proporcionou um ambiente que favoreceu o compartilhamento de experiências, tornando mais próxima a relação entre a problemática e a vivência estudantil. Além disso, fomentou-se a prática de promoção e prevenção em saúde, por meio de debates educativos e acessíveis sobre a fisiologia da resposta à luz azul violeta, fato que agregou poder de persuasão sobre os malefícios da exposição noturna a esse agressor, uma vez que a compreensão possibilitou a correlação do assunto com os sinais e sintomas apresentados pelos próprios discentes do curso de medicina, despertando mais interesse na solução dos prejuízos apresentados.

Destarte, alcançou-se maior grau de satisfação pela abordagem do problema seguida da divulgação de propostas que conseguiram minimizá-lo de forma simples e facilitada. Portanto, o desempenho conjunto da equipe e a construção de uma atmosfera descontraída juntamente ao grupo presente, foram benéficos no sentido de aguçar a curiosidade geral acerca da diversidade de influências da radiação em foco no ciclo sono-

vigília e seus efeitos secundários, suscitando uma melhor percepção do uso de dispositivos eletrônicos com telas luminosas.

REFERÊNCIAS

Coelho A. T. et. al. Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. **Neurobiologia**. v. 73, n. 1, p. 35-39. Disponível em: <https://bit.ly/2wFQpcc>. Acesso em: 26 jul.2018.

GUIMARÃES, L.; SCHIRMER, M.; COSTA, Z. Implicações da privação do sono na qualidade de vida dos indivíduos. **R. Perspect. Ci. e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 147-154, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2RCaxmO>. Acesso em: 26 jul. 2018.

HU, R.-F.et al. Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. **Critical Care**, v. 14, n. 2, p.66-75, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3b3LbpC>. Acesso em: 26 jul. 2018.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932. Disponível em: <https://bit.ly/3b6W0XU>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**. João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, jun. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3b93ZUu>. Acesso em: 25 jul. 2018.

PURIM, K. S. M. et al. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Curitiba, v. 6, n. 43, p. 438-444, jan. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2xqibd0>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SILVA, L. C. et al. Correlação entre a exposição diária à luz azul violeta emitida por dispositivos digitais e a visão de adultos jovens. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 41, p. 47-55, dez. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2K3ycrT>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SOUSA NETO, J. A.; CASTRO, B. F. Melatonina, ritmos biológicos e sono: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 44, n. 1, p.5-11, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2xtqd4G>. Acesso em: 26 jul. 2018.

TECHTUDO (Org.). **Vista cansada? Ative o modo noturno do Windows 10 ou use “Luz da Noite”**. 2017. Disponível em: <https://glo.bo/2xiyaKe>. Acesso em: 26 jul. 2018.

TOSINI, G.; FERGUSON, I.; TSUBOTA, K. Effects of blue light on the circadian system and eye physiology. **Mol. Vis.**, v. 22, p.61-72, 2016.

27 Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar: abordagem teórico-prática de manejos básicos para a população - relato de experiência

Samantha Mendes Vidal Dantas

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Artur Fonseca de Almeida Lins Serra

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Gabriel Alves de Godoy

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Thaini do Val Carrazzone

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em uma perda abrupta das funções cardíaca e pulmonar, levando a óbito se não for revertida. O tratamento empregado nesses casos é a Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Visando ampliar o conhecimento da técnica de RCP, surgiu o Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar (DNRCP), 26 de agosto, que já acontece desde 2014. Em 26 de agosto de 2017, em Recife, o Comitê Local Uninassau da IFMSA Brazil organizou, em parceria com a Liga Acadêmica de Emergências Cirúrgicas da Uninassau (LAEC-Uninassau), uma ação no parque Dona Lindu, com foco em ensinar o RCP em adultos, RCP em crianças e bebês e o uso do desfibrilador externo automático (DEA). **OBJETIVO:** esclarecer e ensinar a leigos o esquema simples e eficiente de reverter uma PCR, desde a identificação até a massagem cardíaca, passando pelo uso do DEA. **MÉTODOS:** ação foi realizada por meio de explicações e demonstrações práticas em manequins de métodos de RCP em adultos e bebês, desobstrução de vias aéreas e uso do desfibrilador DEA, bem como identificação da PCR. **RESULTADOS:** a ação ajudou na redução de danos e aumento da chance de sobrevida do paciente ao capacitar a população a identificação e manejo básico da PCR.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória. Redução de Danos. Sobrevida.

27.1 INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) se trata de uma perda abrupta das funções cardíaca e pulmonar que, não sendo revertida, pode levar a óbito. O tratamento utilizado é a Reanimação Cardiopulmonar (RCP), baseado na combinação entre compressões torácicas e ventilações de resgate, com o objetivo de garantir a sobrevivência do paciente e possibilitar o recebimento do suporte avançado e da desfibrilação para reverter o quadro. De acordo com o banco de dados do SUS (DATASUS), as doenças cardiovasculares levam cerca de 300 mil brasileiros a óbito por ano, 250 mil destes sendo por morte súbita, um número assustador e que pode ser revertido se mais pessoas souberem como conduzir uma Reanimação Cardiopulmonar. Hoje, no Brasil, é obrigatório, por lei, que haja a instalação de desfibriladores automáticos externos (DEA) em lugares de grande circulação de pessoas, como aeroportos, estações de metrô e estádios de futebol. Esse aparelho identifica o ritmo cardíaco e consegue reverter a maioria das paradas cardíacas, que em 85% dos casos é causada por arritmia.

Uma pessoa em parada cardiorrespiratória perde cerca de 7 a 10% das chances de sobreviver a cada minuto transcorrido do início do evento arritmico súbito sem desfibrilação e RCP, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Com a RCP, essa redução é mais gradual, entre 3 e 4% por minuto de PCR. Além disso, é necessário lembrar que a maioria das paradas cardiorrespiratórias não ocorre dentro de hospitais, mas sim em ambientes domiciliares ou locais com alto movimento de pessoas. Pensando nesse quadro, o Comitê Local Uninassau da *IFMSA Brazil* realizou a campanha Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar, objetivando demonstrar e capacitar, localmente, de forma teórica e prática um grande número de pessoas para realizar a reanimação cardiopulmonar precocemente, sem necessidade de esperar a chegada de um serviço de emergência.

27.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Dia Nacional da Reanimação Cardiopulmonar (DNRCP) foi uma ação realizada pelo Comitê Local Uninassau da *IFMSA Brazil*, que ocorreu em 26 de agosto de 2017, das 13h-18h no parque Dona Lindu, Recife-PE, data, horário e local propício à grande movimentação

de pessoas. O evento contou com a participação de 30 estudantes de medicina, sendo 15 integrantes da Liga Acadêmica de Emergências Cirúrgicas da Uninassau (LAEC - Uninassau), e o restante, membros do comitê IFMSA Uninassau.

A divulgação do evento ocorreu através de redes sociais, como Facebook, Instagram e WhatsApp, por meio de postagens esclarecendo a importância da data e incentivando a participação estudantil e de pessoas para receber as orientações. Por meio da parceria com o Centro Universitário Maurício de Nassau, foram disponibilizados manequins e desfibriladores externos automáticos (DEA) para uma melhor demonstração prática dos procedimentos. No dia da ação, os participantes receberam uma capacitação, ministrada por um membro da LAEC de período avançado, o qual mostrou a forma correta das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) em bebês e adultos, desobstrução de vias aéreas, além do modo de utilização do DEA.

Após esse momento, os estudantes foram divididos em 7 grupos, dos quais 6 foram responsáveis por orientar a população acerca das noções básicas de primeiros socorros, e 1 por atrair pessoas para o local do evento e solicitar um feedback antes de a pessoa ir embora do evento. A cada 1 hora, foi realizado o rodízio entre os grupos, permitindo que os voluntários não ficassem retidos apenas em uma unidade, o que possibilitou a aquisição de uma maior experiência entre as diferentes situações de primeiros socorros propostas. Dos 6 grupos expositivos, 2 demonstraram as manobras de RCP em bebês e desobstrução de vias aéreas, 2 ficaram encarregados por RCP em adultos e 2 sobre a orientação quanto ao uso do DEA e solicitação de assistência especializada em situações de emergência.

Ao longo da ação, os estudantes explicaram a importância de uma postura adequada diante de situações de emergência e demonstraram as técnicas corretas de primeiros socorros, sempre com pausas ao final de cada explicação, de forma a retirar quaisquer dúvidas que os ouvintes pudessem apresentar. Após isso, o público era incentivado a pôr em prática o conhecimento adquirido, através de simulações com os manequins disponibilizados para, dessa forma, conseguir absorver melhor a forma correta de realizar as manobras para aumentar a chance de sucesso em caso de uma situação real. Cada ouvinte era incentivado a participar de 3 estações, abrangendo todo o conteúdo que estava sendo passado na ação. Ao final das explicações, os participantes eram estimulados a darem um feedback acerca da iniciativa dos alunos em realizar a ação, pontos positivos, negativos e o que poderia ser melhorado.

27.3 DISCUSSÃO

A ação do DNRCPC atingiu os propósitos almejados previamente. A demanda foi excelente, sendo ratificada pelo acentuado fluxo de pessoas por entre as estações de apresentações, visto que nenhuma ficou vazia durante todo o período do evento. Houve participação de pessoas de todas as idades, e classes sociais evidenciando que o nível de desconhecimento em relação ao assunto não é exclusivo de uma única faixa etária ou estrato financeiro.

O empenho dos ouvintes contribuiu significativamente para o sucesso da ação, no entanto, a abordagem teórica e prática utilizada, a qual possibilitou aos participantes testarem as habilidades aprendidas nos manequins, foi fundamental para despertar o interesse deles na ação, além de ter sido bastante elogiada pelos ouvintes. A população envolvida teve a oportunidade de simular uma situação temida, que é a PCR, que serviu como primeiro contato para o aprendizado sobre como reagir em caso de um possível acontecimento da realidade, podendo auxiliar no aumento da chance de sobrevivência de pacientes.

Ao final das atividades era solicitado à população para que dessem um *feedback* e um depoimento fazendo uma comparação entre o que esperavam da ação e o que realmente ocorreu. Grande parte das pessoas considerou que a iniciativa dos alunos foi de extrema importância para a população, que superou as expectativas e que deveriam haver mais trabalhos como aqueles para abranger o maior número de pessoas possíveis.

27.4 CONCLUSÃO

Os conhecimentos foram passados a uma quantidade significativa de pessoas, levando-se em conta o volume intenso de movimentação no parque onde foi realizada a campanha, além do número incalculável de pessoas que não foram ao evento, mas que receberam informações acerca do que foi abordado na ação, por meio dos ouvintes presentes. Apesar disso, pôde-se confirmar que medidas de auxílio a PCR não são divulgadas de forma ampla na sociedade, o que justifica a importância de campanhas com esta prática. Desse modo, é necessária a recorrência de ações com esse modelo, no qual

ocorre a associação de forma rápida e simples da teoria com prática na identificação e manejo básico da PCR à população de todas as idades, por ser um fator que coopera com uma possível redução de morbimortalidade por parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

CUNHA, L. Especialistas falam da importância de realizar a RCP corretamente, ressaltando o papel do leigo neste atendimento. **Revista Emergência**, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3a4Ywwv>. Acesso em: 20 jul. 2018.

GONZALEZ, MM et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 2, p. 1-221, ago. 2013. Suplemento 3. Disponível em: <https://bit.ly/2Vkk0l2>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SAMPAIO, C; ZIMMERMANN, A. Você sabe a importância da capacitação da população em reanimação cardiopulmonar? *In*: SAÚDE BRASIL. 1., 2016, [S.l.]. **Anais [...]**. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2XKYjMo>. Acesso em: 20 jul. 2018.

28 Elementos introdutórios para se pensar no aborto enquanto questão de saúde pública no nordeste brasileiro

Thayná Yasmim de Souza Andrade

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Fernando André de Oliveira Santana

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

José Levy dos Santos Mesquita

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Sabrina Santos Lourenço da Costa

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Lázaro Fabrício de França Souza

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

RESUMO

Este artigo tem por objetivo catalogar e analisar o aborto como questão de saúde pública brasileira, com enfoque na região Nordeste, bem como discutir as motivações, os efeitos e as consequências biopsicossociais, para as mulheres, advindas da criminalização desse procedimento. Para isso, foi feita uma revisão bibliográfica de artigos, os quais foram selecionados em plataformas eletrônicas por meio dos seguintes descritores: Aborto, Saúde Pública e Nordeste. Por fim, foi constatado que a ausência de planejamento familiar, educação sexual e atendimento de saúde adequados impulsiona a prática do aborto e que visões religiosas e moralistas particulares de uma parcela da sociedade inviabilizam o aprofundamento das discussões e estudos concernentes a essa problemática.

Palavras-chaves: Criminalização. Educação sexual. Planejamento familiar.

28.1 INTRODUÇÃO

O aborto é uma temática que afeta, em maior parte, nações emergentes e subdesenvolvidas. Dos 22 milhões de procedimentos feitos em todo o mundo, 97% ocorreram nesses países, onde o tema se encontra correlacionado à falta de justiça social, leis rígidas para bloquear a prática, fatores econômicos e psicológicos. Desta forma, ocorrem muitos casos de aborto inseguro, configurando uma das maiores causas de morbimortalidade em mulheres (MARTINS-MELO et al., 2014).

No Brasil, o aborto é considerado um crime, logo a insegurança e subnotificação dos números é tamanha que se estima que nos últimos anos ocorreram entre 729 mil a 1,25 milhão de abortos no país, sendo mais comuns no Norte e Nordeste, o que mostra o forte impacto das desigualdades sociais e regionais. O alcance dessa prática é de tanta expressividade que a curetagem pós-aborto é o segundo procedimento obstétrico mais comum na rede pública, na qual ocorrem, em média, 240 mil internações por ano de mulheres com complicações advindas da prática insegura, gerando gastos de mais de 45 milhões de reais; valores que poderiam ser evitados, caso os abortos fossem realizados de maneira segura. Quanto às mulheres que abortam, pode-se perceber que a porcentagem aumenta de acordo com o crescimento da faixa etária, estima-se que 6% das mulheres entre 18 e 19 anos já abortaram, ao passo que 35% das mulheres entre 35 e 39 anos já realizaram a prática (SANTOS et al., 2013).

Esses números contribuem para a percepção de que o aborto é uma prática recorrente nas mais diversas faixas etárias, porém, é importante destacar que essa realidade atinge principalmente mulheres pobres, não-brancas e de baixa escolaridade no meio urbano. A criminalização do aborto acarreta a sua realização por vias clandestinas, aumentando o risco de complicações físicas, danos mentais, em função da falta de acompanhamento psicológico, e até morte. Ademais, o mercado paralelo de venda de medicamentos abortivos e as clínicas clandestinas também são impulsionados pela ilegalidade desse procedimento (DINIZ; MADEIRO, 2011; SILVEIRA et al., 2016).

Vale ressaltar que o aborto está envolto por aspectos de cunho moral e religioso, o que dificulta uma abordagem mais aprofundada e imparcial, que busque solucionar os problemas de saúde que derivam de sua criminalização. Apesar de atualmente haver maior

diálogo acerca da temática, devido à força política e ideológica de grupos consolidados e unitários de legisladores, as mulheres ainda são vistas como criminosas e não como vítimas da alta morbimortalidade e dos condicionantes sociais (MENEZES; AQUINO, 2009).

Por conseguinte, é possível concluir que o aborto se configura como um grave problema de saúde pública, principalmente em consequência da negativa de um procedimento seguro, por falhas no que tange ao atendimento hospitalar em casos de complicações e pela latente falta de uma educação sexual, contraceptiva e planejamento familiar, o que demonstra o desfalque da integralidade por parte da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família. Finalmente, entende-se que o livre-arbítrio ao abortamento é um direito sexual, reprodutivo e inerente à garantia de autonomia sobre o próprio corpo. Destarte, é de vital importância conhecer a temática a fundo para abordá-la na perspectiva da saúde pública, e não por um viés punitivo e moralista (ANJOS et al., 2013).

28.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada de forma integrativa, acerca dos artigos selecionados na pesquisa. Para o levantamento dos dados foram utilizadas duas plataformas eletrônicas, Google Acadêmico e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), as quais disponibilizam periódicos científicos de maneira pública e gratuita. Inicialmente, os autores se dividiram em duplas, a fim de explorar atentamente cada uma das bases eletrônicas. A seleção do material utilizado se deu através dos seguintes descritores: Aborto, Saúde Pública e Nordeste. Por conseguinte, por meio da leitura dos resumos dos artigos, foram escolhidos 25. Posteriormente, foi estabelecido um período de 10 anos para fundamentar o estudo, mantendo, assim, apenas os trabalhos publicados a partir de 2009, o que ocasionou a exclusão de 12 escritos do material a ser analisado. Após essas etapas, restaram 13 artigos, sobre os quais foram feitos estudos e fichamentos pelos autores, em um período de 20 dias, finalizando com reuniões para a elaboração completa do texto.

Tabela 1 – Artigos Utilizados na Pesquisa

Autor/Ano	Título	Periódico/Plataforma
ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G., 2013.	Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos	Saúde em Debate

ARAÚJO, L. M.; ANDRADE, V. S. Q. B., 2017.	Mortalidade materna por abortamento: um estudo bibliográfico	Revista Interdisciplinar
ARAÚJO, T. V. B.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; ALVES, M. T.; ALVES, S. V.; ALMEIDA, M. C. C.; COIMBRA, L. C.; CAMPBELL, O., 2018.	Atrasos no acesso ao tratamento das complicações relacionadas ao aborto: a experiência das mulheres no Nordeste brasileiro	Caderno de Saúde Pública
CHAVES, J. H. B.; PESSINI, L.; BEZERRA, A. F. S.; REGO, G.; NUNES, R., 2012.	A Interrupção da Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil	Saúde e Sociedade
DINIZ, D.; MADEIRO, A., 2011.	Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres	Ciência & Saúde Coletiva
DOMINGOS S. R. F.; MERIGHI M. A. B., 2010.	O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem	Revista de enfermagem
MARTINS-MELO et al, 2014.	Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil.	Revista de Saúde Pública
MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P., 2016.	O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia	História, Ciências, Saúde-Manguinhos
MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L., 2009.	Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva	Caderno de Saúde Pública
NUNES M.D.; MADEIRA A.; DINIZ, D., 2013.	Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva
SANTOS, V.C.; ANJOS, K. F.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G., 2013.	Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública	Revista Bioética
SCHIAVO, E.; AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G. ARAÚJO, T.V.B.; ALVES, M.T.; ALVES, S.V.; ALMEIDA, M.C.C.; LIMA, L.P. MENEZES, C.A.S.; MARINHO, L.F.B.; COIMBRA, L.C.; CAMPBELL, O., 2012.	Qualidade da Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?	Ciência & Saúde Coletiva
SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G., 2016.	Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro	Caderno de Saúde Pública

Fonte: Dados da pesquisa.

28.3 DISCUSSÃO

A ausência de debates políticos consistentes sobre o aborto reflete na carência de flexibilização acerca de sua legalização. Esse fator é decorrente dos aspectos morais, religiosos e culturais que permeiam a temática, o que impõe, sob toda a população, valores particulares de uma parcela da sociedade e dificulta o debate imparcial e resolutivo quanto aos problemas que derivam da prática ilegal desse procedimento (MENEZES; AQUINO, 2009). Segundo Araújo e Andrade (2017), apesar de sua criminalização, o aborto continua sendo recorrente no Brasil, configurando-se como uma das principais causas de morbimortalidade materna e gerando graves problemas de saúde pública.

De acordo com McCallum, Menezes e Reis (2016), entrevistas com pacientes internadas por complicações após aborto inseguro, em uma maternidade pública de Salvador (BA), constataram que a ausência de apoio familiar e por parte do parceiro foi determinante para a decisão de interrupção da gravidez. Dessa forma, o desamparo social e do Poder Público torna as gestantes vulneráveis à clandestinidade e, ainda, favorece a lucratividade de comércios ilegais de medicamentos abortivos, como o Cytotec.

Nesse cenário em que a ilegalidade do aborto não tem funcionado para barrar a sua prática, as mulheres negras, moradoras de regiões periféricas e de classes sociais menos favorecidas são as mais afetadas, enquanto outras, de maior poder aquisitivo, têm acesso à uma assistência de qualidade em clínicas de aborto ilegal especializadas (MENEZES et al., 2009; SILVEIRA et al., 2016).

A curetagem, processo que consiste no esvaziamento uterino após um aborto incompleto, é um dos procedimentos obstétricos mais realizados no Brasil e continuamente as pacientes relatam os desgastes físicos e emocionais provenientes desse processo. A realidade da atenção a mulheres, principalmente na região Nordeste do Brasil, está distante das normas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Assim, a morbimortalidade materna não se relaciona apenas ao aborto inseguro, mas também à ausência de atendimento adequado frente às complicações oriundas desse, como perfurações uterinas, ulcerações, infecções, esterilidade e transtornos menstruais (NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2013).

Estudos nacionais sobre a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) se tornaram comuns a partir de 1990, posterior ao processo de redemocratização que garantiu direito à saúde pública universal no país e enfatizou a importância da humanização da prática médica. Entretanto, apesar dos princípios do SUS serem caracterizados pelo amparo e cuidado, o julgamento sofrido pelas mulheres após o internamento proveniente de complicações no processo de abortamento é um fator incidente. A discriminação está presente e institucionalizada na estrutura física, na forma de organização do atendimento, no adiamento da curetagem e na exposição das mulheres que fizeram o aborto. Assim, comumente, a violência obstétrica é relatada em pesquisas. Levantamentos realizados, no ano de 2010, em maternidades de capitais nordestinas, como São Luís e Recife, chegaram à conclusão de que o julgamento social, por parte de alguns profissionais da área da saúde, resulta em maus tratos. Além disso, as entrevistadas afirmam não terem recebido orientações sobre cuidados pós-alta, consultas de revisão e planejamento familiar, o que fere os princípios da longitudinalidade e do direito à informação que norteiam o SUS (SCHIAVO et al., 2012).

Práticas de prevenção promovidas pela atenção primária são mais econômicas e resolutivas. Contudo, no Brasil, o que se tem é a supervalorização da saúde curativa em detrimento da preventiva. A ausência de educação sexual é um dos fatores condicionantes da gravidez indesejada que geralmente culmina em práticas abortivas ilegais. Investigações nacionais feitas com adolescentes mostraram que grande parte delas apresenta um conhecimento frágil acerca dos métodos contraceptivos, apesar de já terem feito o uso de alguns. Todavia, esse não é o único fator que permeia as práticas contraceptivas, as relações de gênero e subordinação feminina refletem no escasso diálogo dessas com seus companheiros, os quais, muitas vezes, escolhem o método que deve ser utilizado por suas parceiras ou optam por não o utilizar. Assim, a falta de orientação quanto ao planejamento familiar diminui a autonomia reprodutiva das mulheres e perpetua a violação dos direitos femininos (SANTOS et al., 2013).

28.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a ineficácia da ilegalidade do aborto no Brasil, o país possui o dever de disponibilizar um serviço de saúde pública acessível e de qualidade, atendendo às necessidades das pacientes e atuando de forma a prevenir futuras gestações indesejadas. Para isso, o atendimento deve ocorrer de forma humanizada, ampla e incluir o planejamento familiar, a fim de garantir os direitos reprodutivos femininos. Ademais, a assistência deve ir além do cuidado físico, abrangendo, também, os aspectos psicossociais, considerando que a criminalização do aborto acentua, ainda mais, as disparidades sociais.

Em perspectiva da atenção integral no âmbito do SUS, a realização de ações para garantir informações e acesso aos contraceptivos, incluindo os de emergência, devem ser realizadas. Todavia, a diminuição dos índices de ocorrência do aborto inseguro demanda intervenções que transcendem o setor da saúde. Portanto, são necessárias medidas que promovam a educação sexual, a partir de uma visão não sexista, como é previsto nos Parâmetros Curriculares Nacionais, os quais não estão em vigência. Por fim, a discussão do aborto no país deve ser encarada por um viés de saúde pública, extrapolando concepções religiosas e morais que, amiúde, obstam sua discussão em termos amplos e de maneira a abarcar todas as suas facetas e variáveis.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, K. F. et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.98, p. 504-515, jul./set., 2013.
- ARAÚJO, L. M.; ANDRADE, V. S. Q. B. Mortalidade materna por abortamento: um estudo bibliográfico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.10, n.3, p. 125-131, ago./set., 2017.
- ARAÚJO, T. V. B.; AQUINO, E. M. I.; MENEZES, G. M. S. Atrasos no acesso ao tratamento das complicações relacionadas ao aborto: a experiência das mulheres no Nordeste Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n. 6, p. 1-11, jun. 2018.
- CHAVES, J. H. B.; PESSINI, L.; BEZERRA, A. F. S.; REGO, G.; NUNES, R.; A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 246-256, 2012.

DINIZ, D.; MADEIRO, A.; Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1795-1804, mai./jul., 2011.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.177-181. jan./mar. 2010.

MARTINS-MELO, F. R. M; et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista Saúde Pública**, v.48, n.3, p.508-520, fev., 2014.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P.; O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.37-56, jan./mar., 2016.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 193-204, abril, 2009.

NUNES, M. D.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n.8, p. 2311-2318, out., 2013.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K.F.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, v.21, n.3, p. 494-508, jun./ago. 2013.

SCHIAVO, E. et al. A. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p. 1765-1776, abr. 2012.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, fev. 2016.

29 Mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica nas regiões nordeste, sul, sudeste e paraíba

Maria Paula Chuahy Poli

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Victor Ribeiro Xavier Costa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Vinicius Paiva Cândido dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Keila Marina Vidal Grochoski

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Ana Carolina Araújo Lemos Cavalcanti

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Talanny Zubisarrannya Teoclaudylyanny Teotônio de Farias

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Pedro Hugo Vieira da Silva

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar as taxas de mortalidade entre as regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Paraíba no período de 2000 a 2015. **METODOLOGIA:** Estudo com caráter ecológico: descritivo, observacional, retrospectivo e quantitativo. Os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) durante o período de 2000 a 2015, e, dados populacionais da Rede Interagencial de Informações para a Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (RISPA IBGE) - último censo realizado em 2010. Os dados são secundários, de domínio público e não apresentam risco a população estudada. **RESULTADOS:** A partir do estudo, percebeu-se a disparidade da mortalidade por DPOC na região Sul do país em detrimento das outras regiões, principalmente o Nordeste, onde constatou-se um crescimento significativo.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Pneumopatias. Saúde Pública.

29.1 INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) consiste em um grupo de doenças pulmonares, que tem como característica a limitação crônica do fluxo aéreo, sendo, na maior parte dos casos, uma doença progressiva e parcial, ou totalmente irreversível. Esta ocorre, como produto de uma resposta inflamatória do pulmão após ser exposto a partículas nocivas, como as encontradas no cigarro, por exemplo, sendo este um dos principais fatores causadores da doença (SILVA, 2012)

Na DPOC, a fumaça de cigarro, além de outros gases nocivos, promove uma resposta imune inata que resulta em um dano pulmonar, desta forma são recrutadas para a região danificada as células do sistema imunológico, principalmente neutrófilos e macrófagos, e, nesse processo, citocinas pró-inflamatórias são secretadas, também levando a um estímulo à produção de “novos antígenos”, que permite compreender a continuação da doença, mesmo após parar o uso de cigarro. Essa resposta pró-inflamatória leva ao espessamento do músculo liso da árvore brônquica (RUFINO; COSTA, 2013). Esta enfermidade possui manifestações clínicas variáveis e não tão específicas, sendo estas dispneias, tosse e expectoração crônica.

Na maior parte dos casos, os pacientes são fumantes de longa data, que devido a evolução lenta da doença, começam a apresentar os sintomas após décadas de uso do cigarro. As doenças que geralmente são mais associadas a DPOC são enfisema pulmonar, que consiste na destruição das paredes alveolares, e a bronquite crônica (BC) que compreende uma reação inflamatória das vias aéreas, onde haverá a excessiva produção de muco, sendo manifestada clinicamente por tosse e expectoração produtiva crônica (OLIVEIRA, 2013). Ao se falar em fatores de risco existem algumas associações entre os diversos fatores de risco para a DPOC, são esses: inalantes nocivos aos pulmões (principalmente a fumaça vinda do cigarro), fatores genéticos, estresse oxidativo, gênero (os homens são mais acometidos), condição socioeconômica (sofrem maior exposição a poluentes) e infecções (sejam estas virais ou bacterianas) (RABAHI, 2013).

A DPOC é uma doença que pode ser prevenida, desde que, os fatores de risco sejam retirados, principalmente no que diz respeito ao cigarro. O tabagismo está relacionado com 80 a 90% das causas identificáveis desta doença, sendo o seu risco diretamente

proporcional a quantidade, e ao tempo de fumo: 1 em cada 5 fumantes irá desenvolver a doença. É importante ressaltar que o tipo de cigarro fumado também pode contribuir para os efeitos agravados, sendo o cigarro de palha, o de maior risco, pela sua maior quantidade de impurezas. Ainda assim, é importante ressaltar que nem todo fumante desenvolve DPOC, mostrando que as interações e associações com os demais fatores de risco também são importantes (ARAÚJO, 2013).

Esta enfermidade costuma ser facilmente observada nos estágios mais evoluídos, tendo em vista, sua lenta progressão, pois, esta doença não é identificada de forma rápida no início. Após um longo tempo, pode ser que o paciente só apresente dano nas vias aéreas periféricas, o que também torna difícil a detecção a partir de testes de rotina. A maioria dos pacientes que procuram auxílio médico já apresentam sintomas mais graves, como hipoxemia, hipertensão arterial, cor pulmonar crônica e hipercapnia (SILVA, 2012).

O diagnóstico da DPOC é dado a partir da espirometria, que consiste em um exame cujo objetivo é avaliar a funcionalidade do pulmão, permitindo avaliar a velocidade e a quantidade de ar inspirado e expirado. Além disso, a investigação também compreende achados clínicos característicos da doença e do exame de imagem, como a radiografia, já que esta auxilia na classificação do tipo da patologia (AZEVEDO, 2013).

O tratamento da DPOC consiste na utilização de oxigenoterapia em pacientes com hipoxemia, além do uso de broncodilatadores e beta-agonistas para tentar reverter a obstrução, reabilitação pulmonar, cessação do tabagismo, controle da produção e acúmulo de secreções respiratórias. E por último averiguar a necessidade de se fazer um procedimento cirúrgico (SILVA, 2001).

A prevalência da doença no Brasil, tem se baseado primeiramente em estatísticas de mortalidade, o que de certa forma, caracteriza um subdiagnóstico, tendo em vista a falta de dados sobre a prevalência desta enfermidade no que diz respeito a nível nacional. Este fato pode ser devido a não utilização da espirometria para a efetuação do diagnóstico (SCHMIDT et al., 2011). Apenas um trabalho é encontrado na literatura a respeito desse tema, com amostra populacional, sendo este um estudo feito na cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, demonstrou que a prevalência da população com sintomas associados a bronquite crônica foi de 12,7%, sendo que 39% da população da cidade era fumante (SILVA, 2001).

Em 2002, uma outra avaliação foi feita em várias cidades da América Latina (Estudo Platino), uma investigação em pessoas com mais de 40 anos, que responderam um questionário sobre sintomas e fatores de risco, em que foi feito também a espirometria antes e depois do uso do broncodilatador. Em São Paulo o resultado desta avaliação demonstrou maior prevalência em homens e em pessoas mais idosas, com menor índice de massa corporal e escolaridade (MENEZES et al., 2005).

No mundo, em 2000, tiveram 2,74 milhões de mortes devido a DPOC, tornando esta, a quarta causa de morte. No Brasil, esta foi a causa de morte que mais cresceu entre 1980 a 1999, sendo a quinta causa de morte entre adultos. E em 2008, 9,74% das mortes foi ocasionada por doenças do sistema respiratório, em que 37.930 óbitos foram devido a DPOC, ficando atrás apenas da pneumonia e terminando como a décima principal causa de morte no país. Em uma avaliação feita nos Estados Unidos comprovou que a quantidade de óbitos causado pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica cresceu demasiadamente (SILVA, 2012).

Do ponto de vista econômico existem os custos diretos com diagnósticos e cuidados médicos, enquanto os custos indiretos dizem respeito aos gastos com cuidadores, sejam estes da família ou profissionais, além das faltas no trabalho, trazendo um grande impacto financeiro. Segundo estimativas o custo anual com um paciente que possui DPOC é de US\$ 1.522,00. (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou analisar as taxas de mortalidade entre as regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Paraíba.

29.2 MATERIAL E MÉTODOS

Quanto a natureza trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo, observacional, retrospectiva, com utilização de dados secundários, quantitativa, do tipo ecológico. Os dados coletados foram retirados da plataforma do Ministério da Saúde com endereço eletrônico do DATASUS utilizando o banco de dados do Sistema de informações sobre a Mortalidade (SIM) bem como foram selecionados dados populacionais retirados da Rede interagencial de informações Para a Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (RISPA IBGE) segundo o último censo realizado em 2010. Os dados foram classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Foi utilizado como base de estudo a população adulta e idosa entre a faixa etária de 40 a cima que vieram a óbito por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica- DPOC, residentes nas três regiões brasileiras que possuem a maior taxa de óbitos por essa doença que são nordeste, sul, sudeste bem como no estado da paraíba e avaliados em grupos de acordo com faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade. Os dados coletados estão no período de quinze anos, intervalo de 2000 a 2015, e com os mesmos foram calculados coeficientes, mortalidade proporcional e taxas de mortalidade com o intuito de serem analisados e confrontados com a teoria. Foi utilizado o programa *Microsoft Excel* para a construção de gráficos, tabelas e realização de cálculos.

Frente a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando os preceitos da ética em pesquisas envolvendo seres humanos, prevê a obrigatoriedade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, entretanto como o referido estudo se deu através de dados secundários do tipo agrupados, preservando assim o sigilo das informações, bem como utilizando banco de dados públicos é dispensado assim o uso da TCLE e a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP.

29.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados sobre o coeficiente de mortalidade por DPOC nas três regiões brasileiras com o maior índice de mortalidade por essa doença é possível perceber que há uma disparidade enorme entre a região Sul em detrimento as outras duas regiões, principalmente com a região Nordeste. É notório também um crescimento muito grande dentro da própria região Nordeste, chegando o coeficiente a quase duplicar entre o período de 2000 a 2015 bem como constância do valor do coeficiente da região Sudeste.

Infelizmente não foi relatado nenhum estudo na literatura que reportasse sobre a incidência de mortes por DPOC e essas regiões, porém há um relato sobre a maior ocorrência de DPOC em países muito industrializados (CAMPOS, 2004). Segundo o IBGE, o sudeste e sul são as regiões mais industrializadas no Brasil bem como a região nordeste está entre umas das mais industrializadas, condizendo assim com o alto coeficiente de mortalidade nessas regiões.

Sabendo que a DPOC é uma entidade clínica que se caracteriza pela presença de obstrução ou limitação respiratória crônica é possível antever que quanto mais avança a idade maior o coeficiente de mortalidade por essa enfermidade (KUNIKOSHITA, 2006). Desse modo, ao analisar o coeficiente de mortalidade por DPOC segunda a faixa etária nas três regiões citadas e no Estado da Paraíba por possível analisar que o coeficiente cresce em consonância com a idade.

Outro ponto importante é que dentro da faixa etária de 40 anos a 69 há uma variação muito pequena ao longo dos anos no coeficiente, tanto nas três regiões bem como no estado da Paraíba. Nota-se também que, com exceção da faixa etária de 60 a 69 anos na região Sul, o coeficiente das outras três é muito baixo ou quase não existe.

Segundo Silva (2012), as mortes por DPOC só crescem ao longo dos anos e essa realidade foi confirmada com os dados coletados. Ao longo do período de 2000 até 2015 pode-se perceber o aumento do coeficiente de mortalidade principalmente na faixa etária citada muito além do dobro quando se compara o ano de 2000 com o de 2015.

Ao analisar o coeficiente de mortalidade de acordo com o gênero foi possível perceber uma harmonia entre a literatura e os resultados observados. Segundo Mezendes (2005), há uma prevalência de óbitos por essa doença nos gêneros masculinos. É possível perceber que nos anos de 2001 e 2012 até os dois gêneros possuíram o mesmo valor, mas o gênero feminino nunca se igualou.

Outro dado importante a respeito do gênero, é que segundo Rabahi (2013), o gênero masculino prevalece na DPOC e os feminino vem crescendo e em um futuro chegará a ultrapassar o masculino. Apesar dessa ultrapassagem não ser tão evidente nas três regiões analisadas é possível perceber um leve crescimento no gênero feminino também.

O estudo dos dados de Mortalidade proporcional das três regiões estudadas e do estado da Paraíba é possível perceber um destaque para o estado civil casado. Porém é possível perceber uma peculiaridade, a linha desse estado civil está decrescendo em todas as regiões e já passa a ser ultrapassada pela linha do estado civil de viúvo no estado da Paraíba em 2015.

É válido também perceber que solteiros e separados judicialmente não apresentam números significativos. Na literatura não foi possível achar nenhum estudo que comparasse o estado civil e mortalidade proporcional de DPOC, ficando impossibilitado de comparar essa com os achados.

Por fim foi possível analisar mortalidade proporcional segundo a escolaridade e perceber que os achados versam segundo a literatura. Segundo Menezes (2005), quando menor a escolaridade maior a sua susceptibilidade em adquirir DPOC.

29.4 CONCLUSÕES

O estudo comparativo das mortes por DPOC em diferentes regiões permite reconhecer um padrão, uma incidência, bem como uma vulnerabilidade em determinada região permitindo assim, uma análise dos dados que viabiliza uma compreensão de forma mais ampla quanto a expressão desta doença, tendo em vista o uso de variáveis que possibilitam uma maior restrição dos grupos atingidos.

A partir do exposto, percebe-se que existe uma grande relação entre as variáveis escolhidas para serem analisadas, percebendo uma certa discrepância entre as regiões comparadas, em que a região sul os maiores índices, possuindo, em todo período analisado, um coeficiente que corresponde a maior que o dobro do apresentado pelo Nordeste. Além disso, o sexo masculino prevaleceu em todas as regiões o que condiz com o que foi visto na bibliografia.

A Doença pulmonar obstrutiva crônica precisa de mais visibilidade e uma análise mais cautelosa, tendo em vista a escassez de dados por falta de estudos. A necessidade alarmante de uma maior pesquisa acerca deste fato habita principalmente ao observar o crescente número de casos levando a sua ascensão entre as demais doenças como uma das que mais levam ao óbito, padrão este que segundo os dados só tende a crescer.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. T. **Epidemiologia da DPOC em Portugal e no mundo**. [2008?]. Disponível em: <https://bit.ly/2Kig79E>. Acesso em 12 jul. 2013.

AZEVEDO, K. R. S. Avaliação funcional pulmonar na DPOC. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, p. 24-29, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2Vkg4QZ>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2010. (Doenças Respiratórias Crônicas, Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 25).

CAMPOS, H. S. Asma e DPOC: vida e morte. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 37-53, abr. 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2yt7k2g>. Acesso em: 19 nov. 2017.

HETZEL, J. L; SILVA, L. C. C. Tratamento da DPOC. *In*: SILVA, L.C.C **Condutas em Pneumologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

LIMA, M. R. A. A. Doença pulmonar obstrutiva crônica: definição, epidemiologia, fisiopatogenia e história natural. *In*: SILVA, L. C. C. **Pneumologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 387-395.

MENEZES, A. M. B. Epidemiologia da DPOC. *In*: SILVA, L. C. C. **Condutas em Pneumologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 326-328.

MENEZES, A. M. B. et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO study in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, out. 2005.

OLIVEIRA, P. C. Apresentações clínicas da DPOC. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 15-18. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3eDox9R>. Acesso em: 14 nov. 2017.

RABAHI, M. F. Epidemiologia da DPOC: enfrentando desafios. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 4-8. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3biyuY8>. Acesso em: 13 nov. 2017.

RUFINO, R.; COSTA, C. H. Etiopatogenia da DPOC. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 9-14, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3cuW5ol>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, p. 1949-79, 2011.

30 Chagas e você: o que saber dessa doença? relato de experiência

Luísa Leite

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Gabriela Nunes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Gabriela Prado

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Guilherme de Carvalho

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Maria Beatriz Araújo

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Maria Eduarda Martins

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Pedro Vieira

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença de chagas é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Dentre as doenças endêmicas, ocupa um lugar de destaque pelo seu grau de morbidade e letalidade. **OBJETIVO:** A realização da palestra “Chagas e você: o que saber dessa doença”, foi baseada na necessidade de um conhecimento mais aprofundado acerca de uma doença negligenciada no Brasil. O evento teve como meta ensinar aos alunos os conceitos essenciais para o entendimento da doença, além de mostrar quais atitudes o futuro profissional da saúde deve tomar para diagnosticar e prevenir com eficiência tal enfermidade. **METODOLOGIA:** A palestra foi ministrada por dois professores de medicina, um de imunologia e outro de cardiologia para estudantes de diferentes períodos do curso de medicina da Uninassau. Em que o primeiro abordou os aspectos diagnósticos e fisiopatológicos da doença focando em como se dá a resposta imunológica para essa doença e suas consequências para o organismo. Já o segundo explorou a cardiomegalia e como diagnosticar a doença por ECG e exames de imagens. Foi levantada também as formas de tratamento da doença e ao final foi aplicado um formulário para entender o resultado da palestra. **RESULTADOS:** o resultado foi tido como satisfatório, levando em conta os conhecimentos e experiências compartilhados pelos palestrantes acerca do assunto. Quanto ao formulário, 100% dos alunos afirmaram que o evento acrescentou os seus conhecimentos. **CONCLUSÕES:** A palestra contribuiu para o aprofundamento do conhecimento dos acadêmicos a respeito da doença de chagas pois esclareceu de maneira direta diversas dúvidas.

Palavras-chave: Diagnóstico. Doenças endêmicas. Protozoário.

30.1 INTRODUÇÃO

A doença de Chagas, também conhecida por Tripanossomíase americana, foi descrita pelo pesquisador Carlos Chagas, do Instituto Oswaldo Cruz, em 1908. Ela é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, apresenta um ciclo heteroxeno e pode ser transmitida, principalmente, por via vetorial ou oral, mas também por meio de transfusão de sangue ou por via transplacentária, produzindo os casos de infecção congênita. A primeira não se dá diretamente pela picada do inseto, mas sim quando a pessoa coça o local da picada e as fezes eliminadas pelo barbeiro penetram pelo orifício que ali deixou e a segunda decorrente da ingestão de alimentos como açaí não pasteurizado e cana de açúcar, contaminados com o próprio vetor ou suas fezes. A patologia apresenta uma fase aguda que pode ser sintomática ou não, podendo evoluir para as formas crônicas caso não seja diagnosticada e tratada adequadamente. Aproximadamente 60% dos infectados evoluirão para uma forma indeterminada, sem nenhuma manifestação clínica e com exames complementares sem alterações. Os demais, desenvolverão formas clínicas crônicas, divididas em três tipos de acordo com as complicações apresentadas: cardíaca, digestiva ou mista, com complicações cardíacas e digestivas.

A doença de Chagas ocupa um lugar de destaque, dentre as doenças endêmicas. No Brasil, a estimativa é de 2 a 3 milhões de pessoas infectadas, com cerca de 21.000 mortes a cada ano, o que representa um alto grau de morbidade e letalidade, refletindo em um alto custo econômico e social.

30.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

No dia 21 de maio de 2018 às 18:30 ocorreu a palestra "Chagas e você: o que saber dessa doença?", uma ação promovida pela IFMSA-BRASIL LC Uninassau- Boa Viagem. A divulgação da mesma ocorreu por meio das redes sociais, com o intuito de atrair alunos de todos os períodos do curso de medicina da Universidade Maurício de Nassau. O formulário para inscrições foi apresentado por meio do Google Forms, disponibilizando 25 vagas. A ação foi desenvolvida no formato de duas palestras que foram ministradas por professores da universidade, um de imunologia e um de cardiologia e teve duração total de 3 horas. No

primeiro encontro, o professor de imunologia destacou os aspectos diagnósticos e fisiopatológicos da doença de chagas, determinando qual o vetor da doença, sua epidemiologia, os fatores de risco e a sintomatologia, enfatizando em como se dá a resposta imunológica para essa doença e as consequências que ela pode trazer para o organismo. Em seguida, o professor de cardiologia explanou as formas de tratamento para a doença, as questões que envolvem a cardiomegalia e o megacólon, decorrentes do quadro de chagas e, como diagnosticar os mesmos a partir do eletrocardiograma e dos exames de imagem. Ao final, foram tiradas algumas dúvidas dos alunos presentes e foi aplicado um formulário para observar a opinião dos mesmos a respeito da reunião, se ela conseguiu acrescentar conhecimento, se ele foi passado de forma didática pelos professores, e o grau de satisfação dos presentes, se a ação excedeu suas expectativas ou não.

30.3 RESULTADOS/DISCUSSÃO

A ação buscou colocar em evidência a realidade enfrentada pela população portadora da doença de Chagas, principalmente àquelas pessoas que não têm acesso à informação e métodos de prevenir a contaminação com o protozoário *Trypanosoma Cruzi*. Dessa forma, os professores palestrantes abordaram temas da Imunologia e da Cardiologia, discutindo os processos fisiopatológicos da doença; as repercussões na sociedade; e as alterações no modo de vida dos indivíduos infectados. Como também, foi discutido as principais formas de diagnósticos e como desenvolver o melhor tratamento de acordo com a forma predominante da doença, envolvendo o indivíduo como um todo, não apenas a doença.

Além disso, foi de extrema importância para os acadêmicos de medicina participantes uma abordagem mais ampla da doença, visto que a mesma é considerada grave e endêmica no país e negligenciada na maioria dos casos, necessitando assim de intervenções e ações de combate principalmente do vetor da doença o inseto hematófago “barbeiro”.

30.4 CONCLUSÕES

A doença de Chagas, causada pelo protozoário parasita *Trypanosoma cruzi* que é transmitida pelas fezes de um inseto (triatoma) conhecido como barbeiro, é uma doença ainda muito negligenciada pela população em geral, porém, apresenta inúmeros riscos para a pessoa infectada. Dessa forma, a palestra ministrada teve como objetivo discutir assuntos não amplamente divulgados e conhecidos, tratando de forma bastante esclarecedora como ocorre a infecção, os processos que ocorrem no organismo e os riscos futuros. Os palestrantes abordaram o tema no ponto de vista da imunologia e da cardiologia e acrescentaram de uma forma muito enriquecedora pontos dessas áreas que não são comumente difundidos, aumentando assim o conhecimento dos alunos sobre esse tema que será bastante comum na vivência médica. Para próximas palestras, podem ser adicionados, casos clínicos contextualizados, para que se possa testar o nível de aprendizagem do conteúdo ministrado. Portanto, conclui-se que a palestra foi de suma importância e contribuiu para a formação acadêmica dos ouvintes, que acrescentarão na sua atuação prática, teorias que fazem a diferença no diagnóstico.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os envolvidos na elaboração da ação, em especial à Universidade Maurício de Nassau e à IFMSA, pela oportunidade cedida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Chagas**. Brasília: Ministério da Saúde, [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/2VmGFgx>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRUNA, M. H. V. Doença de Chagas. **UOL**, [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/34Kgza6>. Acesso em: 31 jul. 2018.

COSTA, A. C. et al. Satisfação dos pacientes com doença de Chagas atendidos por um serviço de atenção farmacêutica no estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1483-1494, maio 2018.

31 Promoção de saúde sexual para adolescentes no ambiente escolar como estratégia de fortalecer a saúde pública

Ivna Letícia de Góis Nogueira

Universidade Potiguar (UNP)

Aline Vanessa Oliveira do Nascimento

Universidade Potiguar (UNP)

Vanessa Medeiros Bezerra

Universidade Potiguar (UNP)

Bárbara da Ponte Ribeiro

Universidade Potiguar (UNP)

Anna Julia Lacerda Raposo

Universidade Potiguar (UNP)

RESUMO

A sexualidade é um assunto bastante mistificado na sociedade principalmente originado pela dificuldade da conversa aberta sobre o tema. Portanto, torna-se importante a abordagem dessa temática no ambiente escolar devido à necessidade crescente de suprir a curiosidade dos jovens através de profissionais instruídos, além da alta taxa de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O objetivo é relatar a experiência de promoção de saúde sexual para adolescentes no ambiente escolar, a qual buscou orientar aos alunos sobre métodos de prevenir a transmissão de DSTs. A ação foi iniciada com uma pergunta, de modo a explorar o que os adolescentes sabiam sobre DST's. Logo em seguida, foi iniciada uma breve explicação sobre tal assunto, explorando o conceito e os meios de evitar a transmissão de tais doenças, dando um enfoque maior ao HIV e à AIDS. Além disso, realizou-se uma abordagem sobre o uso do preservativo com o auxílio de uma dinâmica com a utilização de luvas seguido de um aprofundamento sobre os riscos do ato sexual desprotegido. Em seguida, foi feita a demonstração do uso correto do preservativo masculino utilizando-se um modelo sintético de pênis ereto e uma camisinha masculina. Consideramos que houve resultados bastante satisfatórios, os quais puderam ser percebidos principalmente na mudança no padrão de resposta das questões 4 e 5 comparando o pré e o pós teste aplicados e no envolvimento dos jovens durante toda a ação. Esta, foi fundamental na formação dos adolescentes e uma forma de reforçar a nossa contribuição na saúde pública.

Palavras-chave: Adolescência. Atenção primária à saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação em saúde. Preservativos.

31.1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é um assunto bastante mistificado na nossa sociedade e parte desse cenário se origina na dificuldade da conversa aberta sobre o tema, seja no ambiente domiciliar ou escolar. Muitas vezes os jovens não têm abertura com os pais para questionamentos ou para expor seus pensamentos em relação ao próprio corpo, e buscam na escola uma referência adulta capaz de ajudá-los nesse processo. Ainda assim, sabe-se que os adultos responsáveis nessas instituições também têm dificuldade de abordar esse tema e, como consequência, os jovens acabam conversando somente entre si e não são instruídos da maneira correta relativa à saúde sexual.

Nesse sentido, é válido saber que de acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA, em apenas um ano, o número de casos de sífilis, gonorreia e clamídia aumentaram (15%, 5,1% e 2,8% respectivamente). No cenário brasileiro, temos dificuldade quanto às estatísticas nacionais, mas a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo indica que as ocorrências de sífilis por transmissão sexual cresceram em 603% em seis anos (2007-2013). Sendo assim, a grande incidência de casos entre os jovens torna clara a urgência em mudar o olhar acerca desse cenário.

Essa temática torna-se importante, portanto, como assunto a ser abordado no ambiente escolar devido, não apenas, à necessidade crescente de suprir a curiosidade dos jovens através de profissionais instruídos, mas também à alta taxa de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Por fim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de promoção de saúde sexual para adolescentes no ambiente escolar, a qual buscou orientar aos alunos sobre métodos de prevenir a transmissão de DSTs e assim gerar mais responsabilidade no ato sexual. Acredita-se que essa experiência vem a fortalecer a saúde pública, tendo em vista a grande demanda desses casos em serviços de saúde.

31.2 MATERIAL E MÉTODOS

A ação de promoção à saúde sexual foi realizada no dia 21 de junho de 2018, na Escola Municipal Alberto de Carvalho, localizada na Praia de Búzios, município de Nísia

Floresta, RN, e teve como público-alvo os alunos do 8º ano do ensino fundamental. A escolha do público foi feita baseada em diálogo anterior com a diretora da escola, que apontou diversas problemáticas sociais relacionadas a essa faixa etária, o que colaborou para a escolha feita pelos coordenadores da ação.

Para realização do projeto, foi utilizada uma sala da própria escola, a qual contava com recursos de mídia (datashow e computador). De início, pediu-se ao público-alvo que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e logo em seguida, que respondesse ao pré-teste. Após isso, iniciou-se ação com uma pergunta para estimular a interação dos jovens e para mensurar o grau de conhecimento deles sobre o tema: “O que são DST’s?”. Esse questionamento (anexo) foi sucedido por breve explicação sobre o tema, explorando o conceito, os meios de evitar a transmissão de tais doenças, sempre utilizando perguntas que estimulassem a interação dos adolescentes. Deu-se um enfoque maior ao tema de HIV e AIDS. No decorrer da ação, o debate tornou-se uma roda de conversa, com interação entre o público-alvo e os promotores da ação.

Realizou-se uma abordagem sobre o uso do preservativo (camisinha), ressaltando sua importância e quebrando a barreira de que apenas o homem deve carregar a camisinha. Após breve discussão, foi realizada uma dinâmica em que solicitou-se dois voluntários e pediu-se para que um deles colocasse a mão em uma luva, enquanto o outro permaneceu com a mão despida; em seguida, ambos colocaram as mãos em uma caixa, toda fechada, contendo tinta; após retirada das mãos, debateu-se sobre a mão que estava com a luva ter permanecido limpa, simulando o papel da camisinha no ato sexual, e a mão despida ter saído suja de tinta, representando a realização da prática sexual desprotegida. Nesse momento, aprofundou-se sobre os riscos que os parceiros se expõem ao realizar o ato sexual sem preservativo.

No momento seguinte, dividiu-se o público-alvo em grupos e distribuiu-se fichas com uma sequência de acontecimentos comuns na paquera entre jovens. Dentre as fichas, uma merece destaque e era a mais importante do jogo: “negociar o uso da camisinha”. A intenção era analisar a percepção deles acerca do momento mais adequado para essa negociação. Após reunião dos grupos, um voluntário de cada grupo leu a sequência definida por cada um, sendo seguidos por breve discussão e orientação sobre a escolha mais adequada para conversar com o possível parceiro a respeito do uso do preservativo.

Em seguida, foi feita a demonstração do uso correto do preservativo masculino, utilizando-se, para isso, um modelo sintético de pênis ereto, disponibilizado pelo Laboratório de Estrutura e Função da Universidade Potiguar, e uma camisinha masculina. Ressaltou-se a importância de cada passo da utilização do preservativo, desde a conferência da data de validade e da embalagem devidamente lacrada, bem como os cuidados ao abri-la, demonstrando todo o processo de uso e descarte correto.

Finalizando a ação, sanou-se as inúmeras dúvidas que surgiram e aplicou-se o questionário pós-teste (anexo), para posterior avaliação de impacto.

31.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação teve resultados bastante satisfatórios, pois embora no início os jovens participantes tenham demonstrado inibição, houve uma participação interativa logo em seguida, no decorrer da apresentação, principalmente após as abordagens mais dinâmicas. Os jovens tiveram espaço para tirar dúvidas sobre o tema, expor seus pensamentos e conhecimentos relacionados à atividade sexual, de forma tal a acrescentar substratos à discussão com os coordenadores da ação.

Dessa forma, pudemos perceber como se faz importante uma abordagem mais interativa, com metodologias ativas com participação efetiva do público alvo, pois gera-se uma maior participação, aprendizado e interesse no assunto. Ao solicitar que os jovens tragam para a discussão seus conhecimentos prévios e opiniões sobre o assunto, geramos uma atitude no público-alvo favorável ao aprendizado, que é a reconstrução do saber, pois permite que eles estabeleçam associações entre o conteúdo já existente em sua estrutura cognitiva e o conteúdo novo apreendido (chamado processo de continuidade), assim como possibilita o processo de ruptura, em que eles se veem colocados em situações novas que deverão ser trabalhadas por meio de sua análise crítica, ampliando sua possibilidade de conhecimento (MITRE et al., 2018).

Portanto, assumimos como novo aprendizado, que esperamos aplicar em uma outra oportunidade, a incorporação desse tipo de abordagem logo no início da apresentação, uma vez que torna toda a ação mais efetiva, contribuindo para a geração de competências no público alvo.

De forma mais pontual, ficamos bastante satisfeitos com o impacto no conhecimento desses jovens, o qual pôde ser percebido principalmente na mudança no padrão de resposta das questões 4 e 5 se comparado o pré e o pós teste entregues, postos em anexo.

31.4 CONCLUSÕES

A experiência de promoção de saúde sexual com adolescente da Escola Municipal Alberto de Carvalho foi fundamental na formação dos adolescentes e foi uma forma de reforçar a nossa contribuição para com a saúde pública. Ressalta-se, a partir de toda a experiência adquirida neste trabalho, a importância de trabalhar temas relevantes para a saúde pública e deficientes na comunidade que se quer alcançar.

Com relação a temática, foi visível o interesse dos alunos no tema abordado, mostrando a importância de buscar as deficiências e os temas ainda mistificados. Sobre a metodologia, foi possível compreender como é importante fazer uma ação de promoção em saúde dialogada, dinâmica, participativa, sabendo que todos tem conhecimento para acrescentar na discussão, tanto os mediadores da discussão, no presente trabalho os alunos de medicina, quantos aqueles que estão recebendo a informação, no caso os adolescentes estudantes da escola.

Ademais, entende-se que as experiências e as conclusões obtidas com a ação não devem ficar restritas a um momento pontual e ao comitê da IFMSA Brazil UnP. É possível concluir que o ato de reconhecer problemas de saúde pública na comunidade e promover saúde a partir de uma discussão ativa e dinâmica deve ser reproduzida por outros estudantes de medicina como forma de contribuir com a comunidade e como forma de enriquecer sua formação pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Diseases (STDs)**. [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/34KK1wK>. Acesso em: 26 jul. 2018.

ANEXO A

Figure 1 - Questionário pré e pós-teste



EDUCAÇÃO SEXUAL
QUESTIONÁRIO

IFMSA
Brazil
UnP

PERGUNTA 1
Você sabe para que serve a camisinha?
a) SIM
b) NÃO

PERGUNTA 2
Só o menino deve andar com camisinha?
a) SIM
B) NÃO

PERGUNTA 3
Existe camisinha feminina?
a) SIM
b) NÃO

PERGUNTA 4
Já ouviu falar sobre DST's?
a) SIM
b) NÃO

PERGUNTA 5
Sabe o que é o HIV?
a) SIM
b) NÃO

Termos de consentimento assinados: 23

Quantidade de participantes: 24

PRÉ-TESTE: 23 ALUNOS

Questão 1: 23 sim 0 não;

Questão 2: 2 sim 21 não;

Questão 3: 23 sim 0 não;

Questão 4: 15 sim 8 não;

Questão 5: 15 sim 8 não.

PÓS-TESTE: 24 ALUNOS

Questão 1: 24 sim 0 não;

Questão 2: 2 sim 21 não;

Questão 3: 23 sim 0 não;

Questão 4: 23 sim 1 não;

Questão 5: 23 sim 1 não.

32 Estratégias desenvolvidas em campanha “não estoure seu coração” para adesão de hábitos saudáveis e prevenção da hipertensão arterial sistêmica: relato de experiência

Celina Maria de Carvalho Guimarães

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Daniela Souza de Brito

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Larissa Cassiano de Araújo

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Luan Nilton da Silva

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Ricardo Basiliano Cavalcanti de Albuquerque Júnior

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Thalita Micaelle Lira da Luz

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Creso Abreu Falcão

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi escolhida como temática da campanha “Não estoure seu coração” por ser uma doença prevalente na população brasileira, possuindo sintomas silenciosos e forte relação com o estilo de vida. Logo, é notável a importância de conscientizar sobre a prevenção dessa condição, já que quanto mais precoce a adesão a uma rotina saudável, menores os riscos de adquirir ou agravar a doença. Assim, o objetivo principal da campanha foi impactar e alertar a população local sobre a incidência de HAS e a influência dos hábitos de vida, por meio da prevenção primária. Também é importante frisar que apenas o acompanhamento da pressão arterial sistêmica (PAS) não é eficaz na prevenção da HAS, já que um valor de PAS normal pode não indicar, em longo prazo, um estado de saúde satisfatório, e que, apesar de essencial, é necessária ser realizado em conjunto com a identificação e combate dos fatores de risco. Desse modo, foram realizadas capacitações sobre o tema, de forma teórica e prática, além de discussões sobre sua execução. A campanha ocorreu em um parque público, sendo as pessoas convidadas a participar e, conseqüentemente, um questionário sobre os fatores de risco era aplicado, seguido da aferição da pressão e orientações sobre estilo de vida. A campanha atendeu às expectativas dos envolvidos que aderiram e participaram ativamente da discussão. Portanto, percebe-se que atividades de prevenção como esta tem um impacto positivo no estilo de vida da população atingida e assim contribui para a prevenção da HAS.

Palavras-chave: Educação em saúde. Hipertensão arterial. Prevenção primária.

32.1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) foram as causas de óbito mais importantes no mundo no período de 2000 a 2012, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), sendo responsáveis por alta frequência de internações e custos socioeconômicos elevados (MALACHIAS, 2016). Pode-se afirmar também que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é corresponsável por esse fato e consiste em um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCVs. (ANDRADE, 2015), e um dado preocupante a respeito dessa condição é que a ocorrência da hipertensão arterial no Brasil, segundo estudos, variou entre 22,3 e 43,9% (RADOVANOVIC, 2014). Assim, devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, a HAS é considerada um problema de saúde pública. Por isso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia sugere que sejam adotadas estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS, com o objetivo de estimular o diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial (MALACHIAS, 2016). Também é importante acrescentar que a falta de conhecimento perante a doença é um dos principais responsáveis pela sua disseminação e prevalência, uma vez que ela está fortemente relacionada aos hábitos de vida do sujeito. Tendo todos esses fatores em mente, a motivação para realizar esta campanha é poder transmitir esse conhecimento para a população, colaborando para a prevenção primária.

Dessa forma, o objetivo principal do trabalho foi promover uma campanha de conscientização sobre os cuidados necessários para a melhoria da qualidade de vida e diminuição no risco de hipertensão, e assim alertar a população em relação aos hábitos que podem corroborar ou agravar a Hipertensão Arterial Sistêmica. Além disso, alguns objetivos específicos foram: fazer uma abordagem dinâmica com as pessoas, através de brincadeira com questionário e balões, almejando assim obter um conhecimento um pouco mais aprofundado sobre o voluntário abordado e que ele tenha mais interesse na campanha, parabenizar aos que obterem um bom resultado com relação às perguntas aplicadas e conscientizando os participantes cujas respostas não apresentarem-se relativamente boas, influenciando-os a trocarem seus maus hábitos por perspectivas saudáveis, como a realização de exercícios físicos, a manutenção de uma alimentação regrada e correta e a orientação de um médico para um possível diagnóstico.

32.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O primeiro momento se referiu ao planejamento de como seria a campanha efetuada, na qual foram decididos: a temática a ser trabalhada e abordada, por meio de uma votação entre os alunos, o local de execução, o público alvo, os materiais utilizados, como seria a capacitação e todos os aparatos necessários para a realização da atividade. Sendo estabelecido que todo participante iria contribuir com 5 reais para a compra dos materiais. Tais ações permitiram a avaliação da viabilidade da campanha, a percepção de relevância quanto ao tema e a familiarização do acadêmico com o método científico.

O segundo momento foi referente à capacitação. Os acadêmicos que iriam participar da campanha se reuniram na presença do professor cardiologista, da Universidade de Pernambuco, Creso Abreu, que esclareceu diversos pontos referentes a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica): o conceito de HAS; a classificação da PAS (pressão arterial sistêmica); prevenção primária para a HAS, que é essencial para pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares; possíveis complicações nos casos omissão ao tratamento para HAS; e como controlar a PA. Esses conceitos, por fim, ofereceram um melhor entendimento sobre a temática em questão. Após a capacitação, foi realizado o encontro para prática de aferição da pressão arterial na faculdade. Os participantes levaram esfigmomanômetro e estetoscópio para treinar a aferição. Isso ocorreu de maneira alternada, de forma que todos puderam sanar suas dúvidas quanto à técnica e a interpretação das medidas.

A campanha foi realizada no dia 17 de junho de 2018, no período da manhã, das 8 às 12 horas, no Parque da Jaqueira, uma praça com uma grande circulação de pessoas na cidade de Recife/Pernambuco, com os participantes e os coordenadores da atividade. O público alvo foi composto de crianças, jovens, adultos e idosos que estavam no local. Inicialmente, houve a escolha, seguida da caracterização do local escolhido no parque, com a colagem do cartaz, e o posicionamento dos balões vermelhos para decoração, dos corações de papel e dos panfletos, nas mesas. A dinâmica consistiu em: o convidado a participar da ação respondia ao questionário com diversas perguntas sobre estilo de vida e fatores de risco para HAS. Se respondesse com mais de 5 fatores de risco, teria o balão com

formato de coração estourado. Dessa forma, foi necessário que os organizadores fossem divididos por função em subgrupos. Estes eram compostos de uma pessoa para aferir a pressão arterial e estourar o balão; uma para conduzir as respostas dos questionários e uma para entregar um panfleto de conscientização para HAS, o pirulito e diversas recomendações relacionadas a manter e construir hábitos saudáveis. Enquanto isso, os demais foram responsáveis por chamar os indivíduos para participarem da ação. No total essa sequência foi realizada com 28 pessoas, quantidade que possibilitou não apenas o aprimoramento da técnica de aferir, mas também, a percepção das diversas formas de abordagem no contato com as pessoas.

Posteriormente os participantes se reuniram para, em conjunto, atuarem na construção documento de finalização da atividade. Assim, foram divididas tarefas para cada um, de acordo com os tópicos necessários para sua elaboração. Além disso, no momento foram discutidos e refletidos em grupo os resultados alcançados pela experiência. As respostas dos questionários foram postas em gráficos, nos quais foram estatisticamente avaliados fatores de risco, histórico familiar, faixa etária, sexo e hábitos. No entanto, não foi possível utilizar esses dados em pesquisas, visto que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi utilizado.

32.3 DISCUSSÃO

A efetuação da campanha “Não estoure seu coração” trouxe uma experiência palpável da Medicina para os acadêmicos envolvidos, uma vez que foi além dos conhecimentos adquiridos em sala de aula. Por consequência, foi inata a aquisição de habilidades úteis necessárias para prática profissional no futuro. Através da capacitação teórica sob supervisão do cardiologista Dr. Creso Abreu, obteve-se informações a respeito da patologia, dos fatores de risco, de métodos de prevenção e ainda sobre a importância do controle da pressão arterial.

Essas informações foram propagadas pelos alunos à população durante a atividade, o que foi enriquecedor para ambas as partes, visto que, dessa forma, enquanto o público atingido obteve um maior conhecimento a respeito da importância de manter hábitos saudáveis para a prevenção da HAS, os participantes tiveram contato com pessoas de

diferentes rotinas e impressões sobre a doença, o que colabora para a formação de futuros profissionais com uma visão mais abrangente no seu atendimento, uma vez que o contato com indivíduos de diferentes realidades ajuda no aprimoramento de habilidade de cuidado com o paciente e não só com o desenvolver da doença.

Além de atuarem como multiplicadores de um estilo de vida saudável, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população, os participantes puderam aprimorar a capacidade de lidar com o público, desde a forma de abordagem dinâmica e causadora de impacto, como o modo correto de aferir a PAS, até a conclusão e transmissão das informações a respeito do tema. Ademais, a aferição da pressão de uma quantidade considerável de pessoas que se dispuseram a participar daquele momento foi uma oportunidade de prática enriquecedora para os envolvidos, majoritariamente de períodos iniciais do curso médico; algo que trouxe mais desenvoltura para lidar com situações inesperadas e utilizar-se da resiliência em muitas das situações inesperadas (como público de diversos níveis educacionais, localização do evento, chuva, barulho e luminosidade), fatores que quanto mais cedo forem estimulados, mais facilmente serão usados posteriormente.

Assim, destaca-se a importância de passar segurança às pessoas e tratá-las com cuidado e sensibilidade, não as vendo como meros pacientes que apenas escutam uma série de informações passivamente, mas sim respeitando a autonomia do indivíduo de participar conscientemente de cada momento da abordagem. Por fim, também é importante acrescentar que ao término da participação do indivíduo ele recebeu um panfleto informativo a respeito da HAS, para que além de obter outras explicações a respeito da patologia, ele possa contribuir para a disseminação da relevância do tema e da importância de se prevenir. Logo, é notável perceber que a campanha possibilitou um momento de grande aprendizado para todos os envolvidos, tanto os acadêmicos, como a população do parque atingida.

32.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta Campanha atingimos diversas metas que propusemos no planejamento, como a conscientização das pessoas sobre a importância de aderir ao estilo

de vida saudável para prevenir a hipertensão, independente do fato de sua pressão ser considerada adequada ou não a sua idade. Assim, desfazemos a ideia de que apenas uma pressão “12 por 8” é o que faz alguém ser livre do risco de hipertensão, mas, sim, o valor da pressão associada a fatores de riscos. Em relação ao progresso da Campanha, conseguimos aferir a pressão de várias pessoas: com idade inferior a 20 anos até aquelas com superior à 65 anos; com doenças crônicas e outras que eram saudáveis; e observamos que em todas elas ainda era necessário algumas mudanças no estilo de vida, sendo essa mudança almejada pelo próprio indivíduo que sente dificuldade em mudar seus hábitos dentro da atual sociedade de “fast foods”. Por fim, os participantes, de maioria dos períodos iniciais da faculdade de medicina, obtiveram uma experiência enriquecedora sobre a medicina e a relação com as pessoas além da sala de aula.

AGRADECIMENTOS

Gratos aos criadores desta atividade (Acadêmicos de Medicina da UNIVILLE e filiados à *IFMSA Brazil - International Federation of Medical Students Associations of Brazil*), por sua disposição em nos ajudar. Ademais, aos transeuntes que participaram da campanha e aos colaboradores deste evento (Acadêmicos de Medicina da Universidade de Pernambuco).

REFERÊNCIAS

ANDRADE et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2015.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016. Supl. 3.

RADOVANOVIC et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jul./ago. v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2XJUTtc>. Acesso em: 26 jul.2018.

Letícia Sousa Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Flávia Helena Soares de Oliveira

Universidade Potiguar (UNP)

Bárbara da Câmara Santos Marinho

Universidade Potiguar (UNP)

RESUMO

Nas últimas décadas, a população trans se encontra marginalizada e posta em uma situação de vulnerabilidade nos mais diversos aspectos. Dessa forma, ainda há muito em que se intervir em busca da igualdade e, dentro dessa problemática, a questão da LGBTfobia, especialmente a transfobia. Justificada pela crescente taxa de suicídios, violência, ausência de políticas públicas de suporte e direitos básicos, a população trans necessita de uma maior atenção e cuidado dos profissionais médicos, os quais se mostram despreparados, além de constituírem parte de um grupo que desrespeita e discrimina pessoas trans pelo fato de expressarem sua identidade de gênero. Diante disso - levando em conta a importância da educação médica - os estudantes de medicina realizaram uma noite de discussões e construção de conhecimento, discutindo sobre aspectos clínicos e sociais quanto a medicina frente à população trans, além de uma avaliação final com os participantes sobre os temas que foram abordados. Com a contribuição de especialista endocrinologista para explicar sobre reposição hormonal e cirurgia de transgenitalização, assim como da especialista psicóloga trans para abordar as políticas sociais e dar seu testemunho em meio a uma sociedade violenta e preconceituosa. Esperou-se causar impacto, reflexão e contemplar os estudantes com conceitos e visões que proporcionaram o primeiro passo para alcançar um acolhimento correto e adequado dessa parcela social.

Palavras-chave: Educação médica. Estudantes. Preconceito. Transexuais.

33.1 INTRODUÇÃO

No processo de entrada do terceiro milênio e de quebra dos paradigmas sociais que mostram a necessidade de problematizações serem contextualizadas, é possível encontrar em ênfase a discussão sobre a identidade de gênero e orientação sexual. Como prova desse contexto estar em crise, pode-se analisar os dados apontados nos mais recentes relatórios sobre LGBTfobia (que envolvem os grupos sociais: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) globalmente e nacionalmente, demonstrando resultados dignos de preocupação.

Em relação aos direitos humanos e à educação médica, discutir sobre políticas públicas de saúde e LGBTfobia permite combater um dos mais alarmantes dados recentes: o medo do preconceito das pessoas LGBT têm levado esses pacientes a adiar ou não procurar atendimento médico quando necessário para evitar experiências de discriminação, desrespeito e vergonha (TOLEDO; PINAFI, 2012). Esse quadro se torna ainda mais alarmante quando se analisa em especial o cenário em que pacientes trans se encontram: a taxa de suicídios chega a ser de 41%, 10 vezes maior que a taxa de suicídios global (DIAS, 2017). Em estudo realizado pelo *Center for American Progress* (MIRZA; ROONEY, 2018) com pacientes trans, cerca de 29% dos pacientes afirmaram já terem o atendimento negado por serem trans, 12% disseram que um médico ou outro profissional de saúde se recusou a dar-lhes cuidados de saúde relacionados à transição de gênero, 29% afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência e constrangimento em atendimento clínico, tendo sido fisicamente violentados, e 22% afirmaram adiar ou não procurar atendimento mesmo em necessidades cruciais devido ao desrespeito ou à discriminação da equipe de saúde. Também relataram a necessidade de explicar para médicos e demais profissionais de saúde conceitos básicos sobre identidade de gênero e orientação sexual, dos quais esses profissionais eram totalmente desprovidos, buscando atendimento correto.

Dados alarmantes como esses precisam gerar uma reação da comunidade médica estudantil que se preocupa em mudar o cenário atual de falta de conhecimento, preparação e suporte por parte dos médicos para essa população que se encontra num contexto de vulnerabilidade. Dessa forma, justificado pela ausência de preparação no âmbito acadêmico do currículo das universidades de medicina pelo Brasil e no mundo (TOLEDO; PINAFI; 2012),

além do preconceito institucionalizado e da falta da dimensão do cenário por uma parte dos discentes, os estudantes de medicina da *IFMSA Brazil (The International Federation of Medical Students Associations)*, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Universidade Potiguar, promoveram um ambiente de construção de conhecimento de aspectos clínicos e sociais, por meio de palestras que abordam a Endocrinologia e a Psicologia.

Com isso, realizou-se uma noite de discussão com o tema “A medicina frente à população trans”, com a finalidade de capacitar os estudantes de medicina sobre os assuntos de terapias hormonais, de indicações para a cirurgia de transgenitalização e de conceitos básicos dos quais os futuros médicos precisam dominar plenamente. Além de promover uma discussão com a psicóloga trans, com o intuito de mostrar a luta desse grupo social e suas dificuldades como pacientes do sistema de saúde, abordou-se sobre a história da transexualidade no mundo e no Brasil, conquistas de direitos e espaços no tocante às políticas públicas, assim como as esferas que envolvem a psicologia. Por conseguinte, tal diálogo proporcionou uma reflexão e aumentou o nível de conhecimento dos participantes sobre o assunto frente a uma realidade alarmante na qual é preciso atuar.

33.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A discussão sobre conceitos envolvendo a população LGBT, como identidade de gênero, sexo biológico e orientação sexual, é imprescindível para os futuros médicos e para promover cidadãos responsáveis socialmente. Dessa maneira, os estudantes de medicina da *IFMSA Brazil* da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Universidade Potiguar promoveram uma discussão sobre conceitos iniciais e, principalmente, sobre a saúde para a população trans (levando conceitos, explicações sobre reposição hormonal, cirurgia de transgenitalização e outros) para desconstruir preconceitos e paradigmas, buscando disseminar o conhecimento, essencial para a quebra da discriminação no meio social.

Diante disso, o evento aconteceu pela noite no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), no 4º subsolo, no Auditório Mariano Coelho, das 18h às 21h. Primeiramente, os participantes se envolveram com uma dinâmica, na qual 8 pessoas cis da plateia foram chamadas para compor uma linha juntamente com a psicóloga trans e mais uma transexual que estava como participante no ambiente. Tal dinâmica é conhecida como *Step By Step*,

utilizada principalmente para demonstrar ausência de direitos e a presença de privilégios para parcela dos participantes. Com isso, os 10 participantes foram convidados a dar um passo à frente em cada momento de identificação sobre as situações projetadas. Alguns tópicos como: preconceito com o indivíduo trans ao utilizar o banheiro, não respeitar o nome social, argumentos que a pessoa trans possui uma patologia, a dificuldade de conseguir emprego apenas por sua identidade de gênero foram abordados durante a dinâmica.

As situações refletem experiências de preconceito contra os transexuais, de forma que os indivíduos que se enquadram como cis, não avançaram ao longo da dinâmica. Ao fim, foi constatado uma espécie de “gráfico vivo” da discriminação sofrida por esse grupo social, buscando causar mais impacto que qualquer gráfico teórico e puramente visual. Em seguida, foram colocados relatos de pessoas trans frente às experiências de discriminação, bem como dados que referem à falta de conhecimento por parte dos médicos, para demonstrar que mesmo essa sendo uma população vulnerável, com a qual deve-se ter um cuidado especializado, ainda há falhas no acolhimento, na atenção e no cuidado.

Posteriormente, a médica endocrinologista Tallita Vieira trouxe alguns conceitos sobre sexo, gênero, identidade de gênero e orientação sexual, abrindo discussões com a plateia sobre essas diferenças. Após esses conceitos iniciais fundamentais para o entendimento de toda a população, a médica explicou todo o processo de reposição hormonal e como, fisiologicamente, o corpo pode responder. Ademais, de forma simples e objetiva, foi explicado sobre a cirurgia de transgenitalização, como acontece e quais os principais locais que executam esse procedimento. É evidente o quanto ainda é necessário o avanço nesse setor, visto que há apenas cinco hospitais no Brasil que realizam essa cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PACHECO, 2016). Foi enfatizada, também, a dificuldade da realização desse procedimento devido à fila de espera e ao processo burocrático.

Além disso, a endocrinologista abordou sobre a importância da comunicação com este grupo social, com o qual o médico deve estabelecer um vínculo, utilizando sempre a empatia e o respeito, já que, muitas vezes, os transexuais podem sofrer a não aceitação pela sua família e amigos, o que interfere mais ainda na fragilidade emocional do paciente. Dessa forma, foi enfatizado o quanto o médico e uma equipe multiprofissional preparada são importantes nesse processo.

Em seguida, após a palestra da médica e o momento de discussão com a plateia, a psicóloga Emilly Mel Fernandes - primeira pessoa trans a se formar na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a mudar legalmente seu nome social - trouxe, de forma impactante, a história de luta da população trans, apontando dados e o genocídio que esse grupo sofre. Também foram abordados os conceitos cuja não compreensão por parte da sociedade levam ao preconceito e à discriminação. Somado a isso, a psicóloga abordou todos os aspectos psicológicos que atingem esses indivíduos: o estágio da própria aceitação, o momento de explicar para os familiares e amigos, a fase de enfrentar o preconceito da sociedade, o processo depressivo que muitos transexuais encaram, entre outros. Por fim, Emilly contou sua história, as dificuldades e os preconceitos enfrentados, assim como os problemas psicológicos que ela desenvolveu.

Para finalizar a noite, os participantes preencheram uma avaliação feita pelas organizadoras com a finalidade de apontar o quanto este evento foi produtivo e impactante para os estudantes de Medicina. Dessa forma, foi colocado para os participantes frases sobre determinadas situações e cada afirmação foi seguida por uma escala de notas de 0 a 10, sendo 0 discordo completamente e 10 concordo fortemente com a afirmação. As sentenças colocadas na avaliação de impacto foram: “Ajudou-me a saber melhor a diferença entre gênero/sexo”; “Ajudou-me sobre os assuntos de terapia hormonal voltado para a população trans”; “Fez-me refletir sobre o atendimento especializado para a população trans”; “Fez-me entender melhor a realidade/dificuldades desse grupo”; “Ajudou-me a direcionar e orientar um paciente trans”; “Ajudou-me a perceber a transfobia nas políticas de saúde e de atendimento”; “Fez-me refletir sobre saúde mental na prática da residência médica”.

33.3 DISCUSSÃO

O evento “A medicina frente à população trans” obteve como participantes 58 estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Universidade Potiguar. Dessa forma, o evento proporcionou aos participantes a aquisição de um conhecimento mais amplo sobre o assunto, assim como o estímulo para a promoção de outros eventos, projetos ou campanhas para a promoção da saúde dos transexuais. Além

disso, tal evento promoveu que os participantes expressassem seus pontos de vista ao lidarem de forma próxima com uma realidade negligenciada pela sociedade.

Soma-se a isso o impacto que este evento proporcionou aos estudantes de medicina os quais, por meio da avaliação que os participantes preencheram no final, pode-se estimar o quanto ações como essa são importantes para a construção de médicos responsáveis socialmente. Dessa maneira, os fatos acima podem ser corroborados de acordo com o resultado da pesquisa realizada: 88% dos estudantes concordaram fortemente que a discussão ajudou na compreensão das diferenças de identidade de gênero/sexo biológico; 78% deles concordaram fortemente que a discussão ajudou na compreensão da terapia hormonal; 86% concordaram fortemente que a discussão era fundamental para perceber um atendimento especializado para pessoas trans; 90% concordaram fortemente que o evento apresentava uma visão mais ampla da vulnerabilidade trans; 67% concordaram fortemente que a discussão ajudou a saber como conduzir uma consulta com um paciente trans; e 80% concordaram fortemente que o evento ajudou a perceber a transfobia na política de saúde e nos cuidados clínicos.

Nesse prisma, a pesquisa demonstra o quanto foi essencial essa reunião temática sobre a relação entre a medicina, a sociedade e a população trans; e o quanto ainda há para se fazer com o intuito de melhorar a qualidade de vida desse grupo social. Dessa forma, os dados apontam a importância fundamental desse evento no currículo médico, tendo em vista a situação crítica de vulnerabilidade das pessoas trans no Brasil e a falta de conhecimento, predominantemente, dos profissionais da área médica e dos estudantes.

33.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É sabida a importância de abordar temas que, muitas vezes, são excluídos pela sociedade. Por conseguinte, o evento “A medicina frente à população trans” potencializou uma maior visibilidade para as dificuldades, preconceitos que os transexuais sofrem, assim como os anseios que os acadêmicos possuíam para abordar essa temática em sua formação. Dessa forma, o evento causou maior interesse no meio acadêmico e contribuiu com a formação profissional, intelectual e social de todos os envolvidos.

Vale salientar também a importância que este evento causou para futuras ações dos estudantes de medicina, servindo de inspiração para outros acadêmicos promoverem

projetos relativo à temática. Dessa maneira, potencializando discussões nas faculdades de medicina, pode-se mudar a realidade dos transexuais quanto à discriminação e ao atendimento no sistema de saúde.

AGRADECIMENTOS

À médica Tallita Vieira e à psicologia Emilly Mel Fernandes pela disponibilidade e por contribuírem com a educação médica dos alunos, assim como à *IFMSA Brazil*, por proporcionar oportunidades para serem abordados assuntos marginalizados no meio acadêmico e na sociedade.

REFERÊNCIAS

DIAS, J. **O Alto índice de suicídio entre os Transexuais**. [S.l.]: Instituto Plinio Corrêa de Oliveira, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3eqIAle>. Acesso em: 17 jul. 2018.

MIRZA, S. A.; ROONEY, C. **Discrimination prevents LGBTQ people from accessing health care**. 2018. Disponível em: <https://ampr.gs/2XT0HR8>. Acesso em: 17 jul. 2018.

PACHECO, C. **Apenas cinco hospitais fazem cirurgia transgenital pelo SUS no Brasil**. [S.l.:s.n.]: 2016. Disponível em: <https://glo.bo/3eqIVdY>. Acesso em: 22 jul. 2018.

TOLEDO, L. G.; PINAFI, T. A Clínica psicológica e o público LGBT. **Psicologia Clínica**, v. 24, n.1, p. 137-163, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3alW30N>.

34 Atenção interprofissional à saúde em situações de violência: um relato de experiência

Carlos Ygor Costa Martins

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Luzia Carla de Souza Soriano

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Larissa Fernandes Nogueira da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Marcos Henrique Gonçalves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Mariana Ribeiro de Paula

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Andrea Taborda Ribas da Cunha

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

No Brasil é notória a temática da violência, sendo que possui reflexos também na área da saúde. Isso, pois, seja na atenção primária (PIRES, 2016) ou no âmbito hospitalar (DESLANDES, 2000), o profissional de saúde depara-se com situações de violência variadas (contra o idoso, a criança e a mulher, sendo que no caso desta última, abarca violência doméstica e obstétrica), motivo pelo qual é crucial saber lidar com esse problema. Por esse motivo, pensou-se na ação Atenção Interprofissional à Saúde em Situações de Violência, que objetivou instigar a discussão e, com isso, provocar a reflexão, além de trazer informações acerca da rede existente para lidar com a questão da violência. Com esse fim, realizou-se uma roda de conversa entre discentes de diversos cursos (majoritariamente os do curso de medicina), além de convidados atuantes nas áreas de assistência social, medicina, direito, ciências sociais e outros com experiência interdisciplinar em situações de violência. A partir do questionário, observou-se que os participantes puderam lidar melhor com a situação da violência na prática médica. Ao final da ação, 92,9% afirmaram conhecer os serviços disponíveis, todos consideraram o tema relevante e 71% classificou a discussão como ótima.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência infantil. Atenção primária. Educação médica.

34.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a abordagem do tema da violência como problema de saúde pública se tornou imprescindível, pois possui alto índice de morbimortalidade, interferindo na qualidade de vida do indivíduo, eleva os números de evasão escolar e faltas no trabalho, produz gastos para a saúde e pode causar desestruturação familiar e problemas sociais (MARTINS, 2017). Com isso, em 2001, o Ministro da saúde aprovou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Nesse documento, uma das soluções para o enfrentamento da violência consiste em investir em estratégias de promoção à saúde. Dessa forma, deve-se priorizar a atenção integral ao ser humano, de modo a evidenciar o valor do modelo de saúde biopsicossocial para que por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Atenção Primária à Saúde (APS) possa atuar na esfera comunitária por meio da grande influência e proximidade com a unidade familiar.

Com isso, os profissionais da saúde que trabalham na ESF têm corriqueiramente o contato com situações de violências. Assim, ressalta-se o papel basilar da atenção primária à saúde na identificação de sinais sugestivos de violência e situações de risco por ter um caráter longitudinal, importante para o acolhimento e assistência (PIRES, 2016). Contudo, é importante ressaltar que a ala de emergência e o ambiente ambulatorial, por vezes, são as regiões nas quais ocorre o primeiro contato com os pacientes vítimas de violência, tendo um papel crucial na notificação de casos. Pesquisas, porém, mostram que há um histórico de subnotificação dos casos de violência doméstica devido a traços culturais e mesmo pelo pouco preparo para lidar com tais situações resultantes de uma formação médica deficiente sobre a temática (DESLANDES, 2000).

Dessa forma, os profissionais de saúde em diversos contextos da sua prática podem ter contato com diferentes situações de violências. Nos casos de violência contra a mulher, não é raro que estas acobertem o agressor por este ser um ente próximo, como seu companheiro, marido ou pai (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Sendo que, muitas vezes, cabe ao médico, desconfiando de uma possível agressão, perguntar à paciente se houve violência. Já no caso de violência contra crianças e idosos, muitas vezes quando estes chegam até a emergência com marcas indicativas de violência, esses sinais são apenas fisicamente tratados, sem que haja uma notificação por parte da equipe médica sobre o

possível ato de violência aos órgãos competentes, para que sejam tomadas as medidas cabíveis (BARBOSA; PEGORARO, 2008).

Quando tratamos de violências que ocorrem no ambiente hospitalar, é recorrente e destacável a obstétrica. Ela está associada a fatores culturais como a crença de que a mulher está preparada para aguentar as dores do parto e também à própria discriminação por renda, raça/etnia e gênero (BISCEGLI, 2015). Tais preconceitos por vezes resultam em negligência na assistência, violência verbal e física (realização de procedimentos sem o consentimento da paciente, não utilização de analgésicos, entre outros) e também a realização de procedimentos desnecessários, considerando a literatura médica. Tais práticas por vezes expõem a gestante a potenciais riscos e sequelas não só físicas como também mentais (RODRIGUES et al., 2015).

Outrossim, ao analisarmos o contexto de atuação médica e a relação médico-paciente, devemos lembrar que as instituições de saúde estão intrinsecamente ligadas à sociedade e, graças a isso, necessitam enfrentar problemas que não se restringem apenas à clínica. Um problema frequente que transcende o contexto clínico seria a violência: apenas a violência física, no ano de 2014, resultou em cerca de 162.276 casos no contexto nacional, 1.457 casos no Rio Grande do Norte e, por fim, 147 em Mossoró (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Assim, destaca-se que a abordagem da violência não deve ser tida como um problema unicamente médico, necessitando assim de uma abordagem intersetorial e, conseqüentemente, interprofissional (BISCEGLI, 2015).

Com isso, a atividade realizada tem grande relevância ao expor aos estudantes de medicina o reconhecimento dos sinais de violência, mas também o correto manejo dessas situações por meio de uma metodologia ativa que propõe o debate e o aprendizado, sendo potencializada sua importância ao observarmos a falta de capacitação médica para lidar com as situações de violência em sua abrangência mais ampla (DESLANDES, 1999).

Além disso, a roda de conversa foi escolhida por ser um método que permite que os participantes possam expressar suas impressões e concepções acerca dos assuntos a serem abordados, o que permite que a discussão seja enriquecida não só pela participação das figuras de autoridade convidadas - os profissionais -, mas também pela experiência dos próprios participantes. Esse tipo de abordagem permite uma maior autonomia ao lidar com situações de violência. Para avaliar a efetividade da ação, usou-se um questionário do Google Forms, construído utilizando a escala de Likert com questões acerca do tema. Com

a ação, esperava-se que os participantes saíssem conhecendo informações acerca do funcionamento da rede local existente para lidar com situações de violência e que também, a partir da discussão, buscassem mais informações, para que já na graduação tivessem consciência da importância da atenção interprofissional à violência, visto que suscita uma reflexão pessoal à medida em que o indivíduo imprime a sua própria vivência na instância do conhecimento (COELHO, 2017).

Com isso, o objetivo principal deste trabalho foi promover a discussão sobre os diferentes tipos de casos de violência existentes na prática médica, bem como sobre as maneiras de intervir sobre esses eventos, à luz da experiência dos profissionais convidados. Para que, desse modo, houvesse um estímulo aos estudantes de aprofundarem os conhecimentos sobre os aspectos legais e éticos de conduta médica em casos de suspeita ou confirmação de violência.

34.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A ação ocorreu no dia 7 de maio de 2018 das 15:30 às 18:30, no auditório da Pró-Reitoria de Pós Graduação da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), tendo em sua seara uma miríade de profissionais, sendo eles a Prof^a Andrea Taborda, coordenadora do curso de Medicina da UFERSA e médica de família e comunidade; Rafaella Amorim, assistente social; Paula Alves, residente de ginecologia e obstetrícia, em Mossoró, pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN); Gilmara Macedo e Oona Caju, advogadas e professoras do curso de Direito da UFERSA; Lázaro Fabrício, sociólogo e professor do curso de Medicina da UFERSA; e Paulo Simonetti, pediatra, professor e chefe do Departamento de Ciências da Saúde da universidade.

Tendo um tom mais fluido e menos formal, a roda de conversa iniciou-se com a apresentação de alguns disparadores que aproximaram a plateia dos facilitadores da discussão. Procedeu-se, então, para uma explanação sobre os aparatos estatais disponíveis, em âmbito local, para o combate e manejo de casos de violência - sendo esses aparatos voltados, em sua maior parte, para casos de violência sexual e contra a mulher.

Dessa forma, a assistente social convidada, Rafaella Amorim, forneceu detalhes sobre a rede de atendimento de vítimas de violência doméstica mossoroense, centralizada em um Centro de Referência em Assistência Social (CREAS). Adiante, Paula Alves elucida

sobre o protocolo de emergência para casos de violência sexual em mulheres, crianças e adolescentes implantado pela residência de ginecologia e obstetrícia na Casa de Saúde Dix-Sept Rosado, que conta com atendimento multiprofissional, testes para ISTs e, caso necessário, encaminhamento para a realização de aborto legal na capital do estado, Natal.

A violência doméstica contra mulheres causa diversos efeitos, interferindo na auto-estima da mulher, além de ter que conviver com um medo constante que causa insegurança e instabilidade (VILELA, 2008). Diversas vezes, a vítima se sente culpada pela situação e não sabe por qual motivo está sofrendo agressões (geralmente praticadas por seu parceiro). O Código Civil brasileiro de 1916 considerava a mulher como responsabilidade de seu marido ou pai, apenas no Código de 2002 ele foi modificado, passando a afirmar que a mulher passou a ter as mesmas funções que os outros membros de sua família (VILELA, 2008).

Ao atender uma vítima de violência, deve-se adotar uma postura sem julgamentos, procurando tratar a pessoa com respeito e dando-lhe privacidade. Realizar a consulta médica (com anamnese e exame físico) e encaminhar para centro de referência municipal. O médico e a assistência social também podem orientar a vítima a procurar a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher. As vítimas também devem ser encaminhadas para atendimento psicológico.

Os casos de violência contra a criança, contra o idoso e contra o adolescente também foram abordados, sendo recorrentes na cidade, mas não foram identificados recursos municipais para seu manejo específico. Porém, esses casos também podem ser encaminhados para o CREAS. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069/1990 prevê a notificação obrigatória ao Conselho Tutelar local de casos confirmados ou suspeitos de maus-tratos, ou seja, os profissionais de saúde possuem obrigação prevista por lei, sem prejuízo legal (BRASIL, 1990). Entretanto, os profissionais de saúde ainda têm receio em notificar, muitas vezes temendo algum tipo de represália. Entre as consequências da violência contra crianças estão: cicatrizes, danos cerebrais, baixa auto-estima, problemas cognitivos, dificuldades de relacionamento social.

Foi destacada a importância das notificações de casos de violência ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), visando o registro do número exato destes casos e medidas efetivas dos gestores de saúde. A notificação de violência se tornou obrigatória pelo ECA; pela Lei nº 10.778/2003, que torna compulsória a notificação de

violência contra a mulher; e a Lei nº 10.741/2003, que regulamentou o Estatuto do Idoso (VELOSO et al., 2013).

Os alunos que participaram da ação puderam expor seus questionamentos e dúvidas aos presentes, tendo a possibilidade de discutir como atuaria caso vivenciasse, em sua prática médica futura, um caso de suspeita de violência. Os profissionais de saúde presentes puderam expor sua experiência profissional, possibilitando aos estudantes obter diversos pontos de vista, auxiliando a formação de sua opinião acerca do assunto. Ao final da discussão, os participantes identificaram a demanda para mais ações que abordem o tema, especialmente considerando a necessidade de que se discuta sobre os tipos de violência menos aprofundados na ação.

34.3 DISCUSSÃO

Na análise dos questionários aplicados, separou-se uma amostra de 14 pessoas. Pela dinamicidade do evento, bem como pela chegada e saída dos participantes em horários variados, não foi possível que todos respondessem aos dois questionários. Dessa forma, para a composição dos resultados, foi analisada a porção dos participantes que respondeu a ambos os questionários - pré e pós ação - embora a participação total tenha sido de 30 pessoas. Essas respostas serão utilizadas para que sejam comparados os conhecimentos e opinião geral dos participantes antes e depois da ação, de forma que o impacto do evento seja avaliado.

O público, constituído, essencialmente, de acadêmicos - provenientes, principalmente, das universidades da cidade de Mossoró, como UERN, Universidade Potiguar (UNP) e UFRSA - mostrou-se não só interessado no tema, como também fizeram muitos questionamentos e tiraram dúvidas acerca dele.

Conforme os objetivos estabelecidos previamente, o evento pôde promover com sucesso a discussão do tema sob a óptica interprofissional. Tal fato se torna evidente com a análise dos questionários pré e pós ação: um exemplo seria quanto ao curso dos graduandos que compareceram ao evento, que não se restringiu a graduandos da área da saúde (fator inesperado segundo o questionário pré-ação), contando com uma participação de profissionais das áreas humanas (10% do público presente), sendo que todos os participantes, independente do curso, classificaram o tema abordado como bom ou ótimo.

Além disso, um dos dados fundamentais para ilustrar o resultado da ação é o aumento da resposta afirmativa dos participantes, de 28,57% antes da ação para 92,9% após seu término, quando questionados sobre o conhecimento da existência de mecanismos institucionais para a abordagem de situações de violência. Por fim, o evento foi avaliado como bom por 30% do público e como ótimo por 63,3% do público presente, totalizando um grande número de respostas positivas em relação à avaliação geral.

Ao serem questionados se apenas o médico tem responsabilidade em relação à vítima de violência, todos os participantes afirmaram que discordam plenamente (antes da ação, 92% afirmaram o mesmo). Isso demonstra percepção da importância de uma equipe interdisciplinar para auxiliar vítimas de violência.

Todos concordaram plenamente que o médico deve intervir em situações de violência em conjunto com uma equipe interdisciplinar. Cerca de 92% dos participantes, antes e após a ação, concordam plenamente que a comunidade deve auxiliar a equipe multidisciplinar da UBS e denunciar casos de violência na área da Unidade.

Ao fornecerem feedback sobre a ação, todos concordaram plenamente que ações educativas (para a comunidade e profissionais) sobre o atendimento de pessoas vítimas de violência é importante. Cerca de 50% dos participantes concordaram parcialmente que compreenderam os fluxos e dificuldades da rede local para o atendimento das pessoas vítimas de violência, 42,9% concordaram plenamente e 7,1% não concordam nem discordam. Todos consideraram o tema abordado como ótimo. Cerca de 71% dos participantes consideraram a discussão como ótima e 28,6% como boa. Em relação à estrutura do evento, 64,3% a considerou como ótima, 28,6% consideraram boa e 7,1% consideraram regular. No geral, 64,3% consideram o evento como ótimo e 35,7% como bom.

34.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Projetos de extensão são métodos que podem melhorar o acesso à essas informações por pessoas da graduação, possibilitando o aprendizado de demandas e problemas existentes no seu contexto social (MARTINS, 2017). Portanto, ao suscitar discussões como essa, demonstrando exemplos e vivências de profissionais que lidam com esse tipo de problemática no seu cotidiano, é possível facilitar a abordagem da violência na

prática médica dos graduandos, já que estes terão uma visão mais ampla, podendo observar essas questões através de diferentes óticas. Esse olhar facilitará a atuação dos graduandos em sua futura prática médica.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P. Z.; PEGORARO, R. F. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 77-89, set. 2008.

BISCEGLI, Terezinha Soares et al. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 1, n. 9, p. 18-25, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e de outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Notificação de Agravos – SINAN/SUS**. Brasília: SUS, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2Vkz5Ts>. Acesso em: 23. jul. 2018.

COELHO, D. M. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. *In*: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 14., 2007, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan. 2000.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. 2000. 236 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MARTINS, D. C. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Caderno de Graduação, Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, v. 4, n. 2, p. 154, out. 2017.

PIRES, S. S. et al. **A importância da atenção primária no acompanhamento dos casos de violência doméstica**: relato de experiência da gestão de processo de trabalho na AP 3.1. Rio de Janeiro: [s.n.], 2016. p. 1-7.

RODRIGUES, D. P. et al. A Violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. **Revol: Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 5, n. 9, p. 8461-8457, jun. 2015.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1271, 2013.

VILELA, L. F. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

35 Discutindo a reforma psiquiátrica à luz do documentário “o holocausto brasileiro” seguido de uma discussão em mesa redonda

José Ilton Silva Júnior

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Luciana Carla Freitas Rodrigues

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Myrella Lorena Almeida Pereira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Luzia Carla de Souza Soriano

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Débora Maria Marques Bezerra

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Lázaro Fabrício de França Souza

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

O Medicine emerge enquanto uma ferramenta de aprendizagem ativa e que permite discussão de temas que exigem fluidez, tal qual uma visão psiquiátrica outrora propagada no Brasil que não condiz com os direitos humanos e clama pela necessidade de uma reforma psiquiátrica que tem ocorrido de forma gradual. Após o disparador “O Holocausto Brasileiro” foi conduzido uma discussão com um sociólogo e um médico psiquiátrico, aberto à participação dos discentes presentes. Antes e após o encontro, foi solicitado que os discentes respondessem via formulário docs perguntas condizentes com o tema, com a importância do tema e com a ação. Esta contou com a presença de discentes de diferentes áreas além da Medicina, como a Psicologia e o Direito, e 6 discentes responderam o formulário antes e 6 depois, nessa perspectiva, o tema mostrou-se ser pouco difundido na sociedade e a ação pareceu ser capaz de induzir reflexão e uma visão holística do tema. É crucial suscitar discussões acerca de aspectos históricos da saúde mental, principalmente no que tange os divergimos de sua prática aos direitos humanos e o almejo em culminar a um olhar especial, inclusivo e integral aos pacientes que estão inseridos no contexto da psiquiatria.

Palavras-chave: Educação Médica; Cinema como assunto.

35.1 INTRODUÇÃO

O *Medicine: Holocausto Brasileiro* iniciou-se com o intuito de propagar uma discussão integral acerca da reforma psiquiátrica a nível nacional e local. O documentário retrata a história do Hospital Colônia de Barbacena, administrado pelo estado de Minas Gerais, e que foi palco de milhares de mortes e maus tratos sofridos pelos pacientes da instituição. A exibição foi realizada na Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), campus de Mossoró, onde existe uma carência de um sistema de matriciamento que arquitete, a um nível satisfatório, uma rede integral e dinâmica que permita aos pacientes fluírem de maneira adequada pelos diferentes níveis de atenção. Ademais, vivenciou-se um cenário de abuso de autoridade, em que os profissionais de saúde, assim como mostrado no filme, usam-se de métodos não-convencionais de forma punitiva.

A saúde mental no contexto brasileiro sempre esteve envolta de uma atitude de negação. Todas as pessoas que de alguma forma não se encaixavam nos padrões normativos da sociedade acabavam tendo como destino o isolamento extremo e agressões, também como um meio de acalmar revoltas dos próprios pacientes que, logicamente, eram contra essa situação. Curiosamente, muitas vezes esse confinamento nos chamados “hospitais psiquiátricos” era influenciado pela incapacidade do próprio núcleo familiar em lidar com atitudes que divergiam daquelas aceitas e apreciadas de forma geral ou até simplesmente descartar um membro que passou a ser indesejado na dinâmica familiar (PEREIRA; COSTA ROSA, 2012).

A falta de uma legislação e de normas justificou que a maioria das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no século XX não tivessem doenças graves ligadas a distúrbios psíquicos, sendo esses locais apenas depósitos inadequados de pessoas que não tinham conhecimento, autonomia ou até condições de provar que estavam sãos (PEREIRA; COSTA ROSA, 2012).

O ato de expor essa realidade surreal e cruel que eram esses hospitais psiquiátricos, despertou nos próprios profissionais um movimento que deu início ao que se chamou de reforma psiquiátrica, que tentou mudar a forma agressiva como eram tratadas essas pessoas, restringindo o uso comum de eletrochoques, agressões, fome e abandono aos quais estavam expostas. A luta antimanicomial, fortemente propagada na reforma

psiquiátrica, é uma das formas de luta contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença.

O desafio da reforma não estava limitado a busca por um novo modelo de assistência, pois o maior desafio é promover a desconstrução do estigma e do estereótipo associado à loucura e ao doente mental. O debate da saúde mental ultrapassa o conhecimento biomédico e se insere nas discussões de cidadania, defendendo a dignidade e os direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais (BELMONTE, 1996).

Apenas em 2001 houve uma política formal em prol de garantir direitos mínimos de qualidade de atendimento que essa população necessita. Trazendo direitos e tratamentos mais integrativos, longitudinais e realmente buscando ajudá-los de forma digna, apesar das dificuldades financeiras e organizacionais da rede de saúde mental. Foram criados, pelo Ministério da Saúde, financiamento específicos para os serviços abertos e que substituíssem o hospital psiquiátrico, como também mecanismos novos de fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos do país. Todas essas medidas buscam proporcionar uma assistência mais comunitária para os pacientes portadores de transtornos mentais, evitando o isolamento e o estigma (PEREIRA; COSTA ROSA, 2012).

A maioria dos novos profissionais da rede de saúde brasileira é formada por jovens que não viveram o processo de reforma psiquiátrica, por isso, é um grande desafio formar recursos humanos conscientes da importância da luta antimanicomial e que continuem a defender o movimento, mantendo o processo de transformação constante (BELMONTE, 1996).

Esta exibição do *Medicine* buscou despertar nos estudantes um conhecimento histórico e uma noção crítica utilizando-se o documentário “Holocausto Brasileiro”, dirigido por Daniela Arbex, como disparador para a discussão em forma de mesa redonda, realizada após a exibição do filme e trazendo um contexto mais regional e atual em relação à questão da saúde mental e da situação rede de atendimento psiquiátrica da cidade de Mossoró - RN.

35.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Após o disparador utilizando-se do documentário “Holocausto Brasileiro”, uma mesa composta por um médico psiquiatra e um sociólogo conduziu uma discussão junto

aos participantes sobre o histórico da saúde mental do Brasil, desde a época de tratamentos desumanos e da conduta punitiva e restritiva de liberdade, até a atualidade, que, mesmo após a reforma psiquiátrica, ainda passa por dificuldades em atender, de forma integral, o paciente psiquiátrico. A ação teve uma discussão à luz de conceitos de filósofos como Michel Foucault e Marilena Chauí, permeando desde aspectos segregacionistas, em que se traça um paralelo com as ações Espartanas com os deficientes, até a questão das famílias que isolaram seus familiares em hospícios quando estes apresentavam qualquer quadro que dissocie-se de um comportamento comum almejado.

Segundo Bezerra Jr. (2007), a formação de profissionais preparados para continuar com os ideais da reforma psiquiátrica deve ser permeada por interdisciplinaridade, intersetorialidade, associação entre características clínicas e políticas da atenção à saúde, e junção de estratégias de cuidado e de responsabilização do sujeito. A dignidade da pessoa e os direitos humanos também são fatores cruciais.

Durante a discussão foram levantados alguns conceitos como a polarização do brasileiro, que consegue segregar tudo aquilo que difere de si próprio, o que pode ser visto no filme, a partir do momento em que os pacientes psiquiátricos são excluídos da sociedade e colocados em compartimentos especiais, reservados a eles e suprimidos de qualquer contato com a sociedade que outrora os permeou.

O psiquiatra Paulo Freire procurou trazer que a eletroconvulsoterapia modificada ainda é uma ferramenta passível de utilização (AL-HARBI; QURESHI, 2012), a depender do caso, e que não deve ser excluída ou rejeitada a luz do passado, contudo deve-se traçar uma utilização crítica e embasada da mesma, a partir de artigos científicos e guidelines, sem utilizá-la em caráter punitivo, e sim como uma terapia que vise a contribuir na reabilitação do paciente.

No que tange essa perspectiva o sociólogo Lázaro Ramos trouxe ainda o caso de Damião Ximenes Lopes, encontrado em situação deplorável pela mãe, durante uma visita ao hospital, a mãe e o médico deixaram o hospital, duas horas antes de Damião morrer. A necropsia mais tarde revelou escoriações e marcas no paciente, sem uma maior ação a nível nacional, o caso contou com a Corte Interamericana de Direitos Humanos (ROSATO; CORREIA, 2011), um marco crucial para o posterior desenrolar da reforma psiquiátrica no Brasil.

Nesse ponto fomos agraciados com a explicação de uma estudante de Direito que se fazia presente na ocasião e nos contemplou com sua experiência acerca de um estudo que estava sendo conduzido no curso sobre o caso em questão. A conjuntura que culminou das experiências e visões levou a um sentido comum de perplexidade e reflexão diante aos acontecimentos recentes que se sucederam em diversos hospitais psiquiátricos em todo o País.

Ademais, a necessidade de um matriciamento no sistema de saúde foi levantada ao ponto em que uma das participantes relatou que, devido ao estágio na Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), esteve em um maior contato com o Hospital Municipal São Camilo De Lellis, em Mossoró, o qual é carente de uma visão mais holística do paciente, vendo os outros problemas de saúde além da saúde mental (que é o foco do hospital). Esse problema se dá, em parte, pela visão superficial de alguns profissionais, como também pela falta de recursos do hospital, que não permite a realização de todas as intervenções e exames que o paciente necessita, e muitas vezes é precisa encaminhá-lo para outros locais da rede de saúde municipal.

A situação se repete em serviços de diferentes níveis de atenção como o Hospital Regional Tarcísio Maia, em que o paciente em crise psiquiátrica não é atendido e referenciado de volta ao São Camilo. O fluxo dos pacientes fica comprometido e aqueles com quadros psiquiátricos associados a outra comorbidade ficam à mercê da sorte em uma cidade que carece da ferramenta.

35.3 RESULTADOS

Para aferir a perspectiva dos alunos acerca das ferramentas utilizadas fez-se uso de questionários na plataforma Google Forms, aplicados antes e após exibição. Participaram da ação 8 estudantes de Medicina, 1 de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Campus Santa Cruz e 1 de Serviço Social da UERN. A ação conduziu uma visão interdisciplinar à medida que estudantes inseridos em diferentes cenários participavam ativamente de uma discussão, o que foi estimulado pelo contraste do Psiquiatra e do Sociólogo que compunham a mesa, levando pontos diferentes de um tema em comum.

Obteve-se 6 respostas antes e 6 depois da ação. 33% dos participantes nunca tinham tido contato com o tema “Reforma psiquiátrica” e 50% o tiveram apenas poucas vezes, o que reitera a necessidade de ações com a temática, muitas vezes, negligenciadas e que apresentam um papel de destaque no currículo de diversas universidades da área da saúde em todo o País.

Entre os fatores apontados como obstáculos ao diagnóstico de quadros psiquiátricos, foram ainda apontados “A falta de um olhar integrado” pelo participante 1, que reflete um papel voltado não só a doença pelo médico, mas também à saúde de forma complexa e em completo bem-estar. Corroborado por respostas dos participantes 3, 4 que afirmam encontrar relação, respectivamente, com: “condição do paciente (se ele está bem física e mentalmente; ou se a doença está descompensada)”; e “fatores econômicos e sociais”. Os depoimentos convergem a um ponto em que culmina o entendimento de um processo saúde-doença diferente entre os indivíduos aos quais a doença está associada e necessário a uma conduta terapêutica mais humanística e adequada em diferentes cenários.

Uma visão mais holística parece ser alcançada à medida que se observa algumas pontuações no formulário como a do Participante 1, estudante de Medicina, que afirma que a ação “reforça a verdade de que cada paciente é um ser humano e não uma doença, devendo ser tratado com respeito e integralidade”.

Metade dos participantes da ação discutiram pouco a questão da reforma psiquiátrica em sua formação na graduação e cerca de um terço nunca tiveram a oportunidade de discutir sobre o assunto. Os participantes consideraram como pontos fortes da ação a escolha da exibição (50%), 33,3% consideraram o tema discutido e 16,7% a discussão após o filme.

Segundo Pereira e Costa-Rosa (2012), o modo como o cuidado é realizado, é intimamente relacionado com as relações políticas, econômicas e organizacionais da sociedade em questão. Isso se reflete nas opiniões explicitadas no questionário, como nas afirmações de que “O Estado foi o principal responsável [...] ao institucionalizar o modelo (nenhum dos "tratamentos" era ilegal), e indireta ao ser condescendente com práticas de corrupção (venda de cadáveres e trabalho escravo por ex.)”.

35.4 CONCLUSÕES

A ação fez-se, então, crucial, em um momento não distante de ações mostradas no filme e que se repetem de forma oclusa em nossa sociedade, por meio de olhares e sanções sociais. Estimula-se que os estudantes tenham uma visão que os permitam compreender e modificar em microambientes aos quais se fazem presentes o tratamento de pessoas que se relacionam com a área psiquiátrica.

É necessário estimular cada vez mais uma atitude crítica e atuante para que cada profissional de saúde possa, após conhecer toda as dificuldades históricas intervir e ter um olhar mais diferenciado para a pessoa que possui um acometimento mental, buscando enxergar além disso um ser humano que precisa de condições básica de cuidado e atenção para que possa se recuperar, não sofrer mais preconceitos e ter uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AL-HARBI, K. S.; QURESHI, N. A. Neuromodulation therapies and treatment-resistant depression. **Medical devices** (Auckland, NZ), v. 5, p. 53, 2012.

BELMONTE, P. R. A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. *In*: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <https://bit.ly/3cyonhN>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BEZARRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 243-250, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2wSNaOE>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: <https://bit.ly/3ezDoSj>. Acesso em: 29 jul. 2018.

PEREIRA, É. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde da Sociedade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1035-1043, 26 maio 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3ezmrre>. Acesso em: 25 jul. 2018.

ROSATO, C. M.; CORREIA, L. C. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. **SUR-Revista internacional de Direitos Humanos**, v. 8, n. 15, p. 93-113, 2011.

36 Construção de fluxograma para suporte à classificação dos tecidos fundamentais: relato de experiência de monitoria em histologia humana

Tereza Brenda Clementino de Freitas

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Flávio Santos da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A complexidade inerente à interpretação de lâminas histológicas e as novas diretrizes curriculares na educação médica suscitam a adoção de novos métodos que possibilitem a participação ativa do discente em seu processo de aprendizagem. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de construção de um fluxograma de suporte à classificação dos tecidos fundamentais e sua aplicação em uma turma do primeiro período do curso de Medicina-UFERSA. **METODOLOGIA:** A estratégia proposta se baseia na teoria da aprendizagem cognitiva, que enfatiza a importância da representação visual do processo cognitivo. O fluxograma foi desenvolvido durante o andamento do semestre letivo, com base em critérios de classificação presentes na literatura de histologia. A aplicação do fluxograma ocorreu durante uma sessão de monitoria com supervisão do professor orientador. Foram apresentadas 20 imagens histológicas contendo estruturas ou regiões teciduais indicadas por setas. Aos 25 alunos presentes, foram entregues uma cópia impressa do fluxograma e uma folha de respostas, além da tarefa de classificar os tecidos indicados nas imagens, com tempo limite de 90 a 150 segundos por imagem. **RESULTADOS:** As avaliações dos estudantes sobre o uso do fluxograma foram positivas, visto que, em geral, propiciou alcançar a classificação correta por meio do exame criterioso das imagens, indo além da memorização de estruturas e nomes. Observou-se, ainda, que o uso pleno do fluxograma dependia do nível de instrução prévia do aluno. **CONCLUSÕES:** O uso do fluxograma foi essencial por auxiliar os alunos na elaboração do raciocínio sistemático via externalização do processo cognitivo, dando significado ao estudo prático em histologia.

Palavras-chave: Educação médica. Microscopia. Morfologia. Tomada de Decisão.

36.1 INTRODUÇÃO

A histologia humana (ou microanatomia) compreende o estudo dos tecidos fundamentais e sua organização nos órgãos e sistemas corporais. É um componente curricular essencial do ciclo básico na graduação em Medicina, período no qual são desvendados aspectos morfofisiológicos do organismo hígido, antes de relacioná-lo às questões clínicas e patológicas. Assim, juntamente às demais ciências básicas, é responsável pela formação do alicerce do saber médico.

Tradicionalmente, os alunos estudam histologia a partir de aulas expositivas, livros e lâminas histológicas, ou fotomicrografias destas. Pelo menos metade do tempo dedicado em histologia consiste em aprender a reconhecer tais estruturas visualmente (CROWLEY et al., 2003).

Segundo Pani, Chariker e Fell (2005), a identificação de estruturas histológicas ao microscópio é uma tarefa complexa e, em certo grau, dependente de diferenças individuais visuocognitivas. O processamento da informação visual, necessário para a interpretação de uma lâmina histológica, envolve habilidades como atenção, memória visual, e reconhecimento de padrões (CAVANAGH et al., 2011). Embora haja padrões, as lâminas utilizadas para estudo exibem variações diversas, seja na coloração, na forma ou no plano de secção dos componentes celulares e extracelulares. Nesses casos, para além da memorização, faz-se necessário o uso do raciocínio sistemático para a correta identificação e classificação das estruturas (PANI; CHARIKER; FELL, 2005).

Considerando as dificuldades encontradas pelos alunos ao serem introduzidos à microscopia, bem como as recentes reformas curriculares nas escolas médicas em todo o mundo, novas estratégias para o ensino da histologia humana têm sido buscadas. Essas estratégias devem prezar pelo estímulo à aprendizagem significativa, resolução de problemas e ao estudo ativo dos alunos (ORDI et al., 2015). Diante disso, professores e monitores do curso de Medicina da UFERSA têm procurado desenvolver ferramentas que motivem o auto-aprendizado nas ciências básicas pelos alunos, tendo se destacado a elaboração de fluxogramas.

Fluxogramas podem ser entendidos como gráficos de processos e são frequentemente usados no auxílio à tomada de decisões médicas (MEDEIROS et al., 2014;

SOARES et al., 2013). Enquanto instrumento de representação do processo cognitivo, o fluxograma pode dar suporte à sistematização do pensamento e facilitar a resolução de tarefas complexas (WU et al., 2014). Apesar disso, não existem relatos sobre a experiência de adoção de fluxogramas no ensino da histologia humana e seu papel na aprendizagem dos estudantes.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho foi apresentar a experiência de construção de um fluxograma de suporte à classificação dos tecidos fundamentais e de sua aplicação junto a uma turma do primeiro período de um curso de Medicina.

36.2 METODOLOGIA

O fluxograma de apoio à classificação dos tecidos fundamentais (figura 1) foi idealizado, desenvolvido e aplicado por ensejo do programa de monitoria do módulo Bases Morfofisiofarmacológicas I do curso de Medicina da UFERSA, ao longo do primeiro semestre letivo do ano de 2018.

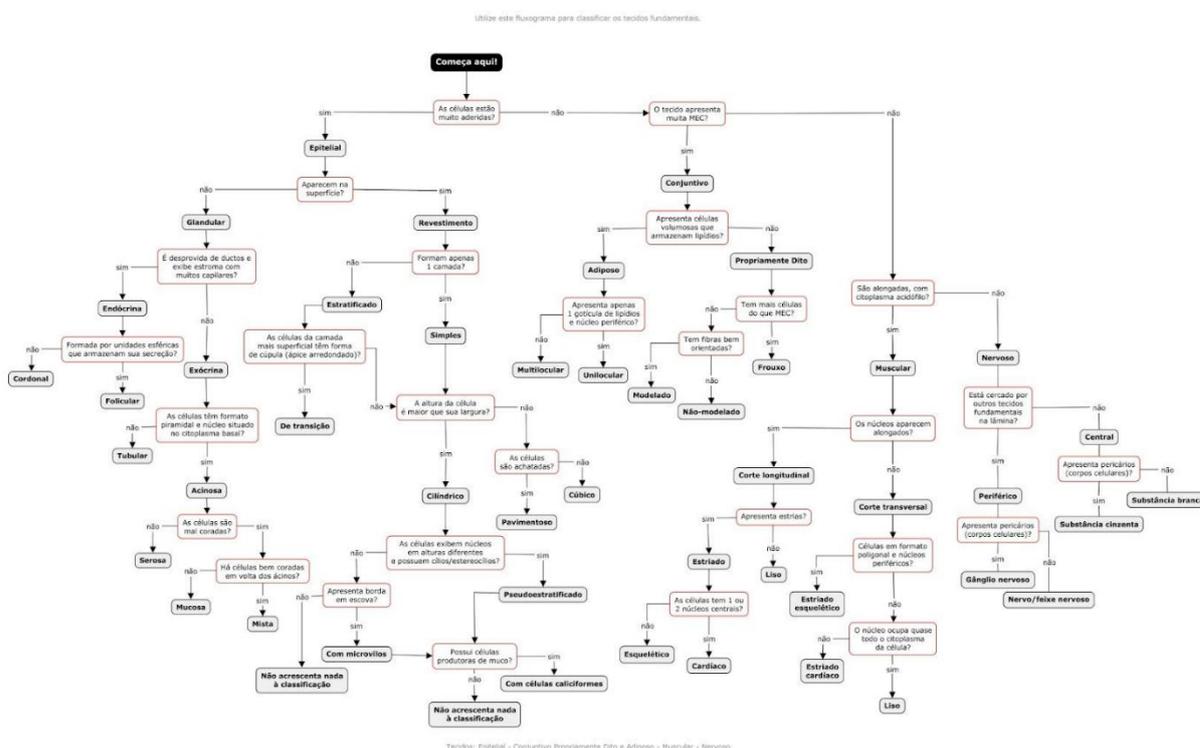
Inicialmente, foram eleitos critérios para a classificação dos tecidos abordados no período letivo em curso (epitelial, conjuntivo propriamente dito e adiposo, muscular e nervoso), de acordo com a literatura em histologia básica. Esses critérios foram então arranjados graficamente, de maneira hierárquica, e transformados em perguntas, para cada uma das quais foram criadas duas ramificações contendo classificações histológicas mutuamente exclusivas. O modelo de fluxograma possibilita decompor um processo de aprendizagem complexo, que é a classificação histológica, em um conjunto de tarefas sucessivas, contribuindo com a elaboração do raciocínio histológico (WU et al., 2014).

O instrumento proposto alinha-se com a teoria da aprendizagem cognitiva (COLLINS; BROWN; HOLUM, 1991) e suas estratégias (modelagem, tutoria, suporte, articulação, reflexão, exploração e sequência), a qual se baseia na experiência guiada até o aprendiz e enfatiza que os processos cognitivos devem estar visíveis ao estudante, permitindo-o compreender, fundamentar, organizar e refletir enquanto participa ativamente na resolução da tarefa ou problema.

O fluxograma foi apresentado a uma turma de 25 estudantes do primeiro período do curso de medicina da UFERSA (campus Mossoró) sob a supervisão do professor

orientador durante uma sessão de monitoria. Na ocasião, foram utilizadas 20 imagens histológicas digitalizadas, as quais continham estruturas ou regiões teciduais indicadas por setas como elementos disparadores da tarefa. As imagens foram projetadas, uma por vez, para toda a turma e para cada aluno foram entregues uma cópia impressa do fluxograma e uma folha de respostas. O tempo disponibilizado para visualização de cada imagem e utilização do material foi de 90 a 150 segundos, dentro do qual os alunos tiveram de escrever a classificação dos tecidos nos locais indicados na folha de respostas.

Figura 1 – Fluxograma de apoio à classificação de tecidos fundamentais. As caixas de contorno vermelho contêm as perguntas-critério. Os ramos (sim ou não) direcionam a classificações mutuamente exclusivas, destacadas em negro. MEC, matriz extracelular



Fonte: Dados da pesquisa.

36.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No fluxograma proposto (figura 1), a pergunta inicial era critério para a decisão entre tecido epitelial ou outro tecido por meio da abordagem sobre o nível de adesão celular apresentada na imagem histológica. A partir disso, foram inseridas ramificações para os subtipos de tecido epitelial. Outras perguntas-critério originaram outros ramos que

conduziam às demais variedades teciduais e seus subtipos. As perguntas-critério do fluxograma abordaram aspectos como localização do tecido em relação ao meio externo e a outros tecidos, grau de aderência entre as células e sua organização, formato, coloração e posição das células e núcleos, orientação da matriz extracelular (MEC), além da presença de estruturas específicas (estriações transversais, pericários, especializações de membrana e células caliciformes). Cada uma dessas características foi incluída visando induzir o aluno a refletir e tomar uma decisão para então avançar pelo fluxograma, até que se alcançasse a classificação final do tecido.

No momento da aplicação do fluxograma, os estudantes presentes na sessão de monitoria foram orientados a fazer o uso do instrumento para classificar as imagens apresentadas, referentes aos temas abordados no semestre letivo. Durante o transcurso da atividade não foram permitidas conversas entre os colegas ou consultas a outros materiais, restringindo o êxito na tarefa ao uso do fluxograma e aos conhecimentos prévios do aluno.

Ao final da atividade, foi realizado um momento de *feedback* acerca das imagens, permitindo aos discentes a retirada de dúvidas e a realização de comentários sobre as facilidades e dificuldades percebidas. Uma das facilidades relatadas foi a presença do fluxograma como fonte de consulta, uma vez que ele possibilitou atingir a classificação tecidual completa de forma lógica e abordava características dos tecidos que vão além do reconhecimento visual, incentivando a análise minuciosa da imagem.

Contudo, alguns critérios de classificação adotados com base na literatura não eram suficientemente claros para todos os alunos em relação a certos tecidos. Por exemplo, o tipo epitelial pseudoestratificado, que é classificado como simples, foi considerado como tendo mais que uma camada de células por alguns alunos. Adicionalmente, parte dos alunos expressaram a preferência em utilizar a forma e a posição dos núcleos como critério de classificação entre os tipos de tecido muscular, em vez da presença de estrias transversais, como foi adotado no fluxograma.

Uma vez que inclui termos e conceitos específicos da histologia, observou-se que o uso do fluxograma requer um nível mínimo de domínio na área para que possa ser plenamente eficaz e proveitoso para o estudante, de modo a prevenir erros de interpretação. Ocasionalmente, também foi possível verificar que o estudante, fazendo uso de seu conhecimento prévio, percebia que deveria retroceder na sequência de decisões

tomadas, reconsiderando certas perguntas-critério, a fim de retomar o caminho em direção à classificação tecidual correta.

Tais sugestões e impressões foram consideradas importantes, pois demonstram que o instrumento propiciou o pensamento crítico-reflexivo dos estudantes, algo que vai muito além da memorização de estruturas e nomes. Vale ressaltar que a construção do fluxograma não visou substituir outros meios de aquisição do conhecimento em histologia humana (ex., via aula, leitura e pesquisa), mas facilitar a compreensão e organizá-la de modo sistemático por meio de vias lógicas, intuitivas e específicas para cada classificação histológica abordada.

36.4 CONCLUSÃO

A experiência no programa de monitoria, em que existe maior proximidade com os estudantes assistidos e o corpo docente, sob um olhar mais técnico, possibilita uma melhor percepção das principais dificuldades dos alunos em seu estudo. No caso da histologia humana, foi possível constatar que o monitor, enquanto iniciante na docência, tem uma excelente oportunidade de participar na elaboração de metodologias que visem a facilitação da aprendizagem.

Nesse sentido, a construção do fluxograma para apoio à classificação dos tecidos fundamentais estimulou o estudante na elaboração do seu raciocínio sistemático por meio da externalização visual do processo cognitivo de forma intuitiva e simples, tornando o estudo prático mais independente e significativo.

Uma vez que auxilia na estruturação do pensamento, o modelo de fluxograma aqui exposto também pode ser aplicado em outras áreas relativas à educação médica e à medicina em geral. Por exemplo, no subsídio à prescrição medicamentosa, na definição de diagnósticos e prognósticos, dentre outras atividades que demandem raciocínio lógico e consistente para a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

CAVANAGH, P. et al. Visual cognition. **Vision Res.** v. 51, n. 13, p. 1538-1551, 2011.
Disponível em: <https://bit.ly/3bgiWE6>. Acesso em: 23. jul. 2018.

COLLINS, A.; BROWN, J. S.; HOLUM, A. Cognitive apprenticeship: making thinking visible. **Am Educat.** v. 15, n. 3, p. 6-11, 38-46, 1991.

CROWLEY, R. S. et al. Development of visual diagnostic expertise in pathology: an information-processing study. **J. Am. Med. Inform. Assoc.**, v. 10, n. 1, p. 39-51, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2VDbe0m>. Acesso em: 23. jul. 2018.

MEDEIROS, A. R. C. et al. Decision support model applied to the recognition of non-adherent individuals to antihypertensive therapy. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 104-108, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2RMd6ma>. Acesso em: 23. jul. 2018.

ORDI, O. et al. Virtual microscopy in the undergraduate teaching of pathology. **J. Pathol. Inform.**, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/34OhXsA>. Acesso em: 23. jul. 2018.

PANI, J. R.; CHARIKER, J. H.; FELL, R. D. Visual cognition in microscopy. *In*: BARA, B. G.; BARSALOU, L.; BUCCIARELLI, M. (Ed.). **ANNU. CONF. COGN. SCI. SOC.** 27., 2005, [S.l.]. **Proceeding** [...]. [S.l.:s.n.], 2005. p. 1702-1707.

SOARES, R. A. S. et al. Modelo de suporte à decisão para a gravidade de ferimentos das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo SAMU 192. **Rev. Saúde.com.** v. 9, n. 2, p. 2-16, 2013.

WU, B. et al. Improving the learning of clinical reasoning through computer-based cognitive representation. **Med. Educ. Online.** v. 19, n. 1, p. 25940-7, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3bmbSpF>. Acesso em: 23. jul. 2018.

37 Projeto “amarmentar”: uma estratégia de educação médica e de extensão universitária em prol da saúde pública

Letícia Sousa Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Thiago Felipe Dantas Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Marina Thayná Pessoa de Souza Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Élida Falcão de Castro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Letícia Morais de Andrade

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Devani Ferreira Pires

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

Considerado, segundo a Organização Mundial de Saúde, a mais eficaz estratégia de redução da morbimortalidade infantil e materna, o aleitamento materno configura-se como uma questão bastante relevante para a saúde pública, visto que os seus múltiplos benefícios são evidenciados tanto para o bebê - provendo-o de suas necessidades nutricionais, imunológicas e neuropsicomotoras - quanto à mãe, reduzindo as chances de desenvolver câncer de mama e de ovário. Dentro do contexto da educação médica, por sua vez, seu nível de impacto biopsicossocial no binômio mãe-bebê está intimamente relacionado à qualificação adquirida pelos estudantes e profissionais de saúde. Assim, o Projeto de extensão “AMARmentar” surge com o objetivo de capacitar os acadêmicos de Medicina frente à compreensão holística do processo da lactação, abordando assuntos como anatomia da mama, fisiologia da amamentação, composição do leite materno e técnicas que otimizam a retirada do leite, como a pega correta e a ordenha manual. Além disso, visa informar à população a importância de se trabalhar em conjunto para o incentivo, apoio, proteção e promoção da amamentação. Para tanto, são realizadas capacitações expositivas ministradas por profissionais especialistas no tema, nas quais os participantes são avaliados por meio de um pré e pós-teste referente às informações apresentadas. Ao final, há uma intervenção prática em uma maternidade. Dessa forma, dado a significância da temática e pautado no respeito a um momento tão delicado na vida de uma mulher, o Projeto atua naturalizando o assunto do aleitamento materno na realidade de estudantes, profissionais e da comunidade como um todo.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Estudantes de Medicina. Maternidades.

37.1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno configura-se como um ato instintivo, primordial e essencial ao desenvolvimento infantil. Amamentar traz inúmeros benefícios ao binômio mãe-bebê: é fonte essencial e indispensável de nutrientes e garante um aporte ao sistema imune do recém-nascido, evitando o surgimento de doenças como obesidade, diabetes mellitus e síndrome da morte súbita na infância, sendo a maneira mais eficaz de atenuar a mortalidade infantil até os 5 anos de idade (THE LANCET, 2016); previne câncer de mama nas lactantes - 4,3% a cada 12 meses de aleitamento (THE LANCET, 2002); auxilia na formação do vínculo entre a mãe e o bebê (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007). Por esses e muitos outros motivos a amamentação constitui-se um tema relevante para a saúde pública, e, conseqüentemente, para a formação médica generalista.

Apesar da ciência geral dos fatores citados, nem sempre o tema do aleitamento materno é debatido de forma eficaz nas escolas médicas. Além disso, é notório o despreparo dos estudantes de Medicina quando o assunto é amamentação. Em muitas escolas o tema é visto quase sempre dentro da disciplina de Pediatria e raramente é incluído dentro da Saúde Pública (Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS, 2003). Dessa forma, é preciso investir na capacitação dos estudantes frente às demandas tão importantes e frequentes no cotidiano como o aleitamento materno, a fim de que se consolide uma boa rede de apoio a gestantes e puérperas que pretendem amamentar seus filhos.

A fim de atender a tais demandas, o projeto AMARmentar, coordenado por integrantes do comitê local da *IFMSA Brazil (The International Federation of Medical Students Associations)*, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), surge com uma proposta de capacitar alunos sobre benefícios do aleitamento materno, pega correta, técnicas adequadas e ordenha manual; e, conseqüentemente, conscientizar e instruir gestantes e puérperas em maternidades públicas da Grande Natal, capital do estado, inserindo o tema do aleitamento de forma sólida desde o início da formação.

37.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ao se pensar em educação médica e em saúde pública, o Projeto de extensão AMARmentar possui duas vertentes que abrangem essas duas áreas imprescindíveis para os futuros médicos. O primeiro momento foi centrado em capacitações dos estudantes de Medicina, sendo ministradas pela coordenadora docente do projeto e pediatra Devani Ferreira Pires (Médica da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN), assim como por pediatras convidados da Maternidade Januário Cicco - Natal/RN. O segundo momento foi centrado em uma intervenção na Maternidade Divino Amor - Parnamirim/RN, no dia 9 de julho de 2018, em que os acadêmicos conversaram com grávidas e puérperas alojadas nas enfermarias e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os quais eles puderam ouvir relatos e esclarecer dúvidas quanto à importância e às técnicas do aleitamento, além de preencherem um formulário baseado no Formulário de Observação da Mamada da Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (OMS, 2004).

O projeto se estruturou em quatro capacitações que ocorreram na Maternidade Januário Cicco (Natal/RN), entre os dias 17 de março a 29 de junho de 2018, nos sábados pela manhã, no horário das 08hs até 12hs. Os temas principais dos quatro módulos foram: os primeiros 1000 dias - Importância para a saúde ao longo da vida; aleitamento materno I - importância do aleitamento materno; aleitamento materno II - reconhecendo as dificuldades e aprendendo sobre o manejo clínico; cuidados com o recém-nascido - informações relevantes para a família; alimentação complementar e alimentação do pré-escolar. Entre esses temas foram abordados: o papel do profissional de saúde nos primeiros 1000 dias; a relação entre o aleitamento e os Objetivos do Milênio (ODM); as vantagens para a saúde da mulher, saúde da criança e impacto na morbimortalidade infantil; as técnicas do aleitamento e pega correta; a ordenha manual do leite; os problemas com as mamas lactantes e a Norma Brasileira de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (NBCAL). Também foram discutidos casos clínicos envolvendo o binômio mãe-bebê em situações adversas à amamentação, além de um momento em que os participantes puderam praticar as técnicas de ordenha manual do leite e as posições corretas de pega

para o aleitamento em modelos fornecidos pelo Laboratório de Habilidades Clínicas do Centro de Ciências da Saúde da UFRN.

Vale salientar também que, durante a capacitação do Projeto, foi posto em debate a importância da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), título conferido a todo hospital que cumpre os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (série de pontos sugeridos pela OMS e pela UNICEF que otimizam a amamentação) e que está em consonância com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. A maternidade onde foi realizada a intervenção do Projeto em questão tem o título de Hospital Amigo da Criança, promovendo, inclusive, o alojamento conjunto - estratégia na qual a dupla mãe/bebê permanecem juntos o dia inteiro, buscando estreitar esse vínculo e garantir o aleitamento em livre demanda. Tal forma de organização facilitou, inclusive, o diálogo estabelecido entre os alunos e as puérperas, abrindo espaço para a construção do saber e de práticas mais humanizadas - essenciais à eficiência das questões de saúde pública como um todo.

Ademais, um dos fatores abordados nas capacitações do Projeto foi a comunicação na prática médica, no sentido de refletir sobre como o profissional precisa ter competência para estabelecer um diálogo com aptidão. Essa interlocução - denominada aconselhamento em aleitamento (Ministério da Saúde/MS, 2009) - significa ajudar a mulher a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e conversar com ela sobre a sua história de vida e suas maiores dificuldades com a amamentação, de modo que a sua autonomia seja impreterivelmente respeitada. Por isso, durante a intervenção, os participantes do Projeto tiveram a oportunidade de conversar com mães de faixas etárias, graus de escolarização e estados de saúde diversos, de modo que a importância de se adequar a linguagem para cada circunstância do paciente foi praticado e esmiuçado em um cenário real.

Somado a isso, no início e no final das quatro capacitações foram aplicados aos participantes um questionário de avaliação feito pelos docentes sobre os assuntos expostos. Com isso, pode-se verificar o impacto de cada capacitação e o quanto os participantes aprenderam, promovendo um aperfeiçoamento nos conhecimentos sobre amamentação e seus diversos tópicos na totalidade dos acadêmicos.

Dessa forma, o Projeto AMARmentar estabelece um vínculo direto com a educação médica, tendo capacitações prévias e eficientes - nos quais os participantes irão usufruir desse conhecimento em toda sua carreira médica - e utilizando estratégias de

aprendizagem centradas na discussão, na abertura para dúvidas e na execução de simulações. Depois, o cenário de prática (a intervenção na maternidade) recebe os grupos de estudantes para promover a conscientização de gestantes e puérperas. Através de um diálogo franco e aberto, embasado no conhecimento adquirido na capacitação, os estudantes podem identificar dúvidas, anseios, fragilidades e conquistas, auxiliando as mães no processo de consolidação do aleitamento e encorajando-as a prosseguir.

37.3 RESULTADOS

Os resultados obtidos com a realização do projeto de extensão AMARmentar foram muito satisfatórios, tanto para os discentes envolvidos nas capacitações e no planejamento da intervenção, quanto para o público-alvo em questão - puérperas do alojamento conjunto e demais mães cujos filhos estavam na UTI. São notórios dois principais aspectos intimamente relacionados à execução do projeto e que, portanto, justificam sua existência: a presença ainda incipiente do debate sobre aleitamento materno ao longo do curso de Medicina e a necessidade de se difundir informações seguras sobre a amamentação.

Com a realização das capacitações, foram conquistados resultados bastante significativos que puderam ser comprovados a partir de questionários realizados antes e depois de cada capacitação. Antes de ser realizada a primeira capacitação, os alunos responderam a um pré-teste sobre a temática que iria ser apresentada, obtendo êxito em 74,72% das questões. No final da abordagem do tema, no pós-teste, os discentes responderam o mesmo questionário e acertaram 92,86% das questões. No pré-teste da segunda capacitação, os alunos acertaram 45,92% das alternativas. No pós-teste, conseguiram um resultado médio de 77,78% das questões. Na terceira capacitação, apenas 4,81% das questões do pré-teste foram acertadas. No pós-teste, os acadêmicos alcançaram uma média de 55,10% do questionário. No pré-teste do último módulo, os alunos acertaram uma média de 56,95% das questões. No pós-teste, lograram êxito em 78,04% das questões.

Em virtude da fundamental importância do médico na alimentação infantil e em especial o seu papel no aleitamento materno, estes resultados reafirmam a essencialidade do projeto no processo de formação médica dos estudantes ainda no ciclo básico do curso. A partir desses dados, é possível compreender a necessidade de se discutir sobre a temática em questão. A magnitude, portanto, em conhecer os benefícios do aleitamento para a

saúde da mãe é motivo para incentivar cada vez mais os estudos sobre esta prática e, com isso, informar para toda a população o seu potencial transformador para a vida do binômio mãe-bebê. Dessa forma, a partir das atividades desenvolvidas pelo Projeto, a visão acerca da amamentação transpõe o universo acadêmico e atinge efetivamente as mães, no sentido primordial de estimular a lactação.

37.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, torna-se evidente a importância de se incentivar o aleitamento materno e a sua prática correta, possibilitando todos os seus benefícios. Para que isso ocorra, portanto, é necessário que os profissionais de saúde saibam orientar e estimular esta prática e, nessa perspectiva, o Projeto AMARmentar exerce papel fundamental na saúde pública ao introduzir este tema desde o início da formação dos acadêmicos de Medicina.

O Projeto levou aos estudantes conhecimentos acerca da amamentação e suas temáticas, possibilitando-os o contato direto com puérperas e a percepção de diferentes pontos de vista e entendimentos sobre este tópico. Esse exercício estimulou nos participantes não só a transmissão de conhecimento sobre tão importante assunto, como também as habilidades comunicativas dos estudantes e a horizontalidade entre médico e paciente.

Diante da relevância e carência de ações sobre essa temática, além dos resultados positivos, o Projeto terá continuação em 2018 e planeja atingir um maior número de participantes e maternidades, além de ser expandido a outros cursos da área da saúde, como o de Enfermagem, transformando-se em uma ação multidisciplinar.

AGRADECIMENTOS

À médica Devani Ferreira Pires pelo incentivo aos estudos relacionados ao aleitamento materno, pelo acolhimento à ideia que o Projeto traz e a sua dedicação de torná-lo gradativamente melhor. Como também, à UFRN e à IFMSA Brazil. Por fim, à direção e aos funcionários da maternidade Divino Amor.

REFERÊNCIAS

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. **Breast cancer and breastfeeding**: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. [S.l.]: **The Lancet**, 2002. v. 360.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os Cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697, dec. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/34KT80k>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2KcYWqb>. Acesso em: 19 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Formulário de observação da mamada**. [S.l.:s.n], 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2RQkwov> . Acesso em: 16 julho 2018.

PUGA, T. F.; BENGUIGUI, Y. (Ed.). **Ensino de pediatria em escolas de medicina da América Latina**. Washington, D.C.: OPAS, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/3am1Flp>. Acesso em: 05 jul. 2018.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, i. 10017, p. 475-490, jan. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3cFLgQP>. Acesso em: 05 jul. 2018.

38 Relato de experiência: a interdisciplinaridade no contexto da formação médica

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Gabriela Zanotto Della Giustina

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

Hávila Dominique do Nascimento Silva

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

Isabella Bueno dos Santos

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

Sandy Albuquerque Silveira

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

Diante das discussões atuais na área da saúde, em que o processo de saúde-doença é considerado sob uma visão mais holística dos indivíduos e das populações, os serviços de saúde deixam de ser centralizados na figura do médico e passam a focar no atendimento das necessidades plurais dos pacientes, evidenciando que a tão somente intervenção médica é insuficiente para a abordagem do ser humano como um todo. Nesse contexto se insere o corrente entendimento da implementação de estratégias com equipes multidisciplinares para a efetiva prevenção e promoção da saúde dos pacientes. Apesar desse pensamento estar ganhando força na área da saúde, muitos programas pedagógicos de curso (PPCs) de graduações de Medicina ainda não incluíram essa discussão nas atividades curriculares de uma maneira completa, sendo necessário trazê-la por meio de outros recursos. Diante disso, o ciclo de palestras do evento “A interdisciplinaridade profissional no contexto da formação médica” objetivou trazer a compreensão da importância da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade para os discentes do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS), da Universidade do Rio Grande do Norte (UERN), contando com os relatos das experiências de trabalhadores de diferentes áreas da saúde em equipes multiprofissionais e com o compartilhamento das suas reflexões acerca da relevância desses conceitos para a educação médica.

Palavras-chave: Educação médica. Graduação médica. Interdisciplinaridade. Interprofissionalidade.

38.1 INTRODUÇÃO

Vislumbrando a complexidade do ser humano, pode-se dizer que a visão puramente fisiológica é muito escassa para atender as necessidades deste. Bem como analisar, exclusivamente, o processo saúde-doença de um paciente não basta para fornecer um cuidado integral frente ao seu contexto multifacetado (AYRES, 2005; BACKES, 2006; BRASIL, 2011).

Sendo assim, emerge a importância da visão holística sobre a assistência, ou seja, para que haja um atendimento completo e humanizado deve-se contemplar os aspectos biológicos, psicológicos, culturais, econômicos, espirituais e sociais, de modo integralizado (COSTA, 2007). Contudo, para que sejam supridas tais demandas dos pacientes faz-se necessário um vasto aparato de conhecimento, o qual rompe as barreiras de um único segmento científico e, por isso, como resposta a tal complexidade, surge a temática da interdisciplinaridade em saúde (FAZENDA, 2002).

O conceito de interdisciplinaridade se desenvolve sob a perspectiva de integrar conhecimentos, que se fazem complementares. Portanto, não se extingue as singulares de cada área do saber, nem tampouco apresenta-se como uma simples sobreposição de conhecimentos fragmentados, mas implica na união das potencialidades que cada profissão dispõe, em benefício de uma ação coletiva oportuna, que viabilize o atendimento integral à saúde. (GOMES, 1994).

Um exemplo de promoção da interdisciplinaridade se faz no campo da saúde pública, através das Equipes de Saúde da Família – ESF, as quais atuam na atenção básica e são organizadas de forma multiprofissional, incluindo médico generalista (ou por profissionais com funções equivalentes, como o especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade), enfermeiro generalista (ou especialista em Saúde da Família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (LOPES NETO, 2002).

Contudo, a ação conjunta interdisciplinar nem sempre passa da teoria para a prática, considerando que são frequentes a individualização e a falta de comunicação entre os

profissionais, cabendo ao paciente fazer uma interligação superficial entre as especialidades e, também, entre os setores de atendimento à saúde.

Portanto, é de extrema importância que os trabalhadores da saúde, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, dentistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, agentes de saúde, psicólogos, dentre outros, atuem em conjunto para oferecer o cuidado humanizado, integral e holístico aos pacientes (VILELA, 2003).

Esse trabalho interdisciplinar requer a disposição dos envolvidos em fazê-lo, ou seja, eles precisam construir um relacionamento embasado em mutualidade, de forma que sejam expressas características como empatia, confiança, alteridade, flexibilidade, sensibilidade, espírito de equipe, respeito à diversidade, compreensão dos limites de divisão de tarefas, paciência nas relações interpessoais, valorização do trabalho do outro e, principalmente, a compreensão de que é fundamental a não existência de relações de superioridade quanto à importância de cada profissão, tendo em vista que todas devem contribuir que forma não hierarquizada (RIOS, 2009).

Relativo à introdução dessa temática na grade curricular médica, embora haja consenso de que os graduandos em medicina devem ter uma compreensão mais humanizada acerca da futura profissão, ao longo do curso e principalmente durante os seus primeiros períodos, é fácil perceber que, na condição de estudantes, os momentos destinados a estimular a reflexão acerca da interdisciplinaridade no cuidado em saúde são escassos (SANTOMÉ, 1998).

Constatada essa dificuldade, verificou-se a necessidade de destacar, dentro da universidade, a temática da interdisciplinaridade entre as profissões, com vistas a promover a reflexão sobre o tema entre os acadêmicos da área da saúde, desde os primeiros anos da graduação. Além de prepará-los para a atuação conjunta com as variadas áreas da saúde, de maneira não hierarquizada, mas equânime, empática, harmonizada, integralizada e, sobretudo, fundamentada nos princípios de colaboração e respeito mútuos, a fim de formar novos aplicadores da interdisciplinaridade, engajados na construção da prática coletiva. Ressalta-se, então, a importância da expansão de programas de ensino interdisciplinares, os quais visem formar profissionais da saúde comprometidos com a construção da assistência humanizada, incluindo a visão holística e integral sobre os pacientes. Tal fato,

justifica-se pela conjectura complexa do mundo atual, principalmente quanto ao cenário da saúde.

Diante desse pressuposto, o relato de experiência tem como objetivos trazer à tona a temática da interdisciplinaridade no contexto da formação médica a fim de fomentar, desde os períodos iniciais do curso de Medicina, o trabalho conjunto entre os diversos atuantes da área da saúde, sem estimular o senso de hierarquia. Além disso, enfatizar a importância do diálogo entre os trabalhadores da área, no intuito de se obter um cuidado holístico dos usuários dos sistemas de saúde.

38.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A atividade consistiu em um ciclo de quatro palestras consecutivas que foram realizadas no dia 05 de junho de 2018, no auditório do ambulatório da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS), das 17h às 21h. Dessa maneira, o evento foi realizado por meio da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA Brazil), através do Comitê Local da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, em parceria entre o Comitê Permanente de Educação Médica e o Comitê Permanente de Saúde Pública, SCOME e SCOPH, respectivamente. E, para a realização deste evento, a divulgação ocorreu a partir do dia 20 de maio do presente ano, através de material impresso e redes sociais.

Desse modo, para o planejamento, ocorreu uma reunião entre os coordenadores da atividade, na qual foi escolhida a temática do evento, intitulado por: “Interdisciplinaridade no contexto da formação médica”, para que os palestrantes convidados discorressem sobre esse tema a partir da sua área de atuação, sendo elas: enfermagem, medicina e psicologia.

Uma segunda reunião foi realizada no dia 30 de maio entre 18h e 20h, para discutir pormenores do evento e sobre artigos previamente selecionados de modo a nos atualizarmos ainda mais sobre a temática escolhida.

Parcerias foram estabelecidas com a Faculdade de Ciências da Saúde e com colaboradores, como professores e profissionais da área da saúde. Ao final do evento foi servido um *coffee break* e realizado sorteio de brindes, os quais foram custeadas por uma taxa simbólica cobrada por participante.

A inscrição foi realizada por um formulário disponibilizado de forma online, que foi acompanhado também por um questionário com o intuito de avaliar o conhecimento prévio

dos participantes acerca da temática. Ao final das palestras, foi aplicado outro questionário, objetivando coletar informações sobre potenciais mudanças de perspectiva sobre tema abordado, como, por exemplo, se houve maior empatia pela temática assim como maior reconhecimento da sua importância para a consolidação de um bom trabalhador da área da saúde. Tais dados foram coletados e armazenados, no intuito de avaliar os resultados reais, bem como examinar o impacto da ação social.

Para maiores detalhes, no dia do evento, as atividades se sucederam da seguinte maneira:

1. Os coordenadores chegaram ao local da realização do evento com duas horas de antecedência para poder melhor organizar a disposição das cadeiras, decoração e adequar o projetor e o ar condicionado. Logo em seguida chegaram as organizadoras, que ficaram responsáveis pela viabilização do *coffee break*;
2. Conforme a chegada dos participantes, ocorreu uma recepção pelos coordenadores, os quais disponibilizavam a lista de inscritos para eles assinarem seu nome e, também, já distribuía o número para o sorteio dos brindes no fim do evento;
3. Houve uma fala inicial de um dos coordenadores para dar abertura ao evento e, após isso, iniciou-se o ciclo de palestras;
4. A primeira palestra foi ministrada pela Psicóloga Bianca Valente, a qual introduziu a temática de forma objetiva e interativa contando com a participação do público;
5. Seguindo com a série de discussões, a enfermeira Ellany Gurgel junto com a médica Cristiany Cardoso apresentaram de forma dinâmica, com base em estudos de casos, a importância da educação multidisciplinar dando enfoque ao papel do SUS nesse contexto;
6. Por fim, o médico Jerônimo Dixt-sept Rosado Sobrinho finalizou abordando a importância do trabalho em equipe para o cuidado com o paciente;
7. Após o ciclo de apresentações, ocorreu um momento de interação entre os participantes e palestrantes contando com *coffee break* e sorteios de brindes doados pelos patrocinadores.
8. Por fim, foi realizada uma última reunião, entre coordenadores e organizadores, no dia 7 de junho, às 17h, com o propósito de fazer um *feedback* da ação, efetuar o balanço financeiro final, bem como analisar os dados dos questionários para avaliação de efeito.

38.3 DISCUSSÃO

O evento contou com a participação de 17 estudantes da área da saúde, sendo eles 16 do curso de medicina e 1 da enfermagem. O público atingido foi predominantemente estudantes da área da saúde com faixa etária média de 18 a 25 anos, maioria composta por mulheres e faixa de perfil econômico do evento, classe B. Quanto a avaliação do impacto da ação, de maneira eficiente, foram aplicados dois questionários, um antes da ação e outro após, ressaltando que o questionário prévio foi respondido por 22 pessoas e o questionário final foi respondido por 14 pessoas. Nesse contexto, o questionário aplicado antes do ciclo de palestras visou captar, de uma forma geral, o entendimento dos estudantes acerca da temática desenvolvida.

Cumprindo com o seu objetivo, o debate abordou o tema da interdisciplinaridade no contexto da formação médica, através do olhar de diferentes áreas da saúde, como Medicina, Enfermagem e Psicologia, levando os presentes a refletirem sobre a importância desta para a sua futura prática e, também, a ponderarem sobre os efeitos dela para o atendimento holístico e integral dos pacientes. Incluindo, ainda, uma maior compreensão dos ouvintes quanto às funções e papéis de cada profissional no contexto da saúde. Além disso, o evento promoveu um momento de debate sobre formas de intensificar, durante o período de graduação, o contato entre os estudantes dos diferentes cursos da área da saúde da UERN, para promover, não apenas a interdisciplinaridade, mas também a interprofissionalidade como um aprendizado a ser compartilhado pelos graduandos nas diferentes áreas da saúde.

Após a palestra, aplicou-se um novo questionário, a fim de avaliar o impacto da ação desenvolvida, com isso houve a comparação entre os resultados, no que se refere às respostas obtidas no primeiro e segundo questionário aplicado, e percebe-se que houve um significativo aumento referente à percepção da importância do tema, passando de 77% para 95% do público. Além disso, houve aumento, também, no número de alunos que passaram a refletir sobre essa temática de modo mais profundo, que era de 68% antes da palestra e passou para 85% após a palestra. Com o evento, ocorreu um maior aprendizado sobre as profissões da saúde, tendo em vista que 71% dos participantes afirmaram ter sido

importante a realização da ação com essa temática. E, por fim, ressalta-se que 100% dos presentes gostariam de mais encontros relacionados à integração interdisciplinar.

Sendo assim, surtiram muitos efeitos positivos, observando-se que os participantes ficaram instigados com os temas levantados pelos palestrantes, como relatos da vivência prática de cada um diante do contexto interdisciplinar e as consequências negativas de não seguir uma linha de parcerias durante o serviço. Tais discussões foram cruciais para a desmistificação do médico como figura central, quando se trata de prestação de serviço à saúde, e priorizam, dessa forma, a valorização do trabalho em equipe. Além disso, com a construção do conhecimento ao longo do diálogo, a partir da visão particular de cada profissional e com a participação dos alunos, percebeu-se que a estratégia educacional de abordar a interdisciplinaridade na formação médica foi de enorme ganho para a realidade da instituição, uma vez que nenhum evento dessa natureza havia sido realizado, e, posteriormente, proporciona a criação de um espaço mais aberto para a realização de outras ações e programas relativos a essa temática.

38.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Interdisciplinaridade deve ser uma questão levantada de forma recorrente no contexto da formação médica, afinal, a interação e o diálogo entre os diversos profissionais da área da saúde é fundamental no objetivo de se obter o cuidado de forma holística e não fragmentada para com os usuários dos sistemas de saúde.

Constatou-se, a partir da ação realizada, que os alunos desenvolveram um maior conhecimento acerca da temática, tornaram-se, ao mesmo tempo, ouvintes e questionadores, agregando, ao final do ciclo de palestras, uma melhor reflexão sobre a questão trabalhada, tornando-os mais sensibilizados pela promoção de senso de união, respeito e diálogo na futura atuação como trabalhadores da área da saúde.

Por fim, é válido ressaltar que o evento supriu o que foi proposto inicialmente nos objetivos, trazendo um panorama mais amplo de compreensão acerca da importância da interdisciplinaridade, baseada no diálogo, escuta e trabalho em equipe. Destaca-se, então, que ações como esta são de grande relevância para o contexto de formação de todos os estudantes, fazendo-os, acima de tudo, reviver os reais motivos que os fizeram ter interesse por adentrar em um curso da área da saúde: a prática do bem para com todos.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 549-560, 2005.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 107-124, 2007.

DA SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 13-23, 2003.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103-114, 1994.

LOPES NETO, D.; PAGLIUCA, L. M. F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 825-830, 2002.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 2, p. 253-61, 2009.

SANTOMÉ, J. T.; SCHILLING, C. **Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado**, 1998.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

Dennis Cavalcanti Ribeiro Filho
Centro Universitário Tiradentes
Felipe Manoel de Oliveira Santos
Centro Universitário Tiradentes
Maria Helena Rosa da Silva
Centro Universitário Tiradentes

RESUMO

As emergências requerem intervenção contígua, de forma objetiva e eficaz, de modo a amortizar as possíveis sequelas e aumentar a sobrevivência das vítimas. O Suporte Básico de Vida é definido como a primeira abordagem da vítima e abrange a desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificial. Na formação acadêmica o SBV deveria ser implementado como uma matéria nos currículos acadêmicos. Trata-se de uma revisão bibliográfica, cuja busca foi realizada nas bases de dados Medline, Pubmed, LILACS e SciELO. A adequada introdução aos conhecimentos e às habilidades em primeiros socorros e SBV deve ser considerada um aspecto essencial do currículo. É imprescindível o domínio básico desse conteúdo pelos estudantes, desde o início do curso, para ajudar a aumentar as chances de sobrevivência da população vítima de acidentes.

Palavras-chave: Avaliação educacional. Emergências. Reanimação cardiopulmonar.

39.1 INTRODUÇÃO

As emergências requerem intervenção contígua, de forma objetiva e eficaz, de modo a amortizar as possíveis sequelas e aumentar a sobrevivência das vítimas. Assim, é de extrema importância de se ter uma noção de tais procedimentos, já que emergências requerem intervenção imediata para reduzir possíveis sequelas e aumentar as chances de sobrevivência das vítimas.

O Suporte Básico de Vida é definido como a primeira abordagem da vítima e abrange a desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificial. Ou seja, é um conjunto de procedimentos técnicos que objetiva dar um suporte de vida à vítima, sendo um dos elos da "Cadeia de Sobrevivência", na qual por meio de uma sequência de etapas em que cada uma delas é determinante para a sobrevivência da vítima, sendo vital até a chegada de um Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV tem a finalidade da preservação da vida, devendo ser realizada por qualquer profissional devidamente treinado e sem a utilização de manobras invasivas. Já o SAV, tem como característica o uso de manobras invasivas, com um grau maior de complexidade e, por este motivo, esse atendimento deve ser realizado exclusivamente por profissionais da saúde.

Na formação acadêmica, há grades curriculares com várias disciplinas das respectivas áreas. Contudo, independentemente da área do curso, o SBV deveria ser implementado como uma matéria obrigatória nos currículos acadêmicos. Contudo, este trabalho visa a enfatizar a importância da inclusão das noções e capacitação de SBV nas grades curriculares.

39.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, cuja busca foi realizada nas bases de dados Medline, Pubmed, LILACS e SciELO, nas quais foram utilizados os descritores *Suporte Básico de Vida*. A busca dos artigos incluiu as publicações até 2018, e os idiomas considerados foram inglês, português e espanhol. O critério para a inclusão dos artigos consistiu na descrição do uso e ensino do SBV. Os estudos que os temas não eram relacionados a SBV foram excluídos. Na base de dados Medline, foram obtidos 12 artigos e destes foram

selecionados três. Pubmed, foram identificados dez artigos, selecionados sete artigos. No SciELO, foram encontrados 45 artigos. Assim, o total de artigos selecionados foram 20.

39.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer as diversas situações de risco de vida iminente; saber quando e como pedir uma ajuda; saber iniciar, de imediato e sem recurso a qualquer equipamento, manobras que contribuam para preservar a oxigenação e a circulação na vítima até uma chegada das equipes diferenciadas são os principais objetivos da SBV, que uma pessoa devidamente treinada poderá pôr em execução.

39.4 CONCLUSÕES

O reconhecimento precoce de sinais e sintomas, o acionamento da equipe de emergência e a realização de compressões torácicas hábeis, seguidas de abertura de vias aéreas e ventilação, são exemplos de técnicas em SBV que podem ser realizadas por qualquer indivíduo previamente treinado. Essas ações complementam-se e preparam o caminho para a disponibilização da melhor prática e, portanto, do alcance de melhores resultados de saúde, já que o discente treinado vem a ser agente multiplicador. Assim, a adequada introdução aos conhecimentos e às habilidades em primeiros socorros e SBV deve ser considerada um aspecto essencial do currículo, para maior atenção aos agravos emergenciais. Nesse contexto, torna-se imprescindível o domínio básico desse conteúdo pelos estudantes, desde o início do curso, para ajudar a aumentar as chances de sobrevivência da população vítima de acidentes. Vale frisar, que não é necessário ser da área da saúde para ter essas noções, pois, independentemente do curso, qualquer pessoa pode combater incidentes.

REFERÊNCIAS

AQUINO, G. N. R. DE et al. Injuries caused by the venomous catfish pintado and cachara (*Pseudoplatystoma* genus) in fishermen of the Pantanal region in Brazil. **An. Acad. Bras. Ciênc.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 1531-1537, sept. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FERNANDES, J. M. G. et al. Teaching Basic Life Support to Students of Public and Private High Schools. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 6, p. 593-601, jun. 2014.

MAIA, E. R. et al. Conhecimentos em atenção pré-hospitalar e suporte básico de vida por estudantes recém-ingressos de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 59-64, Mar. 2014.

MORI, S.; WHITAKER, I. Y.; MARIN, H. F. Estratégias tecnológicas de ensino associadas ao treinamento em Suporte Básico de Vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 721-725, 2011.

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 335-342, jun. 2009.

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. O leigo em emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 769-776, dec. 2008.

SANTOS, M. C. et al. O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192). **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 69-76, mar. 2012.

TAVARES, A.; PEDRO, N.; URBANO, J. Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 34, n. 1, p. 101-104, mar. 2016.

Gabriel Alves de Godoy

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Giovanna Macedo Tavares

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Júlia Éboli Lacerda

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Juliana Garcia Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Luísa Leite Alves

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Samantha Mendes Vidal Dantas

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Maria Sorely Werner Enes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

A realização do Curso de Libras 2017.1 pelo Comitê Local Uninassau da *IFMSA Brazil*, foi baseada na demanda advinda dos próprios alunos de Medicina da instituição e no decreto Nº 5.626, que Regulamenta a Lei nº 10.436, que preconiza o ensino da linguagem de sinais, de forma optativa, em cursos superiores. Dessa forma, o curso foi criado de forma a atingir esse público-alvo da universidade, alunos da área de saúde que se mostraram interessados no aprendizado para saber lidar melhor com seus pacientes surdos no futuro, tratando-os de maneira igualitária, digna e humana. **METODOLOGIA:** O curso foi realizado em 8 encontros de 4 horas, mais três horas extraclasse com tarefas como gravação de vídeos e montagem de diálogos em Libras. O curso foi ministrado pelo professor Alessandro, que é surdo, a partir de uma metodologia dinâmica para permitir a melhor fixação do conteúdo, como teatros, músicas e diálogos entre os participantes. **RESULTADOS:** No último dia de curso, foi aplicado o questionário no qual os alunos responderam perguntas sobre programação, material didático, recursos audiovisuais, sobre o professor, além de fazerem uma auto-avaliação sobre o aprendizado individual e segurança quanto ao conteúdo, obtendo como resultado majoritariamente excelente e maior que o esperado.

Palavras-chave: Comunicação. Educação médica. Pessoas Com Deficiência auditiva.

40.1 INTRODUÇÃO

Historicamente, pessoas com algum tipo de deficiência usualmente sofrem um processo de exclusão social por serem vistas como diferentes. Com o passar dos anos, essa estigmatização tendeu a melhorar a partir do fato de que muitas começaram a ter acesso a estruturas que facilitaram o trânsito e a comunicação na sociedade. Não obstante, ainda hoje, aqueles com deficiência são os que mais encontram barreiras quando se trata de acesso a bens e serviços, além de atividades de auto cuidado.

Dessa forma, Um marco significativo que demonstra o avanço das conquistas dos movimentos dos surdos está claramente mencionado no Decreto Lei nº 5.626, que regulamenta a Lei nº 10.436, dispondo sobre a Língua Brasileira de Sinais Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, reconhecendo a Libras como idioma das comunidades surdas do Brasil (SOUZA; PORROZZI, 2009). Além disso, fica obrigada, pela legislação, a inclusão da disciplina de Libras nos currículos de cursos superiores, tais como Letras, Pedagogia, Fonoaudiologia e demais licenciaturas, sendo tratada como disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior. Apesar do fato de que, no SUS, legalmente, o profissional deve estar capacitado para atender o paciente surdo, através do uso de Libras ou pela presença de um profissional capaz de traduzir e interpretar, isso não se aplica fielmente na prática.

Tendo em vista que em torno de 9,7 milhões de pessoas tem deficiência auditiva, as habilidades de comunicação interpessoal são imprescindíveis na assistência aos pacientes, devendo o profissional na área de saúde estar apto a se comunicar com qualquer indivíduo. Tendo isso em mente, o Comitê Local Uninassau da *IFMSA Brazil*, realizou o Projeto Libras em Saúde, com o objetivo de ensinar de forma prática a base da linguagem de sinais voltada para a prática da saúde e demonstrar a importância da disciplina de libras para formação humanizada de futuros médicos.

40.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Libras em Saúde foi um projeto desenvolvido pelo Comitê Local Uninassau da *IFMSA Brazil* durante o período de uma semana. Foram disponibilizadas 35 vagas para alunos de medicina que se interessaram em aprender um pouco dessa linguagem, de forma

voltada para a área de saúde. Houve o pagamento de uma taxa de inscrição de R\$ 100,00 para custear os custos do projeto, como pagamento dos profissionais envolvidos, professor e intérprete, e materiais. O curso contou com a assistência do Professor Alessandro, que é surdo, seu intérprete, uma apostila e fichas que foram desenvolvidas para o propósito da aula. O projeto foi iniciado, na própria instituição, no dia 29 de maio de 2017 (Segunda-feira) e finalizado no dia 4 de junho de 2017 (Domingo), com duração de 4 horas por dia.

No primeiro dia (segunda-feira), houve a presença de um intérprete e os assuntos foram: cultura surda, tipos de deficiência auditiva, mitos e verdades sobre surdos e sobre libras, alfabeto manual, saudações e números. A partir do segundo dia (terça-feira), o intérprete deixou de comparecer, o que foi muito produtivo, pois motivou os participantes a realmente entrar no ambiente e enxergar que era possível um contato simples e funcional com as pessoas que utilizam esse tipo de linguagem. Durante as 4 horas de aula, os alunos não verbalizavam palavras, apenas falavam em libras. Nesse dia, o assunto teórico foi pronomes, advérbios e um pouco sobre a parte externa do corpo humano. No terceiro dia (quarta-feira), o conteúdo foi sobre horas, medidas, valores monetários, parte interna no corpo e algumas dores comuns. O quarto dia (quinta-feira) contou com os assuntos: calendário, família e relacionamentos, sexualidade, além de alguns verbos, doenças e sintomas. No quinto dia (sexta-feira), o conteúdo abordado foi sobre profissões, cores, mais alguns verbos, medicamentos e deficiências. No penúltimo dia (sábado), os assuntos foram: alimentos (comidas e bebidas), mais verbos, documentos pessoais, animais, e como fazer uma anamnese completa. No último dia (domingo), o conteúdo foi revisado, com vários diálogos para fixar o conteúdo que foi passado.

Além disso, foi realizada uma atividade para avaliar o desenvolvimento e opinião dos alunos sobre o projeto desenvolvido. As aulas eram ministradas tanto por meio de Data-Show, quanto por intermédio do quadro, fichas e a apostila. Ao final de cada aula, o professor sempre desenvolvia uma atividade interativa para permitir a melhor fixação do conteúdo, como teatros, músicas e diálogos entre os participantes.

40.3 RESULTADOS

O Projeto Libras em Saúde obteve ótimos resultados, cumprindo o objetivo de passar aos estudantes conhecimentos básicos acerca da Língua Brasileira de Sinais, e de pôr

em foco o conjunto de fatores físicos, psicológicos e sociais que modulam a vida daqueles que dela fazem uso.

A metodologia de ensino utilizada permitiu, além de um aprendizado dinâmico e prático, a inserção dos estudantes no contexto social vivenciado pela população surda brasileira. O caráter ativo das aulas, pautado em interações como diálogos entre os presentes, teatros e incentivos à expressão individual, mostrou-se bastante eficaz no processo de aprendizagem. Como a comunicação durante os encontros deu-se somente através da linguagem de sinais, os alunos puderam compreender a vivência e os desafios enfrentados por esse grupo populacional, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de diálogos com indivíduos não-fluentes em LIBRAS. Somado a isso, o envolvimento e dedicação dos participantes foi fundamental para o sucesso do projeto.

No último encontro, foi aplicado um questionário abrangendo os 14 alunos participantes do curso, sobre as expectativas, impressões e conhecimento adquirido. O feedback obtido foi bastante positivo: 100% dos participantes concordaram sobre a importância do curso, e desses, 70% responderam que uma maior duração do mesmo potencializaria a consolidação do conhecimento.

40.4 CONCLUSÃO

O curso de Libras possibilitou para os estudantes um enorme aprendizado sobre o tema, evidenciando a sua importância na prática médica e no atendimento digno de pacientes que utilizam esse tipo de linguagem. Apesar disso, um dos grandes desafios a ser superado é o fato de a Linguagem de Sinais ainda ser pouco difundida no Brasil, representando, na área de saúde, um grande problema para a relação médico-paciente. O projeto conseguiu demonstrar o quanto é essencial a temática da Linguagem de Sinais na formação de profissionais capazes de agir não somente sobre aspectos orgânicos, mas também psicológicos da população surda. Dessa forma, fica claro como é essencial as universidades de saúde tentarem introduzir a matéria de libras na grade curricular, de forma optativa ou obrigatória, além de difundir a importância do aprendizado dessa linguagem.

REFERÊNCIAS

LIBRASOL. Acessibilidade para atendimento clínico utiliza Libras na área de saúde. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/34UiAkn>. Acesso em: 21 jul. 2018.

OLIVEIRA, Y. C. A. et al. **Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos**. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2VZMDTJ>. Acesso em: 21 jul. 2018.

EDUCAMUNDO. Libras: porque é importante e qual a melhor maneira de aprender. **Educamundo**. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3ct0598>. Acesso em: 21 jul. 2018.

Flávia Helena Soares de Oliveira
Universidade Potiguar (UnP)
Ana Beatriz Muniz Costa
Universidade Potiguar (UnP)
Aryane Costa Câmara de Souza
Universidade Potiguar (UnP)
Bárbara da Câmara Santos Marinho
Universidade Potiguar (UnP)
Eduarda Morgana Andrade de Almeida
Universidade Potiguar (UnP)

RESUMO

A residência médica é um modelo de especialização considerado “padrão ouro” na medicina. Essa modalidade de ensino foi instituída no Brasil pelo decreto 80.281, de 5 de setembro no ano de 1977, sendo realizada apenas em instituições credenciadas pelo MEC e sob instrução de profissionais médicos com adequada qualificação ética e profissional. Visto isso, diante das inúmeras especialidades existentes na área médica, é comum os estudantes de medicina apresentarem dúvidas em relação a qual residência escolher, como também, curiosidades acerca da rotina em uma residência médica e seus principais pontos positivos e negativos. Perante isso, o objetivo do circuito de residências médicas é realizar uma abordagem, acerca da rotina, dos desafios enfrentados durante os anos de residência, assim como no mercado de trabalho, e da qualidade de vida de cada especialidade médica, sendo assim, capaz de sanar as principais dúvidas dos acadêmicos de medicina relativamente ao assunto. O circuito foi realizado na Universidade Potiguar, para os acadêmicos de medicina, ocorrendo em um único encontro, onde estiveram presentes sete médicos nas áreas de: oncologia, clínica médica, cirurgia geral, anestesiologia, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, no qual discutiram sobre os assuntos propostos e tiraram as principais dúvidas. Por fim, foi realizada uma avaliação com os alunos, onde foi possível analisar a relevância do evento por meio de um questionário, o qual tornou nítida a importância de abordar o tema, assim como a grande importância que a palestra teve ao retirar grande parte das dúvidas dos acadêmicos de medicina da UNP quanto a esse assunto.

Palavras-chave: Educação médica. Estudantes. Residência.

41.1 INTRODUÇÃO

A residência médica foi idealizada e criada em 1977, a partir da necessidade de aprofundamento dos conhecimentos médicos em áreas específicas. É qualificada como uma aprendizagem e treinamento em teoria e habilidades práticas em saúde, no qual é dada ao médico a oportunidade de aprofundar experiências em determinadas especialidades. Apesar da formação médica ser considerada concluída após a graduação, a Residência Médica aparece, na atualidade, como uma forma importante de aperfeiçoamento profissional, a qual grande parcela dos médicos recém-formados deseja realizar, seja por tradição, necessidade de aprimoramento, ou até mesmo deficiência da formação profissional. Essa etapa complementa a formação do profissional de medicina e facilita a inserção do médico no mercado de trabalho, cada vez mais exigente. Grande parcela dos médicos que atuam no Brasil (61,6%) frequentou algum programa de residência médica. Seguindo modelos criados em meados de 1880, nos Estados Unidos, as primeiras residências médicas no Brasil foram inauguradas no Rio de Janeiro e em São Paulo, por volta de 1940. Hoje, o cenário de escolha em volta da residência médica é complexo e deve ser compreendido o quanto antes pelo estudante com objetivo de proporcionar realização profissional e, fatores como lugar, instituição, duração, rotina, remuneração, perfil do paciente, mercado de trabalho e qualidade de vida, devem ser explicados aos estudantes.

Apesar do papel reconhecido desse tipo de formação no oferecimento de um amplo conhecimento prático e teórico para médicos, trazendo então mais segurança na vida profissional, estudos referem também deficiências importantes desse processo que devem ser levadas em consideração enquanto aluno ou médico, para decisão posterior. Acerca disso, têm-se como principais problemas relacionados: síndrome de Burnout, sono, estresse, fadiga enfrentamento das condições de vida e de trabalho (LOURENÇÃO et al., 2010) e, ainda nesse contexto, constatou-se a presença de Burnout em 78,4% dos residentes (LIMA et al., 2004). Sendo assim, faz-se importante o contato do estudante de medicina com uma realidade mais próxima e menos idealizada do ambiente de vivência nas residências sendo estimulado por meio de atividades como esta, com o intuito de proporcionar ao aluno uma escolha mais consciente e uma visão mais ampla. Nesse sentido, a atividade teve como propósito elucidar informações a respeito dos mais variados temas

das residências médicas mais solicitadas, procurando sanar dúvidas dos estudantes dos diferentes estágios acadêmicos.

41.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A discussão sobre o aperfeiçoamento profissional de pós-graduação em medicina é imprescindível para formação médica de cada estudante, percebendo essa necessidade, acadêmicos de medicina da *IFMSA Brazil*, da Universidade Potiguar, promoveram essa discussão. Diante disso o evento ocorreu dia 04 de junho de 2018, no auditório da Universidade Potiguar (UnP), sede Salgado Filho. Ocorreu no período noturno, das 18:30 às 22:30, através de ciclos de palestras que visaram debater as principais temáticas acerca da residência médica, abordando processo seletivo, rotina de trabalho, remuneração, perfil de pacientes, qualidade de vida, entre outras aspectos. Para isso, contamos com a presença de um médico de cada uma das 7 áreas escolhidas anteriormente ao evento através de questionário online, no qual foi direcionado para grupos de *WhatsApp* do público alvo, que eram os acadêmicos de medicina dos mais variados períodos, questionando a respeito das residências médicas que gostariam que fossem discutidas, dentre as mais votadas tivemos: clínica médica, cirurgia geral, endocrinologia, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia e oncologia.

Ao término do debate os alunos responderam uma avaliação na qual puderam apontar o quão o evento foi produtivo. Dessa forma foram colocadas 07 perguntas seguidas de uma escala de notas que iam de 0 a 10. As sentenças colocadas na avaliação do impacto foram: “Aumentou meu conhecimento sobre a prática clínica das residências médicas citadas?”; “Ampliou minha visão sobre a qualidade de vida nas residências médicas citadas?”; “Fez-me refletir sobre aspectos antes não pensados acerca da escolha da residência?”; “Fez-me refletir sobre onde penso em realizar a residência médica?”; “ Fez-me confirmar a provável escolha de alguma residência médica?”; “Fez-me mudar de ideia acerca de uma possível escolha prévia de residência médica?”; “Fez-me refletir sobre saúde mental na prática da residência médica?”.

A divulgação da palestra ocorreu por meio das redes sociais (*Facebook, Instagram e WhatsApp*), com objetivo de atingir qualquer aluno do curso de medicina desde o 1º até o 12º período. Foram ofertadas um número limitado de vagas (150 vagas), através do

questionário online e a confirmação da inscrição ocorria mediante pagamento de uma taxa de 5,00. Preparação dos materiais: Reserva da sala de aula (local onde será realizado a palestra); elaboração de materiais digitais (slides); Impressão dos certificados dos palestrantes; Impressão dos questionários e termos de consentimento, compra de água e lembrança para os palestrantes.

41.3 DISCUSSÃO

O circuito de residências médicas abordou 7 especialidades médicas, por meio de apresentações ministradas por docentes, os quais explanaram os mais variados aspectos de cada especialidade, dando destaque ao mercado de trabalho, a rotina e as dificuldades encontradas na profissão, além disso foi dado um espaço para os discentes retirarem todas as suas dúvidas. O evento teve como público um total aproximado de 150 inscritos, limitados pelo tamanho do espaço. A adesão ao evento foi grande, demonstrando a curiosidade, dúvida e interesse dos acadêmicos de medicina quanto ao assunto. Na avaliação realizada pelos coordenadores da palestra, apenas 84 alunos participaram, desses, 52% deram nota máxima, quando lhes foi perguntado se a palestra aumentou o conhecimento sobre a prática clínica das residências médicas citadas, além disso todos afirmaram que o circuito lhes fez refletir sobre aspectos antes não pensados acerca da escolha da residência, dentre eles, 45% deu nota máxima a esse quesito. Dessa forma, é possível perceber que o circuito teve grande proveito por parte dos alunos, sanando dúvidas e acrescentando na sua formação acadêmica.

41.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente a importância de abordar temas cujo interesse é frequente no meio acadêmico, ainda mais se tratando de questões de aprimoramento médico e que permitam a possibilidade de tomar decisões tão cruciais na carreira médica. Nesse sentido essa atividade potencializou uma maior visibilidade para as dúvidas, anseios e frustrações de uma possível especialidade a seguir. Dessa forma, o evento causou um maior interesse no

meio acadêmico e contribuiu com a formação acadêmica, profissional e intelectual de todos os envolvidos.

AGRADECIMENTOS

Deixamos nosso agradecimento a todos os envolvidos, a Universidade Potiguar por disponibilizar os meios para a realização do evento, também a todos os especialistas que se disponibilizaram de forma voluntárias sanando dúvidas e permitindo que estudantes de medicina possam ter uma visão mais ampla a respeito das especialidades debatidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 439, de 07 de abril de 2011**. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.
<https://bit.ly/2xMhueb>. Acesso em: 21 jul. 2018.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Ver. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.

42 MedCafé: um papo sobre esquizofrenia – relato de experiência

283

Neila Clediane de Sousa Menezes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Camilla Fach Weinmann

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Júlia Éboli Lacerda

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

RESUMO

O MedCafé é um evento que consiste em uma mesa redonda com foco na discussão de algum tema relevante para a formação acadêmica do estudante de Medicina. Sendo assim, o intuito é conduzir a aprendizagem de maneira mais didática e menos tradicional. Dessa vez, o papo foi sobre Esquizofrenia no dia 17/05, às 19h, na cafeteria Aloha Café e Açaí. Durante a semana que antecedeu a ação, foram lançadas enquetes nas redes sociais do comitê para despertar o interesse dos participantes e obter dados a respeito do conhecimento geral sobre o tema. Durante a ação, o psiquiatra Dr. Pedro Russo e a psicóloga Cecília Souto guiaram a conversa. Em um segundo momento, como método de avaliação da aprendizagem, foi utilizado o aplicativo *Kahoot* para fazer novas perguntas e verificar a compreensão dos estudantes. O objetivo da ação foi capacitar o estudante a entender do que se trata a doença, os principais sinais e sintomas, como lidar com um paciente esquizofrênico, tratamento e obstáculos enfrentados por esses pacientes. Após a ação, foi aplicado um questionário aos 20 participantes como critério avaliativo do evento como um todo e foi realizado um sorteio de um livro relacionado a Esquizofrenia para estimular ainda mais conhecimentos sobre o tema.

Palavras-chave: Medicina humanizada. Psiquiatria. Transtorno mental.

42.1 INTRODUÇÃO

A definição atual de Esquizofrenia indica uma psicose crônica idiopática, apresentando-se como um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. Sua origem é multifatorial e fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença.

No Brasil, hoje, é sabido que existem em torno de 150 mil novos casos por ano. São cerca de cento e cinquenta mil novos pacientes que vivenciam comportamentos e experiências que parecem não ter contato com a realidade, além de clássicos sintomas como alucinações, embotamento afetivo e isolamento social, e o problema é que nem sempre estamos preparados para lidar com eles.

Por isso, foi montado o MédCafé: um papo sobre Esquizofrenia, objetivando o aprofundamento nos mais diversos aspectos da doença, o que se faz de fundamental importância para real compreensão da temática. Assim, busca-se maior inclusão e ressocialização e a quebra de estigmas sociais que a doença carrega. Dessa maneira, contribui-se para uma formação médica mais consciente e humanizada, que vai de encontro a paradigmas sociais que dificultam a aceitação de certos públicos por parte da sociedade.

42.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Não costuma ser fácil abordar doenças psiquiátricas, em especial a Esquizofrenia, que por tanto tempo foi tratada como loucura e a consequência direta costumava ser a internação por toda a vida do paciente, sem tratamento médico coerente com a sua condição.

Sabendo da importância dessa temática, foi organizado o MedCafé: um papo sobre Esquizofrenia, pelo Comitê Local UniNassau da IFMSA Brazil.

A ação foi dividida em dois momentos que construíram o aprendizado. O primeiro foi na semana anterior à ação, na qual foi realizado um “*MedQuiz*” com opções de Verdadeiro ou Falso nas redes sociais do comitê. Algumas das questões foram: “Pacientes esquizofrênicos tendem a ter comportamento mais violento e perigoso?” - Mito (43%) Verdade (57%); “Pacientes esquizofrênicos não podem trabalhar” - Mito (94%) Verdade

(6%); “A negligência dos pais pode causar Esquizofrenia” - Mito (45%) Verdade (55%); “Se o paciente esquizofrênico for tratado, pode ser curado e ter uma vida plena sem a doença” - Mito (66%) Verdade (34%).

A partir dos resultados, a ação foi guiada na forma de roda de conversa com o psiquiatra Dr. Pedro Russo e a psicóloga Cecília Souto. Eles esclareceram do que se trata a doença, possíveis causas e fatores de risco, sinais e sintomas e como identificar e tratar um paciente esquizofrênico. As questões levantadas nas redes sociais do comitê também foram debatidas, bem como outros questionamentos levantados pelos estudantes. Além disso, para uma melhor solidificação do conhecimento, foram discutidos casos clínicos da vivência dos palestrantes, trazendo uma visão tanto da Psiquiatria quanto da Psicologia.

42.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Historicamente, excluir o que é diferente é comum dentro da nossa sociedade. Quando se fala em Esquizofrenia, é difícil não lembrar dos horrores do Holocausto Brasileiro que ocorreu no hospital psiquiátrico Colônia e ganhou visibilidade na década de 80. Muito tempo se passou, a importância de falar sobre a doença cresceu, mas uma série de mitos e de ideias equivocadas a respeito dela se perpetuou. Diante disso, a ação transmitiu informações, levantou questões e discutiu casos clínicos para uma real compreensão tanto da doença quanto do paciente esquizofrênico.

Com boa quantidade de inscritos, foi possível abordar diversas questões sobre a Esquizofrenia, tanto do ponto de vista da Psiquiatria, com Dr. Pedro Russo, quanto da Psicologia, com a convidada Cecília Souto.

Ao fim do evento, foi aplicado um questionário aos 20 participantes para avaliar o impacto da ação.

Nessa perspectiva, a ação se mostrou capaz de cumprir seu objetivo de estimular um olhar mais consciente humanizado para a doença.

42.4 CONCLUSÃO

Percebeu-se a importância e o impacto do MedCafé: um papo sobre Esquizofrenia através de um questionário realizado ao fim da ação, em que o evento foi classificado de 1 a 5. Para 100% dos participantes, o evento foi avaliado como muito proveitoso e para 87,5% ele contribuiu para a formação não apenas acadêmica, mas também pessoal. Também foi elogiada a dinâmica do evento como boa forma de construção de aprendizagem.

O MedCafé conseguiu deixar claros os aspectos fundamentais da doença. Dúvidas relacionadas ao tema foram sanadas e ideias equivocadas foram debatidas, além da discussão de casos clínicos. Também foi ratificada a importância da disseminação do conhecimento sobre a doença tanto no meio acadêmico como no contexto social. Além disso, ressaltou-se a importância de um atendimento humanizado e a identificação dos sintomas precoces para que o paciente usufrua de melhor tratamento e possa apresentar um bom prognóstico e qualidade de vida. Dessa forma, uma verdadeira compreensão da Esquizofrenia é de extrema importância para reduzir o estigma social que a doença carrega, o que também possibilita uma socialização do paciente.

REFERÊNCIAS

GATTAZ, W. Esquizofrenia. **UOL**, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2KojI1q>. Acesso em: 28 jul. 2018.

TAVARES, D. Esquizofrenia: sintomas, tratamentos e causas. [S.l.]: Portal Minha Vida, [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/3ctb5mW>. Acesso em: 28 jul. 2018.

DA SILVA, Daniela. **Tipos de esquizofrenia**: descubra quais são os 6 mais comuns. Disponível em: <https://bit.ly/2RQa807>. Acesso em: 28 jul. 2018.

MORTARRI, L. **Mitos e verdades da esquizofrenia**: entenda melhor a doença que afeta o cérebro. [S.l.]: Alto Astral. Disponível em: <https://bit.ly/3cur7wS>. Acesso em: 28 jul. 2018.

43 Formação integral: percepções subjetivas perante assembleia geral da IFMSA

Pedro Hugo Vieira da Silva

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Victor Ribeiro Xavier Costar

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Matheus Rodrigues Nóbrega

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Vitor Magalhães Libanio

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Vinicius Paiva Cândido dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Taynná Araújo Freitas Melo

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Igor Rafael Miranda Ferreira Santander

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

RESUMO

Este trabalho visa externar a experiência subjetiva do representante do comitê local não-pleno da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM – PB) na última AG realizada pela IFMSA, realizada em Juiz de Fora – MG, no primeiro semestre de 2018. A vivência adquirida foi através da participação no curso de liderança, realizado na pré-assembleia, sessões administrativas, plenárias e nos momentos de *networking* com os demais estudantes presentes. O sentimento perante a ansiedade de participar, o entusiasmo em entender cada vez mais o que era a IFMSA e o sentimento de que não estava só, foram os pontos mais importantes deste relato. A participação em uma AG é fundamental para que um estudante de medicina desenvolva suas competências.

Palavras-chave: Educação baseada em competências. Educação médica. Organizações Não Governamentais.

43.1 INTRODUÇÃO

A formação universitária contempla uma base curricular que aparentemente tem sentido unidirecional, focando na capacitação técnico-científica para que o graduando alcance o seu diploma, entretanto, em meio a vivências e discussões na literatura, têm-se entendido a razão do ensino superior como algo mais abrangente que cobre toda subjetividade do aluno, logo, o processo de formação atingindo todas as esferas de competência para um ser social. As atividades extracurriculares vêm com objetivo de potencializar esse espectro de habilidades que todo formando pode ter (PERES et al., 2007).

A Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA) é uma Organização Não Governamental suprapartidária, formada por estudantes de medicina com o objetivo de desenvolver campanha, projetos e eventos em diversas áreas de interesse social e ainda promove intercâmbio cultural, assim se constituindo de uma plena ferramenta para os estudantes interessados em desenvolver atividades informais que visem toda capacitação integral (LEAL et al., 2015).

A Assembleia Geral (AG) ocorreu duas vezes por ano afim de discutir melhorias para a ONG, provocar discussões que promova intercâmbio de ideias e filiar comitês aspirantes a não-pletos e posteriormente a plenitude (LACERDA et al., 2015). Este trabalho visa externar a experiência do representante do comitê local não-pleno da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM – PB) na última AG realizada pela IFMSA.

43.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa acerca da vivência prática de um estudante do curso de graduação em Medicina, da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, que representou o comitê não-pleno da IFMSA FCM - PB durante a 53ª Assembleia Geral em Juiz de Fora - Minas Gerais, que ocorreu entre os dias 30 de maio e 3 de junho de 2018. A temática da AG foi referente à saúde LGBT, assim houve palestras e cursos na pré-assembleia em meio a programação tradicional do evento.

A vivência adquirida foi através da participação no curso de liderança, realizado na pré-assembleia, sessões administrativas, plenárias e nos momentos de *networking* com os demais estudantes presentes. A assembleia reuniu mais de 80 instituições de ensino diferentes de todas as regiões do Brasil e mais de 300 estudantes de medicina.

43.3 RESULTADOS

Ao entrar na IFMSA FCM – PB, pouco conhecia sobre a grandeza desta ONG e a sua importância para formação acadêmica. Em menos de 2 meses como filiado, houve a oportunidade de participar deste evento que até então era uma incógnita. A presidente local do comitê me incentivou e trouxe à tona que eu poderia me surpreender com a experiência que estaria por vir. Ao viajar para Minas Gerais, sem nenhum amigo ou conhecido, fui certo que algo de bom poderia acontecer.

Eu sempre acreditei que a formação do estudante de medicina era além dos livros, e que existia muito mais durante a prática profissional. Quando procurei estudar sobre o que estaria me envolvendo, tive um sentimento de respaldo e passei a acreditar que a AG faria sentir-me em casa. Esse sentimento cresceu ao decorrer de toda experiência que obtive naquele local.

No primeiro dia participei do curso de liderança ministrado pela Presidente da Diretoria Nacional da *IFMSA Brazil*. O curso mostrou-me efetivo, a temática foi construída de forma funcional. Assim houve meu primeiro impacto dentro deste evento, consegui enxergar debates de alta qualidade feitos por estudantes. Pelo fato da palestrante ser ainda graduanda, o sentimento de horizontalização trouxe conforto e entusiasmo para continuar a crescer dentro dos meus objetivos que vão além do institucional.

No decorrer da Assembleia, decidi participar das sessões administrativas que me ajudariam a entender ainda mais o que é a IFMSA e como fazê-la funcionar. Toda noite também havia plenárias, momento mais formal da assembleia, era nelas que a IFMSA demonstrava toda sua organização e fazia-me ter vontade de participar cada vez mais dessa ideia. Os momentos de descontração serviam para conhecer mais pessoas e eu pude entender e conversar com muitas pessoas sobre o que era medicina, saúde mental e enriquecer-me cada vez mais de novos saberes carregados de um teor cultural que só uma vivência poderia explicar.

O momento mais marcante de toda AG foi a foto oficial. Naquele instante em que percebi todos os estudantes reunidos com camisas padronizadas e rostos pintados percebi que não se tratava somente de uma fotografia, mas de eternizar um momento que transbordava a ideia do que era ser IFMSA, do que era representava uma AG e do que era fazer a diferença dentro da medicina. A expectativa que tinha sobre o evento foi superada trazendo na bagagem comigo uma certeza: existe algo muito além da medicina que é essencial ao médico.

43.4 CONCLUSÃO

A participação em uma AG é fundamental para que um estudante de medicina desenvolva competências além das técnicas-científicas e ainda mais para filiados entenderem a dimensão da organização. A percepção que existe pessoas de outros Estados que lutam por uma medicina diferente e há uma aproximação de ideias quando você participa efetivamente dos eventos, é essencial para uma formação integral.

REFERÊNCIAS

LACERDA, Paulo Narley Matos et al. Extensão universitária na atualidade: a IFMSA Brazil como foco. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 2, p. 81-86, 2015.

LEAL, Edvaldo Júnior Nogueira et al. Ativismo em HIV/aids: Levantamento de atividades da Federação Internacional dos Estudantes de Medicina Associados do Brasil. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v.1, n.2, p.47-52, 2015

PERES, Cristiane Martins; ANDRADE, Antonio dos Santos; GARCIA, Sérgio Britto. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 203-11, 2007.

44 Importância do mecanismo de territorialização no âmbito da ESF

Vinicius Paiva Cândido dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Victor Ribeiro Xavier Costa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Pedro Hugo Vieira da Silva

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Matheus Rodrigues Nóbrega

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Roberta Gracielle Amorim de Queiroz

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Luzia Ceci de Freitas Neta

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

Vitor Magalhães Libanio

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

RESUMO

OBJETIVOS: Relatar o funcionamento do SUS na prática e a importância da territorialização em saúde como mecanismo de compreensão da situação de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, acerca da vivência prática de um grupo de estudantes do curso de graduação em Medicina, da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, durante o decorrer do Módulo de Atenção à Saúde I, no eixo Saúde e Comunidade, durante o período acadêmico 2017.1. **RESULTADOS:** A USF apresenta deficiências infra estruturais, população em envelhecimento e a alta incidência de diabéticos, hipertensos e outras comorbidades crônicas. Além disso, a verticalização é presente na região e acarreta uma sobrecarga do ACS e da USF. As microáreas apresentam problemas como casas em situações precárias, falta de saneamento básico, alta incidência de alcoolismo e tabagismo e ruas não pavimentadas. Como equipamentos sociais, possui praça, igreja, escola e USF. Logo, a territorialização é o diagnóstico epidemiológico de um espaço, para identificar fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença da região, sendo, assim, de grande importância para a formação médica e dos demais profissionais da Atenção Básica.

Palavras-chave: Educação em saúde pública. Saúde da família. Saúde pública.

44.1 INTRODUÇÃO

A promoção de uma melhor organização da Saúde Pública é um dos princípios adotados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assim a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem a Unidade de Saúde da Família (USF) como principal modelo de assistência primária para a concretude dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diversos níveis da Federação (BRASIL, 2000).

Há dois aspectos composicionais do SUS que merecem certa atenção geográfica. O primeiro é o caráter de direito. A “saúde é direito de todos”, diz a Constituição 1989. Tal sistema democratiza o acesso a saúde, por ser universal, integral e equitativo para todos os brasileiros, funcionando de maneira descentralizada e com a regionalização da assistência à saúde. A partir da necessidade do aperfeiçoamento e reformulação da formação dos profissionais em serviço além da necessária mudança de relações entre os locais de ensino e os serviços de saúde, vem ocorrendo um movimento de reestruturação da formação médica.

No contexto brasileiro, busca-se transformar a formação médica de forma que favoreça os objetivos do SUS, logo fortalecendo a Atenção em Saúde que foca nas necessidades da população, visando projetos que tenham o ensino voltado para a comunidade. Partindo desta, a regionalização é feita de acordo com essas diretrizes citadas, onde cada território adscrito terá uma equipe de saúde da família, sendo responsável por desenvolver, além da educação continuada da saúde, ações setoriais e intersetoriais, com base nas necessidades de cada território.

Logo, a aproximação dos profissionais da saúde e gestores com o território e a comunidade, permite o melhor conhecimento da situação da saúde. O Objetivo desse estudo é relatar o funcionamento do SUS na prática, pela visão de estudantes de medicina, no contexto da ESF e o uso da territorialização em saúde como mecanismo de compreensão da situação de saúde nas mesmas.

44.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa acerca da vivência prática de um grupo estudantes do curso de graduação em Medicina, da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, durante o decorrer do Módulo de Atenção à Saúde I no eixo Saúde e Comunidade. O estudo foi realizado durante o período acadêmico 2017.1, durante seis visitas no campo prático, nos meses de março a junho do ano de 2017, em uma Unidade de Saúde da Família de responsabilidade administrativa do Distrito Sanitário III, pertencente ao município de João Pessoa-PB.

A coleta de dados foi orientada pelo roteiro semiestruturado disponibilizado pelas professoras do módulo, além disso, foram utilizadas anotações de experiências próprias dos alunos durante as visitas, assim como perguntas para nortear entrevistas com profissionais e usuário do território adstrito feito pelos do grupo de discentes. Foram utilizadas fontes primárias e secundárias, as quais foram debatidas nos grupos de discussão com a orientadora e grupo de alunos, a fim de identificar aspectos determinantes sobre a realidade da comunidade e o estudo sobre territorialização em saúde no âmbito da ESF. A análise dos dados foi por meio de observação direta e reflexão acerca das informações coletadas com base e dialogando com a literatura e aulas teóricas.

44.3 RESULTADOS

A situação da microrregião e a saúde do território compreende-se por ser o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos na ESF. O processo de territorialização em saúde deve ser considerado como um importante instrumento gestor por ser uma análise das condições de saúde e risco de uma determinada população, para preparar ações futuras.

Dessa forma, a experiência acadêmica no Módulo Atenção à Saúde proporcionou uma análise sobre o diagnóstico situacional da região, uma vez que apresentava deficiências infraestruturais, como a restrição de espaço na casa alugada pela USF, que impedia as atividades relacionadas à atenção primária à saúde, além disso, barreiras funcionais e geográficas.

De outra forma, percebemos como desafios os de cuidar da população em envelhecimento e a alta incidência de diabéticos, hipertensos e outras comorbidades crônicas. O processo de verticalização é presente na região e acarreta uma sobrecarga do ACS e da USF, por quebrar o elo entre o usuário e os serviços prestados em saúde, como a dificuldade em marcar exames e consultas de especialidades, assim como aspectos funcionais na USF, que são: interdição da sala de vacinação e o não funcionamento da farmácia.

O território é composto por 9 microáreas, onde a estudada tem como principais problemas: casas em situações precárias, falta de saneamento básico, alta incidência de alcoolismo e tabagismo, ruas não pavimentadas, condições sanitárias degradantes, que dificulta o acesso do usuário e contribui negativamente no processo de saúde-doença. As outras microáreas apresentam maior homogeneidade, porém com dificuldades de comunicação entre a equipe da USF e a população. Ademais, podemos notar como equipamento social no território-área: uma praça, igreja, escola e a USF, que trazem para comunidade benefícios.

44.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa maneira, nota-se que a territorialização é um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região e, tendo em vista que é de grande importância para a formação médica e dos demais profissionais de saúde no âmbito prático, desde o primeiro ano do curso, levando o aluno a construir um olhar crítico sobre a Estratégia de Saúde da Família e conhecendo os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença que, por sua vez, possibilita criar estratégias de saúde para melhor aproveitar os benefícios assegurados pelo SUS e, por conseguinte, melhorar a atenção e atendimento ao usuário.

Além disso, possibilita a contribuição de um cuidado ampliado que considera os aspectos biopsicossociais da população, já que se conhecem as fragilidades pertinentes ao território. Desse modo, conclui-se que é imprescindível trabalhar a territorialização como um instrumento de aperfeiçoamento profissional, de reconhecimento dos sujeitos e das práticas de saúde e a complexidade da atenção e saúde comunitária.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, L. G. da S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 177-187, dez. 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial do Brasil**, Brasília, n. 204, p. 55,24 out. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica: e-SUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3ap49pn>. Acesso em: 24 jul. 2018.

GONDIM, G. et al. **O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. [S.l.]: Escola de Saúde Pública do Paraná, 2002.

JUSTO, L. G. et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1345-1354, 2017. Suplemento 1. Disponível em: <https://bit.ly/2yx5VYs>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p.4323-4330, 2014. Disponível em: <http://ref.scielo.org/5jrsqh>. Acesso em: Acesso em: 24 jul. 2018.

Aurimarcia da Silva Torres

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Laura Ferreira Dias Xavier

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Letícia Moraes de Andrade

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Letícia Sousa de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Raquel Alice Fernandes Holanda

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

A “Sala de Aula Invertida” tem o propósito de retirar o aluno da passividade e colocá-lo no papel de construtor ativo de seu próprio conhecimento. Nessa perspectiva, professores de Bioquímica da UFRN incorporaram essa metodologia à disciplina - que recebia críticas recorrentes pela forma mecanizada de transmissão e cobrança de conteúdo - de forma a inovar o aprendizado e torná-lo mais atraente aos discentes. O presente trabalho, portanto, tem por objetivo relatar a experiência dos alunos com os métodos ativos e mostrar o impacto de tal conceito em um curso ainda muito restrito aos modelos tradicionais de aula.

Palavras-chaves: Aprendizagem baseada em problemas. Bioquímica. Educação médica.

45.1 INTRODUÇÃO

Um dos tópicos que estão em alta dentro dos círculos acadêmicos é a inovação das metodologias de ensino. Hoje, vê-se no ensino tradicional uma estratégia já defasada que não acompanha as mudanças socioculturais enfrentadas na atualidade. Somado a isso, tem-se um avanço crescente das tecnologias de informação voltadas ao ensino e do novo entendimento acerca do exercício médico, que exige o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais de integração de conhecimentos e ampliação do saber. Nessa perspectiva, as metodologias ativas surgem como uma forma de aprimorar os processos de ensino-aprendizagem tornando o aluno protagonista na construção do conhecimento teórico-prático.

Nesse contexto, com o intuito tornar o ambiente da sala de aula mais convidativo e produtivo, a sala de aula invertida vem sendo uma das estratégias adotadas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Esse método inovador de ensino busca aliar a produção de conhecimento tradicional com as tecnologias já presentes na realidade dos discentes, possibilitando, assim, uma interação mais estreita entre professor e aluno.

No âmbito da educação médica, o uso de metodologias ativas propicia, além da construção de um conhecimento mais solidificado, o empoderamento do aluno que é chamado a participar da aula ativamente, como construtor do conhecimento, juntamente ao professor. Tendo em vista a importância dessa mudança no cenário acadêmico, esse trabalho tem como objetivo expor a experiência do uso da metodologia “Sala de Aula Invertida” nas aulas de Bioquímica para alunos do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), campus Natal, visando partilhar os benefícios e experiências obtidas para que essa forma de ensinar e aprender seja melhor explorada por outros profissionais, privilegiando um maior número de estudantes.

45.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A disciplina de Bioquímica foi ministrada 80% na forma tradicional, como é feita na maioria das universidades do país, consistindo em um método passivo de aprendizado, no

qual o professor apresenta todo o conteúdo e o aluno se limita a ouvir e tirar dúvidas. Entretanto, 20% da disciplina, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no semestre de 2017.2, foi dada na forma do conceito de “Sala de Aula Invertida” (ou *flipped classroom*). Tal metodologia, (BISHOP; VERLEGER, 2013), definem como uma técnica educacional constituída por duas partes: atividades de aprendizagem dinâmicas e interativas realizadas em grupos durante a aula e a orientação individual realizada de forma *online* fora da sala de aula. Nessa perspectiva, percebe-se que a “Sala de Aula Invertida” parte do princípio que o tempo em sala não deve ser gasto com aula expositiva, mas sim com algo dinâmico que consolide o conhecimento do aluno.

Sabendo disso, na UFRN, esse conceito foi aplicado com videoaulas, gravadas pelos próprios professores, as quais eram disponibilizadas via *YouTube* um dia antes do encontro presencial. Cada apresentação tinha duração de aproximadamente 30 minutos e ofereciam aos alunos uma noção geral do conteúdo que seria trabalhado, de forma a possibilitar o desenvolvimento de um bom raciocínio lógico para resolver os problemas propostos posteriormente na sala de aula. Tais vídeos eram bastante didáticos, com ilustrações esclarecedoras e explicações claras e objetivas, utilizando exemplos do cotidiano para facilitar a compreensão. Na perspectiva dos estudantes, uma das maiores vantagens era a possibilidade de rever, repetidamente, as partes consideradas de maior grau de dificuldade até obterem o entendimento, além de poder pausar a exibição caso desejassem.

Na sala de aula, logo ao chegarem, os alunos respondiam um questionário com cinco perguntas objetivas e curtas sobre tópicos comentados na vídeo aula, de forma que o professor tivesse noção de quem as assistiu e de quais tópicos não estavam claramente assimilados. Com a correção dessas questões, feita automaticamente por um aplicativo, os alunos eram divididos em grupos, de forma aleatória, para a segunda parte da aula.

Nesse outro momento, os alunos recebiam três atividades: a primeira, era composta por duas ou três questões discursivas simples que tinham por objetivo iniciar o desenvolvimento do raciocínio do aluno para aqueles tópicos; a segunda, era formada por perguntas mais complexas que exigiam uma maior discussão do grupo e de mais tempo para serem feitas, necessitando, muitas vezes, que o grupo pedisse uma orientação do professor para alcançar uma conclusão definitiva; já a terceira atividade, era composta por itens que demandavam outros conhecimentos além dos obtidos durante as aulas *online*,

levando os alunos a pesquisar e buscar informações em meios virtuais ou em livros que pudessem ajudar na construção das respostas..

Ao fim, os professores discutiam todas as questões e análises feitas por cada grupo, de modo que não restassem dúvidas sobre os raciocínios e respostas mais corretos. Considerando isso, percebia-se que muitos raciocínios não estavam errados, apenas um pouco precipitados, incompletos ou fora do que os professores queriam para aquele momento, mas, durante esse momento final de discussão, discentes e docentes trocavam conhecimentos na elaboração de respostas mais completas para as atividades realizadas.

45.3 DISCUSSÃO

Diante da necessidade de se encontrar metodologias mais eficientes de ensino-aprendizagem, a “Sala de Aula Invertida” mostrou-se como uma alternativa bastante efetiva para a educação médica. O material didático virtual produzido pelos próprios professores foi essencial para que o conteúdo das videoaulas fosse direcionado especialmente para aquele público-alvo específico, atentando às suas necessidades. Ademais, o embasamento teórico prévio às aulas presenciais permitiu que o tempo na sala fosse melhor aproveitado, esclarecendo dúvidas, aprofundando e fixando o conteúdo.

As etapas nas quais o tempo na sala de aula foi dividido tornaram-se indispensáveis para um melhor aproveitamento dos encontros com os professores. Como, no início de cada aula presencial, eram distribuídos testes rápidos para verificar o grau de conhecimentos prévios dos alunos, os professores conseguiam ter um *feedback* da qualidade do material disponibilizado para o estudo em casa e das principais dificuldades apresentadas pela turma. Além disso, a participação ativa dos estudantes e o estímulo à reflexão no decorrer das atividades desenvolvidas permitiram que o conhecimento fosse construído e consolidado em um ambiente mais descontraído.

Dessa forma, percebe-se que a “Sala de Aula Invertida” teve efeitos bastante positivos para a educação médica. Essa forma de ensinar e aprender mutuamente, além de estreitar as relações entre professores e alunos, estabelece um ambiente de ânimo e união no qual estudar torna-se mais fácil e prazeroso.

45.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante, muitas vezes, da inconformação e da falta de aprendizado pelos alunos em aulas tradicionais, a “Sala de Aula Invertida” surge de forma a inovar o ensino, por meio de metodologias que prendam os discentes à aula, assim como de forma que eles possam aprimorar a forma de estudar.

Dessa forma, tal proposta corrobora diretamente na melhoria da educação médica, promovendo uma maior autonomia do aluno, aprimorando a busca e interesse pelo conhecimento e realizando uma maior integração entre os discentes.

REFERÊNCIAS

BISHOP, J. L.; VERLEGER, M. A. The Flipped Classroom: a survey of the research. **American Society For Engineering Education Annual Conference And Exposition**, Atlanta, p. 23-26, jun. 2013.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 780-788, maio 2004.

46 Intercâmbio acadêmico e sua relevância para a formação do estudante de medicina – relato de experiência

Tiago Silveira do Carmo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Matheus Henrique Lopes Araújo

Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Fabício Freire de Melo

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

RESUMO

Relato de experiência do intercâmbio realizado pelo acadêmico de medicina da UESB proporcionado pela *IFMSA Brazil*, pelo comitê SCOPE na área de pediatria. O relato tem como objetivo demonstrar a relevância da experiência extracurricular para o estudante, bem como relatar semelhanças e diferenças no ensino da prática médica das duas localidades.

Palavras-chave: Intercâmbio. Medicina. *IFMSA Brazil*. México.

46.1 INTRODUÇÃO

As forças de transformação vêm impactando o globo, internacionalizando a vida social e a economia e diminuindo a importância das fronteiras. A percepção do que ocorre, de como selecionar e de como interpretar os estímulos externos são fatores primordiais para o homem do século XXI (NEVES; NORTE, 2011, p.3). Seguindo essa percepção, no arcabouço do estudante de medicina, o intercâmbio se apresenta como uma oportunidade em vislumbrar novas realidades e aumentar a ótica sobre o impacto individual que o acadêmico e, futuro médico, pode ter sobre o ambiente em que vive.

Ainda segundo essa lógica, a experiência em intercâmbio tem um papel fundamental em modificar a vida do estudante e promover uma modificação em esferas da sua vida que vão além do que concerne ao ambiente da Universidade, mas lhe permite novos olhares acerca das relações interpessoais e, ainda, sobre a sociedade e suas variantes, determinadas por cada país, cidade, cultura e povo ao qual está relacionada.

Nesse sentido, o intercâmbio acadêmico permite proveito e vantagens que vão além do aprendizado, mas também o desenvolvimento psicológico, autoconfiança, amadurecimento, independência, capacidade de se relacionar, sentir-se um cidadão do mundo (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2012). Dessa maneira, a pessoa que tem a oportunidade de participar, sobretudo durante a formação de ensino superior, de uma experiência em outro país pode agregar habilidades que podem trazer benefícios à sua prática profissional.

Em relação aos intercâmbios promovidos pela *IFMSA Brazil* – instituição não governamental que reúne estudantes de medicina em escolas médicas em 127 países do globo – o estudante pode vivenciar práticas clínicas em diversas especialidades médicas ou, participar de intercâmbios de pesquisa, aprimorando conhecimentos e vivenciando o cotidiano de estudantes de outras localidades.

Nesse relato, há uma explanação acerca do intercâmbio promovido pelo SCOPE, comitê que coordena o intercâmbio profissional, na área de pediatria. O período de realização foi de 4 semanas, na cidade de Puebla, México, com cerca de 2,1 milhões de habitantes, sendo considerada a quarta maior cidade do país e com escolas médicas públicas e privadas, sendo que o comitê da IFMSA México que organizou o estágio foi o da faculdade de medicina UPAEP.

Além de demonstrar a importância da experiência em outra realidade, esse relato visa demonstrar também as diferenças entre a prática do internado de medicina em outras localidades, nesse caso o México.

O internato empregado atualmente no México tem propiciado a aquisição de experiências significativas que permitem ao aluno identificar riscos, aplicar medidas preventivas de diagnóstico, tratamento e reabilitação nos principais problemas de saúde, de pediatria, ginecologia e obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral, medicina de urgências e medicina familiar, geral ou com sentido ético e humanista (TAPIA; VILLANUEVA et al., 2007, p. 2). Dessa maneira, foi possível traçar percepções acerca de semelhanças e diferenças em relação ao internato brasileiro, em caráter de melhor compreensão da prática exercida localmente no Brasil.

46.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

No mês de janeiro de 2018 realizei um intercâmbio pelo SCOPE da IFMSA México no departamento de pediatria do ISSSTE (Instituto de Segurança e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado), conveniado a faculdade de medicina da UPAEP na cidade de Puebla de Zaragoza. A escolha pelo México se deu, dentre outros motivos, devido à curiosidade em desenvolver experiências acadêmicas e culturais em um país com grandes riquezas históricas e naturais. Nesse sentido, desde os primeiros momentos estive imerso no cotidiano dos mexicanos que demonstraram hospitalidade e me acolheram em seu país.

Para além dos aspectos culturais, as primeiras percepções na vivência do contexto médico-hospitalar do México foram de que o hospital atendia uma população de nível socioeconômico de média a baixa renda, em sua maioria trabalhadores da zona urbana. O ISSSTE apresenta uma estrutura verticalizada e bem organizada na qual o térreo aloja os setores de emergência adulto e infantil, além de diagnóstico por imagem e laboratório e área administrativa. Nos níveis superiores do edifício, os pacientes se encontram distribuídos de acordo a demanda médico-especializada. Assim, no terceiro piso, situa-se o departamento de pediatria, área em que vivenciei a maioria das experiências.

No que concerne às práticas, o intercambista é vinculado ao grupo de internato que está exercendo atividades nos setores de UTI pediátrica, enfermaria, urgência, cirurgia e neonatologia. Dessa forma, há interação com estudantes que compartilham experiências

acadêmicas, vivências da prática médica e dificuldades encontradas na medicina local. Muito além, é possível compreender características epidemiológicas e comparar, dentre outros fatores, o perfil das principais afecções que acometem a população mexicana.

Dentre os fatores relacionados à vivência na prática médica no México, destaca-se como importância singular a comparação entre os recursos e as limitações deste país para com a realidade brasileira, visto que as duas nações se encontram em situações econômicas semelhantes a nível mundial, sendo que a desigualdade de acesso à saúde e os desafios para a prevenção de doenças são realidades nos dois países.

Nesse aspecto, pode se averiguar, também, que no contexto das relações econômicas, políticas e sociais entre os diferentes países, na tentativa dos mesmos se restabelecerem ou ainda buscarem posições de destaque cada vez maior no cenário mundial competitivo, as políticas de intercâmbio científico-tecnológico têm se consolidado e apresentam-se como instrumentos potencializadores da formação dos recursos humanos, da construção de uma cultura regional, do desenvolvimento conjunto de tecnologias e das possibilidades de inserção flexível nos mercados de trabalho dos diferentes países (EIRAS, 2009, p. 6).

46.3 DISCUSSÃO

Seguindo a análise das doenças mais prevalentes no serviço de pediatria do ISSSTE, foi possível notar que os principais problemas dos pacientes eram infecções bacterianas, sobretudo pulmonares, além de emergências cirúrgicas - como apendicite - e doenças neurológicas, principalmente relacionado ao diagnóstico precoce (neonatologia). Além disso, doenças tropicais como dengue, Zika e Chikungunya também se encontravam no contexto das patologias mexicanas, sendo que no país também existem medidas preventivas e de educação popular para diminuir a incidência dessas arboviroses.

Além da observação dos aspectos da prática médica, pude vivenciar como intercambista o cotidiano das atividades dos estudantes de medicina e entender que o curso, comumente, funciona em moldes diferentes, principalmente no internato, do que é habitual na prática acadêmica dos estudantes brasileiros. No México, o internato ocorre em um período de dois semestres (quinto ano) e, no sexto ano, os internos são direcionados de

acordo o desempenho acadêmico a exercer a prática médica em modo supervisionado em setores que variam desde a atenção básica até áreas médicas hospitalares.

Além das vivências prático-observacionais, o intercâmbio me proporcionou experiências significativas no âmbito sociocultural. Nesse bojo de aprendizado, a cultura mexicana se apresentou com grandes riquezas, sobretudo no aspecto histórico dos povos pré-hispânicos, na beleza encontrada na música, dança, arquitetura, folclore e, principalmente, no carisma da população.

46.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Mário Quintana (2005), viajar é mudar a roupa da alma. Nessa égide, o intercâmbio é uma oportunidade ímpar para o estudante, acima de tudo, compreender os aspectos da própria realidade e aprender com uma nova cultura as dificuldades e as estratégias para enfrentar os problemas. Foi possível captar o processo de adoecimento e as características da medicina mexicana, bem como sua forma de lidar com as afecções que ocorrem em crianças e adolescentes. Diante disso, agreguei à minha vivência pessoal experiências que estarão gravadas em minha memória para toda a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade em realizar esse sonho de participar de um intercâmbio durante a minha formação acadêmica. Aos meus pais pelo apoio incondicional e pelo amor que dispõem todos os dias de bom grado. Ao meu amigo Matheus Henrique, pelo apoio durante o intercâmbio e posteriormente a ele, me incentivando na execução desse relato e se mostrando como uma amizade valorosa. À UESB, pelo apoio financeiro e acadêmico e à *IFMSA Brazil* por sempre me mostrar que posso fazer a diferença.

REFERÊNCIAS

EIRAS, A. de L. **Os intercâmbios institucionais entre alunos de graduação e sua importância nas políticas de regionalização universitária**. Campinas: [s.n.], 2009.

NEVES, A. M. C. D. NORTE, A. L. Internacionalização e mobilidade acadêmica: princípios e ações para o sucesso de uma parceria de intercâmbio acadêmico. *In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NA AMÉRICA LATINA*, 9., 2009, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/355onDP>. Acesso 29 jul. 2018.

OLIVEIRA, M. G. de; PAGLIUCA, L. M. F. Programa de mobilidade acadêmica internacional em enfermagem: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 195-198, Mar. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2zfvjIG>. Acesso em: 29 jul. 2018.

QUINTANA, M. **Poesia completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.

TAPIA VILLANUEVA, R. M. et al. The undergraduate medical internship and the clinical competences: Mexico in the Latin American context. **Educ. Med. Super.**, Ciudad de Habana, v. 21, n. 4, dic. 2007. Disponível em <https://bit.ly/2x1RvPE>. Acesso em 18 jul. 2018.

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA (PUEBLA). **Homepage**. [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/3bqS2JK>. Acesso em: 29 set. 2018.

INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATIONS. **Introduction to IFMSA Exchanges**. [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/2zkYeoA>. Acesso em: 29 set. 2018.

47 MedEnsina: um relato de experiência sobre a interface entre a educação médica e a preparação para o ensino superior

Ana Caroline dos Santos Araújo

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Fausto Pierdoná Guzen

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

João Paulo da Silva Liberalino

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Letícia de Lima Mendonça

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Thiago Luis de Holanda Rego

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

Embora o acesso à informação sobre o ensino superior esteja mais facilitado, ainda é notório o impacto que os estudantes sofrem ao adentrarem à academia, seja pelas suas divergências com o Ensino Médio ou pela incompatibilidade entre as expectativas e a realidade dos cursos. Assim, objetivando esclarecer estudantes do Ensino Médio e de cursos preparatórios para o ingresso no ensino superior da cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, sobre assuntos pertinentes ao curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), além de aproximá-los da realidade acadêmica, graduandos em Medicina dessa faculdade desenvolveram a campanha MedEnsina. Nesta, os participantes visitaram algumas dependências da instituição, onde, inicialmente, foram aplicados questionários prévios e realizou-se uma roda de conversa motivacional com relatos dos coordenadores da campanha sobre os desafios até o ingresso no curso. Em seguida, abordou-se temáticas como anatomia e histologia básicas, serviços ambulatoriais, programas de residências médicas, mestrado e doutorado, projetos de pesquisa e de extensão, ligas acadêmicas e monitorias. Posteriormente, outra roda de conversa obteve o *feedback* dos participantes acerca da ação e um novo questionário foi aplicado. Aliados às impressões dos coordenadores acerca da sua interação com os participantes, tais questionários nortearam este relato de experiência. O MedEnsina, portanto, foi capaz de identificar e intervir no desconhecimento do seu público alvo sobre os impactos sociais da FACS e a realidade acadêmica da graduação médica nesta.

Palavras-chave: Educação médica. Faculdade de Medicina. Graduação médica. Instituições de ensino.

47.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as taxas de evasão no ensino superior vêm se mantendo aproximadamente constantes ao longo dos últimos 15 anos, sendo próxima a 22%, menor para o setor público e maior para o privado. Apesar disso, na graduação de Medicina esse valor é um dos menores entre os cursos superiores (FILHO et al., 2007), o que pode ser justificado por uma relação inversamente proporcional a sua demanda. Estudos apontam que os múltiplos fatores envolvidos na escolha de um curso de nível superior podem levar os estudantes do Ensino Médio a terem dificuldade nesse processo (BENTO; FALCONELLI, 2013), sobretudo quando não se conhece com clareza as características dos cursos almejados ou da Instituição de Ensino Superior (IES) que os ofertam.

Nesse contexto, a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), referência nacional obrigatória na criação de currículos e propostas pedagógicas nas redes de ensino e instituições escolares públicas e particulares (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2017), não preconiza o esclarecimento aos alunos acerca da vivência em uma universidade. Assim, o desconhecimento das informações básicas necessárias a um vestibulando, como as principais temáticas estudadas em cada graduação, ou a existência de outras dúvidas frequentes, a exemplo de aspectos da rotina estudantil em uma IES, atrelados à insuficiência das informações disseminadas nas mídias sociais, culminam na dúvida ou em uma escolha não consciente acerca de qual carreira acadêmica escolher.

Diante dessa realidade, no âmbito da Medicina, são oportunas atividades de esclarecimento sobre Educação Médica para estudantes do Ensino Médio, uma vez que a escolha esclarecida e assertiva do curso é determinante, por exemplo, para mitigar a preocupante prevalência de Transtornos Mentais Menores (TMM) nos graduandos em Medicina (ROCHA; SASSI, 2013). Ademais, esse esclarecimento é crucial para evitar o ganho de discentes frustrados por visões errôneas, imprecisas ou utópicas acerca da graduação ou a perda de possíveis estudantes com aptidões e vocações necessárias para a graduação, as quais são fatores indicados por pesquisas como os mais determinantes na escolha do curso superior (MOREIRA; FARIA, 2009).

Além dos conhecimentos de Educação Médica, a qualidade e o prestígio da instituição que oferta a graduação são alguns dos principais fatores envolvidos na escolha

do estudante por qual curso se candidatar (SOARES, 2007). Concomitantemente, foi verificada por relatos de atuais e ex-alunos de Ensino Médio em diferentes escolas públicas e particulares, dentre eles três dos coordenadores da campanha em questão, uma grande deficiência no conhecimento da comunidade acerca das ações desenvolvidas pela Faculdade de Ciências da Saúde (FACS), onde funciona o curso de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Pensando nisso, o MedEnsina foi uma campanha desenvolvida pela *International Federation of Medical Students' Association of Brazil (IFMSA Brazil)*, *Local Committee UERN (LC UERN)*, em Mossoró, Rio Grande do Norte (RN), com vistas a aprimorar o conhecimento dos vestibulandos acerca da graduação médica e suas atividades correlatas nessa faculdade.

Nesse sentido, é realidade para muitos o desconhecimento, por exemplo, sobre os serviços ambulatoriais em diversas especialidades oferecidos pela FACS, os quais contabilizaram cerca de 8.340 atendimentos em 2017 (MORAIS, 2018), ou sobre os inúmeros projetos de extensão que disseminam o conhecimento acadêmico e, por meio dele, transformam o saber popular em prol da melhor qualidade de vida, como é o caso do Laboratório Itinerante do *Aedes Aegypti* (TARGINO, 2017), ainda em andamento. Outros não sabem sobre os programas de mestrado, doutorado e residências médicas com sede na FACS ou, até mesmo, dos programas de pesquisa existentes nessa, como os Programas Institucionais de Iniciação Científica (PIBIC) ou de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITI), o que pode representar uma perda para o mundo científico de possíveis profissionais.

Dessa maneira, a falta de informação da população regional sobre atividades desenvolvidas na FACS ou oferecidas por ela contribui para o não reconhecimento da sua grande importância para saúde da comunidade e para o não usufruto por essa dos serviços oferecidos. Além disso, existe um prejuízo para a educação e saúde locais, uma vez que atuais e futuros profissionais residentes em Mossoró e região optam por IES em outras cidades ou estados da federação por desconhecimento dos atributos de uma universidade local e, por vezes, não retornam a sua cidade de origem para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Dados de 2013 ratificam tais informações ao afirmarem que quase metade dos estudantes que ocuparam as vagas de Medicina oferecidas pelo Sistema de Seleção Unificada (SISU), no primeiro semestre do ano em questão, não residiam no mesmo estado da instituição em que vão estudar (MORENO, 2013).

O objetivo do MedEnsina consistiu, portanto, no esclarecimento de estudantes do Ensino Médio e cursos preparatórios para o ingresso no ensino superior da cidade de Mossoró/RN, a respeito de assuntos básicos pertinentes à graduação de Medicina da FACS/UERN, aproximando os vestibulandos à realidade acadêmica. De maneira mais específica, a campanha almejou: a) Contribuir para o conhecimento frente às habilidades que são construídas ao longo do desenvolvimento científico e profissional dos discentes do curso de Medicina; b) Esclarecer a estruturação básica de tal curso, apresentando um panorama geral de seu funcionamento; c) Apresentar a FACS a partir de sua infraestrutura, como os laboratórios, e atividades realizadas pela instituição; d) Destacar a importância do elo entre a referida faculdade e a comunidade; e) Familiarizar o público alvo com assuntos de Educação Médica, visto que essa formação ultrapassa os limites relacionados às disciplinas; f) Sobressaltar a importância da *IFMSA Brazil* na formação de médicos, discorrendo sobre seus valores e oportunidades.

Portanto, a campanha configura, para o eixo de Educação Médica, a busca pelo esclarecimento de possíveis futuros alunos do curso de Medicina da UERN frente à estruturação deste e da sua faculdade sede (FACS), bem como sobre a rotina e o papel social do estudante de Medicina. Ainda, a intervenção proposta torna viável a divulgação de atividades presentes e futuras realizadas pela instituição, de forma a promover o seu reconhecimento e facilitar a ocorrência e efetividade destas.

47.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

No dia 06 de maio de 2018, na FACS/UERN, das 7:00 às 12:30 horas, foi realizada a campanha MedEnsina, a qual atingiu 75 estudantes do Ensino Médio e de cursos preparatórios para processos seletivos de ingresso nas IES, no município de Mossoró/RN. Os participantes foram divididos em 3 grupos, os quais dirigiram-se até a faculdade em horários diferentes e lá puderam ter contato com sua infraestrutura, bem como aprimorar os seus conhecimentos acerca da graduação médica e das atividades relacionadas a ela.

Para cada grupo, a programação consistiu em 3 momentos. No primeiro, assim que os participantes chegavam às dependências da FACS, eram encaminhados para uma sala onde um dos coordenadores da ação realizou uma roda de conversa com os alunos sobre os desafios enfrentados durante a preparação para os exames de seleção das IES, com o

fito de motivá-los nesse processo, muitas vezes árduo e dificultoso. Além disso, nesse momento, foram aplicados os questionários prévios, os quais avaliavam o interesse dos alunos em cursar Medicina, bem como de fazê-lo na FACS; o contato prévio desses alunos com uma instituição que oferta o curso e com a UERN; o conhecimento de cada um sobre os impactos sociais relacionados a essa universidade, como atendimentos ambulatoriais gratuitos, residência médica, projetos de mestrado e doutorado; e o esclarecimento dos participantes sobre a *IFMSA Brazil*. Por fim, o grupo de alunos foi dividido em 3 subgrupos, os quais realizaram um rodízio de visitas na segunda parte da visita.

O rodízio do segundo momento consistiu na visitação a cinco locais da faculdade: Laboratório de Anatomia, Ambulatórios, Laboratório de Microscopia, Laboratório de Biologia Molecular e Anfiteatro. No primeiro, um ex-monitor de anatomia apresentou peças secas e molhadas, assim como protótipos, dos sistemas cardiovascular, nervoso e osteomioarticular com a finalidade de oferecer não somente uma compreensão prévia de como é estudar anatomia humana no nível superior, como também uma correlação dela com assuntos abordados durante o Ensino Médio, relatando, por exemplo, o tipo de sangue que preenche cada cavidade do coração e a contralateralidade no comando cerebral.

Ademais, organizadores da ação guiaram os alunos por outras dependências da faculdade, como os ambulatórios, onde aqueles explanaram sobre as especialidades médicas que ofereciam atendimento gratuito no local, bem como acerca de projetos com impacto direto na saúde pública regional, como o do Teste do Olhinho. Ainda, os participantes visitaram o Laboratório de Microscopia. Na ocasião, uma monitora de histologia recebia os grupos e discutia sobre conceitos básicos trabalhados na disciplina, como a composição das lâminas histológicas e suas colorações. Além disso, objetivou-se esclarecer como é estudar a anatomia microscópica no curso de Medicina, por meio de projeções visuais de lâminas básicas. Em seguida, a visita aconteceu no Laboratório de Biologia Molecular, onde um dos alunos de pós-doutorado da instituição apresentou os principais equipamentos utilizados no laboratório, a função de cada um e como podem ser utilizados em pesquisas científicas da instituição.

Por conseguinte, o subgrupo era destinado ao anfiteatro. Nesse ensejo, um graduando em Medicina da FACS debatia com os alunos sobre a vivência universitária, relatando, a título de ilustração: a rotina típica de um discente do curso; as oportunidades extracurriculares que surgem no ambiente acadêmico, como a *IFMSA Brazil*, ligas

acadêmicas, monitorias, projetos de pesquisa e de extensão; e a relevância de um centro acadêmico, bem como as funções referentes a este. O objetivo, portanto, era ampliar as perspectivas dos alunos com relação à universidade e, especialmente, ao curso de Medicina, de modo que a concepção sobre este fosse ampliada e fundamentada na realidade.

Ao fim, os 3 subgrupos foram destinados a uma sala para o terceiro momento. Nesse, eram aplicados os questionários finais a fim de averiguar, por exemplo, se os participantes haviam mudado de ideia sobre o interesse em cursar Medicina, bem como de fazê-lo na UERN, qual era o entendimento sobre os impactos sociais causados pela FACS e o esclarecimento acerca da *IFMSA Brazil*. Outrossim, com o objetivo de avaliar qualitativamente a ação, foi questionado aos alunos quais tinham sido as impressões deles, o que mais tinham gostado da visita, bem como o que poderia ser modificado em possíveis edições posteriores do evento. Destaca-se, na ocasião, a avaliação positiva da maioria dos estudantes, justificada pelos elogios e pedidos de que a campanha possuísse uma continuação.

47.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao permitir que os estudantes explorassem as principais dependências da FACS, o MedEnsina lhes proporcionou um maior esclarecimento acerca da infraestrutura e da tecnologia primárias destinadas à execução de atividades curriculares e extracurriculares do curso de Medicina da faculdade, as quais são algumas das principais expectativas dos estudantes na escolha de uma IES (BERGAMO et al., 2010). Apesar de tal esclarecimento ser essencial, as informações colhidas nos questionários apontaram que 69 dos participantes da campanha (92%) desconheciam a estrutura institucional destinada às práticas de uma graduação médica e, mais especificamente, 71 deles não conheciam o ambiente físico da FACS (94,7%), o que foi ratificado pelo contato dos coordenadores com os participantes.

Os questionários prévios aplicados no primeiro momento confirmaram o pouco esclarecimento frente aos serviços oferecidos pela IES em questão e, conseqüentemente, frente à importância social e acadêmico-científica dessa instituição, visto que 33 participantes (44%) afirmaram não conhecer a existência do Programa de Residências

Médicas da UERN antes do evento, o qual disponibiliza dois programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, o de Medicina de Família e Comunidade e o de Ginecologia e Obstetrícia (MOURA, 2014), assim como cerca de 26 deles (34,7%) afirmaram não ter conhecimento acerca dos projetos de mestrado e de doutorado institucionais, como o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade (Mestrado) (CARVALHO, 2018) e o Programa de Pós-Graduação Multicêntrico na área de Bioquímica e Biologia Molecular (Mestrado/Doutorado) (PEREIRA, 2018).

Nessa perspectiva, a exposição das atividades realizadas pela faculdade e da sua infraestrutura por meio do MedEnsina se fez importante, também, para evitar que a falta de conhecimento fomenta o estabelecimento de conceitos prévios equivocados, os quais podem distorcer o processo de escolha da IES pelos estudantes do Ensino Médio e, possivelmente, contribuir para a formação de estudantes e futuros profissionais frustrados. Essa realidade pôde ser constatada uma vez que antes da ação, apesar de todos os participantes estudarem no município de Mossoró e declararem interesse em cursar Medicina, 19 deles (25,3%) não demonstraram interesse em se graduar na FACS, enquanto no final da programação apenas 9 participantes (12%) alegaram esse desinteresse, o que representa uma redução aproximada de 54% do inicial.

No primeiro momento, além dos questionários, a equipe coordenadora realizou uma dinâmica de rodas de conversa com os estudantes, a qual possibilitou o maior envolvimento de todos. A partir dessa, pôde-se conhecer um pouco mais da história dos participantes, seus objetivos, dúvidas e anseios com relação ao curso de Medicina e à FACS, além de possibilitar que os próprios coordenadores da campanha relatassem sua experiência nessa trajetória de ingresso no ensino superior. Foi um momento de singela troca de vivências e perspectivas, o qual ganhou um caráter também motivacional.

No último momento, em uma outra roda de conversa, por meio da interação entre coordenadores e participantes, foi possível perceber um *feedback* positivo da campanha, que consistiu em uma série de elogios, sugestões e críticas, a partir dos quais percebemos aspectos a serem melhorados e/ou mantidos em ações do gênero. Nesse aspecto, a maioria dos participantes demonstrou interesse pela continuidade da campanha, requisitando, inclusive, uma ampliação no número de vagas, o que pode indicar a existência de uma demanda para futuras edições do MedEnsina ou, até mesmo, sugerir um respaldo para a institucionalização dessa campanha como um projeto de extensão. Por fim, muitos

dos participantes compartilharam do desejo de um maior tempo no Laboratório de Anatomia, bem como um maior contato com as peças, o que pode indicar um déficit teórico-prático no processo de ensino-aprendizagem da anatomia humana no Ensino Médio.

47.4 CONCLUSÕES

Ao permitir que os estudantes explorassem as principais dependências da FACS, o MedEnsina lhes proporcionou um maior esclarecimento acerca da infraestrutura e da tecnologia primárias destinadas à execução de atividades curriculares e extracurriculares do curso de Medicina da faculdade, as quais são algumas das principais expectativas dos estudantes na escolha de uma IES (BERGAMO et al., 2010). Apesar de tal esclarecimento ser essencial, as informações colhidas nos questionários apontaram que 69 dos participantes da campanha (92%) desconheciam a estrutura institucional destinada às práticas de uma graduação médica e, mais especificamente, 71 deles não conheciam o ambiente físico da FACS (94,7%), o que foi ratificado pelo contato dos coordenadores com os participantes.

Os questionários prévios aplicados no primeiro momento confirmaram o pouco esclarecimento frente aos serviços oferecidos pela IES em questão e, conseqüentemente, frente à importância social e acadêmico-científica dessa instituição, visto que 33 participantes (44%) afirmaram não conhecer a existência do Programa de Residências Médicas da UERN antes do evento, o qual disponibiliza dois programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, o de Medicina de Família e Comunidade e o de Ginecologia e Obstetrícia (MOURA, 2014), assim como cerca de 26 deles (34,7%) afirmaram não ter conhecimento acerca dos projetos de mestrado e de doutorado institucionais, como o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade (Mestrado) (CARVALHO, 2018) e o Programa de Pós-Graduação Multicêntrico na área de Bioquímica e Biologia Molecular (Mestrado/Doutorado) (PEREIRA, 2018).

Nessa perspectiva, a exposição das atividades realizadas pela faculdade e da sua infraestrutura por meio do MedEnsina se fez importante, também, para evitar que a falta de conhecimento fomente o estabelecimento de conceitos prévios equivocados, os quais podem distorcer o processo de escolha da IES pelos estudantes do Ensino Médio e, possivelmente, contribuir para a formação de estudantes e futuros profissionais frustrados. Essa realidade pôde ser constatada uma vez que antes da ação, apesar de todos os

participantes estudarem no município de Mossoró e declararem interesse em cursar Medicina, 19 deles (25,3%) não demonstraram interesse em se graduar na FACS, enquanto no final da programação apenas 9 participantes (12%) alegaram esse desinteresse, o que representa uma redução aproximada de 54% do inicial.

No primeiro momento, além dos questionários, a equipe coordenadora realizou uma dinâmica de rodas de conversa com os estudantes, a qual possibilitou o maior envolvimento de todos. A partir dessa, pôde-se conhecer um pouco mais da história dos participantes, seus objetivos, dúvidas e anseios com relação ao curso de Medicina e à FACS, além de possibilitar que os próprios coordenadores da campanha relatassem sua experiência nessa trajetória de ingresso no ensino superior. Foi um momento de singela troca de vivências e perspectivas, o qual ganhou um caráter também motivacional.

No último momento, em uma outra roda de conversa, por meio da interação entre coordenadores e participantes, foi possível perceber um *feedback* positivo da campanha, que consistiu em uma série de elogios, sugestões e críticas, a partir dos quais percebemos aspectos a serem melhorados e/ou mantidos em ações do gênero. Nesse aspecto, a maioria dos participantes demonstrou interesse pela continuidade da campanha, requisitando, inclusive, uma ampliação no número de vagas, o que pode indicar a existência de uma demanda para futuras edições do MedEnsina ou, até mesmo, sugerir um respaldo para a institucionalização dessa campanha como um projeto de extensão. Por fim, muitos dos participantes compartilharam do desejo de um maior tempo no Laboratório de Anatomia, bem como um maior contato com as peças, o que pode indicar um déficit teórico-prático no processo de ensino-aprendizagem da anatomia humana no Ensino Médio.

REFERÊNCIAS

BENTO, Alexandre Rodízio; FALCONELLI, Eduardo Fagundes. A Dificuldade do jovem na escolha de um ensino superior. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 11., 2013, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: PUC-PR, 2013. p. 5499-5510. Disponível em: <https://bit.ly/2yBRORg>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC, [2018?]. Disponível em: <https://bit.ly/34UyXx2>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BERGAMO, F. V. et al. De prospect a aluno: fatores influenciadores da escolha de uma instituição de ensino superior. **Revista Base (administração e Contabilidade) da Unisinos**, São Leopoldo, v. 7, p. 182-193, jul./set. 2010.

SILVA FILHO, Roberto Leal Lobo e et al. A evasão no ensino superior brasileiro. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 641-659, 2007.

MORAIS, Adriana. **Ambulatórios da UERN oferecem atendimento nas mais diversas especialidades**. Mossoró: UERN, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3atFVu7>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MOREIRA, Sergio Antonio Lobo; FARIA, Juliana Guimarães. Fatores que atuam na escolha de curso de graduação de alunos do 3º ano do ensino médio de escolas de Anápolis - GO. *In*: SIMPÓSIO DE ESTUDOS E PESQUISAS DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO, CULTURA E SUBJETIVIDADE. 2009, Goiânia. **Anais [...]**. Goiânia: UFG, 2009. v. 18.

MORENO, Ana Carolina. **Quase metade dos aprovados em medicina no Sisu migra de estado**. 2013. Disponível em: <https://glo.bo/34VHsYR>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MOURA, Mary do Socorro. **Residência médica**: apresentação. Mossoró: UERN, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/34YwS37>. Acesso em: 29 jul. 2018.

PEREIRA, Wogelsanger Oliveira. **PMBqBM**: apresentação. Mossoró: UERN, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Kshldk>. Acesso em: 29 jul. 2018.

ROCHA, Emmanuelle Santana; SASSI, André Petraglia. Transtornos mentais menores entre estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 37, n. 2, p. 210-6, 2013.

SOARES, Francisco Luiz Batista. **A Escolha do ensino superior: fatores de decisão**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TARGINO, Demóstenes Vieira. **Ações com carga horária docente**. Mossoró: UERN, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3buUvD7>. Acesso em: 29 jul. 2018.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - UERN. **Apresentação**: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade – PPGSS. Mossoró: UERN, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2KqZ712>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SOBRE OS AUTORES

Allysson Felipe de Farias Alexandre

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: felipealexandre123@live.com**Altair Reis dos Santos Júnior**

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC)

E-mail: altairjunior@yahoo.com.br**Ana Beatriz Muniz Costa**

Universidade Potiguar (UnP).

E-mail: biamuniz00@gmail.com**Ana Carolina Araújo Lemos Cavalvanti**

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: carol_alc1@hotmail.com**Ana Caroline dos Santos Araújo**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: medcaroly@gmail.com**Ana Flávia Sobral de Medeiros**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: flavia.sobral@ufersa.edu.br**Ana Karollyne Salviano Ferreira de Melo**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: karolsmelo@hotmail.com**Andiara Araújo Cunegundes de Brito**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: andiara.brito@ufersa.edu.br**Andrea Taborda Ribas da Cunha**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: andrea.taborda@ufersa.edu.br**Angélica Paula da Trindade**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

E-mail: angélica.upa@gmail.com**Anna Julia Lacerda Raposo**

Universidade Potiguar (UNP).

E-mail: julialacerapo@gmail.com**Anne Gabrielly Alfes da Silva**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: gabrielly1006@gmail.com

Anne Rose Marques dos Santos
Centro universitário Tiradentes (UNIT).
E-mail: annesantos_rose@hotmail.com

Annie Lívia Torres de Albuquerque Araújo
Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).
E-mail: annielivia2@gmail.com

Aline Vanessa Oliveira do Nascimento
Universidade Potiguar (UNP).
E-mail: aliineoliveiran@gmail.com

Artur Fonseca de Almeida Lins Serra
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).
E-mail: arturfals@gmail.com

Aryane Costa Câmara de Souza
Universidade Potiguar (UnP)
E-mail: aryane.costacs@gmail.com

Augusto Ítalo Matos Carvalho
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).
E-mail: augustoitalo31@gmail.com

Aurimarcia da Silva Torres
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
E-mail: aurimarcia@ufrn.edu.br

Bárbara da Câmara Santos Marinho
Universidade Potiguar (UnP)
E-mail: barbaramarinho95@hotmail.com

Bárbara da Ponte Ribeiro
Universidade Potiguar (UNP).
E-mail: barbaradaponte15@gmail.com

Bárbara Mayã Austregésilo de Alencar
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).
E-mail: barbara.mayan.bm@gmail.com

Bárbara Monteiro de Melo
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).
E-mail: barbara7melo@hotmail.com

Beatriz Gomes Dalla Justina
Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: beagomesdalla@gmail.com

Brenda Pasini

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: brendapasini@hotmail.com

Bruna Eduarda Freitas Monteiro

Universidade de Pernambuco (UPE).

Calebe Patrício Ferreira Menezes

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UNILESTE).

E-mail: calebepatriciojuridico@gmail.com

Camila Flach Weinmann

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: c_flash@hotmail.com

Carlos Ygor Costa Martins

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: ygor267@gmail.com

Celina Maria de Carvalho Guimarães

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE).

E-mail: celinaguimaraes2018@gmail.com

Creso Abreu Falcão

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE)

Daniela Souza de Brito

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE).

Danielle Nascimento Souto

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: souto.danie@gmail.com

Danilo Alvarenga Ferreira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: daniloalvarengaf@gmail.com

Dara Aparecida Silva Amaral

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: daraamaral18@gmail.com

Dávinna Nyara Lima Moura

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: davinnanyara@gmail.com

Dayane Patricia Ferreira Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: dayane.patriciamed@gmail.com

Débora Maria Marques Bezerra

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: debora.dmb@gmail.com

Débora Nascimento da Nóbrega

Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: canaldeboranobrega@gmail.com

Débora Senna Benatti

Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: debora.senna.benatti@gmail.com

Dennis Cavalcanti Ribeiro Filho

Centro universitário Tiradentes (UNIT).

E-mail: denniscrf@hotmail.com

Devani Ferreira Pires

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: dfp.pedi@gmail.com

Diogenes Lopes de Paiva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: diogenes.paiva@ufersa.edu.br

Eduarda Morgana Andrade de Almeida

Universidade Potiguar (UnP)

E-mail: eduarda.maa@hotmail.com

Edson da Silva Pereira Filho

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: edspfilho@gmail.com

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: ellanygurgel@gmail.com

Eloisa Alves Viana

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: eloisa.av23@gmail.com

Emanuel Kennedy Feitosa Lima

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: emanuel.lima@ufersa.edu.br

Emanuele Rodrigues de Barros

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: manuh.rodriguesdb@hotmail.com**Élida Falcão de Castro**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: elida_falcao_castro@hotmail.com**Fabrcio Freire de Melo**

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

E-mail: fabriciofm@uesb.edu.br**Fabrynne Lopes de Amaral**

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: fabrynne.amorin@hotmail.com**Fausto Pierdoná Guzen**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: faustoguzen@uern.br**Felipe Ferraz Trindade**

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC).

E-mail: ferrazft@yahoo.com.br**Felipe Manoel de Oliveira Santos**

Centro universitário Tiradentes (UNIT).

E-mail: felipe_manoel@hotmail.com**Fernando André de Oliveira Santana**

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: fernandolisant@gmail.com**Flávia Helena Soares de Oliveira**

Universidade Potiguar (UnP)

E-mail: flaviasoares6892@gmail.com**Flávio Santos da Silva**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

E-mail: flavio.santos@ufersa.edu.br**Francisco Alexandre de Araújo Almeida**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: alexandre@ufersa.edu.br**Francisco Rodrigues de Lima Neto**

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: frln@outlook.com.br

Frederico Fausto Marinho de Medeiros Junior

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: ffmmjunior@gmail.com

Gabriel Alves de Godoy

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: thegodoygabriel@gmail.com

Gabriela Nunes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: Gabriela.nunes3@icloud.com

Gabriela Prado Lopes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: gabipradolopes@gmail.com

Gabriela Zanotto Della Giustina

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: gabi.zdg@gmail.com

Giovanna Macedo Tavares

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: gitavares99@hotmail.com

Gizely Teixeira Fernandes

Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMOC).

E-mail: gizely.tf@gmail.com

Guilherme de Carvalho

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: gui.carvalho.12@hotmail.com

Hávila Dominique do Nascimento Silva

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: haviladominig@gmail.com

Henrique Marques Dagostin

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: marques.riquedagostin@gmail.com

Igor Rafael Miranda Ferreira Santander

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: igormirandafs@gmail.com

Isabella Bueno dos Santos

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: bueno.isabella@gmail.com

Isadora Gomes Tavares

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: isadora_gt@hotmail.com

Ismael Eduardo Gonçalves Bezerra

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: ismaellleduardo@gmail.com

Ivna Letícia de Góis Nogueira

Universidade Potiguar (UNP).

E-mail: ivnaletician@gmail.com

Jennifer do Vale e Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: jennifer.silva@ufersa.edu.br

João Paulo da Silva Liberalino

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: jpliberalino@gmail.com

João Roberto Escalone

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: zecaescalone@hotmail.com

José Alex Costa de França

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: costalex@gmail.com

José Ilton Silva Júnior

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

José Levy dos Santos Mesquita

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: joselevydossantosmesquita@gmail.com

José Roberto Scalone Barbosa

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: zecasalone@hotmail.com

Júlia Éboli Lacerda

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: jumedmb@gmail.com

Juliana Garcia Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: julia.eboli@hotmail.com

Juliana Kadja Melo da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: jukadja@gmail.com

Julyana Rodrigues Maciel

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: julyana23rodrigues@hotmail.com

Keila Marina Vidal Grochoski

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: keila.mgv@outlook.com

Larissa Cassiano de Araújo

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)

Larissa Fernandes Nogueira da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: larifernandesnog@gmail.com

Laura Ferreira Dias Xavier

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: auradxavier27@gmail.com

Lázaro Fabrício de França Souza

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: lazaro.souza@ufersa.edu.br

Leandro da Cruz Martins

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: leandrodacruzmartins1@gmail.com

Letícia de Lima Mendonça

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: leticiaadm10@gmail.com

Letícia Moraes de Andrade

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: leticiaandrade2701@gmail.com

Letícia Sousa Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: leticiasousa777@gmail.com

Líbne Lidianne da Rocha e Nóbrega

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: libnelidianne@gmail.com

Lívia Sousa Ribeiro

Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB).

E-mail: sribeirolivia@gmail.com

Luan Nilton da Silva

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE).

Lucas Christyan da Rocha Oliveira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: lucaschristyandarocha@gmail.com

Lucas Henrique Mendonça Uchôa Borges

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: lucashenrique.m.u.b@hotmail.com

Luciana Carla Freitas Rodrigues

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

Luísa Leite Alves

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: luisaleite11@gmail.com

Luzia Carla de Souza Soriano

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: luziacarla97@gmail.com

Maiara Vasconcelos Paiva

Centro universitário Tiradentes (UNIT).

E-mail: paivamaiara@yahoo.com.br

Maíra Cavalcanti Sousa

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: mairacsousa@hotmail.com

Marcelo Pereira de Lira

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: marcelop.lira@yahoo.com.br

Marcelo Augusto Araujo Castro

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: marcelo.acastro@live.com

Marconi Edson Maia Júnior

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: junior.marconi@hotmail.com

Marcos Henrique Gonçalves da Silva

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: marcoshghiist@gmail.com

Maria Beatriz Araújo

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: maria.-beatriz@hotmail.com

Maria Clara Braz de Almeida

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: mclarabraz@gmail.com

Maria Clara Vieira Morais

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: mariaclarav.morais@hotmail.com

Maria Eduarda Martins

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: mariaebmm@hotmail.com

Maria Helena Rosa da Silva

Centro Universitário Tiradentes

E-mail: mariahelena.to@hotmail.com

Maria Paula Chuahy Poli

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: mpaulapoli96@hotmail.com

Maria Sorely Werner Enes

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

E-mail: sorely16@gmail.com

Mariana Ribeiro de Paula

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: marianahare@hotmail.com

Marina Thayná Pessoa de Souza Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: marina.thayna.souza@gmail.com

Mateus de Paula Menezes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: demateusmpm@gmail.com

Matheus Henrique Lopes Araújo

Universidade Federal do Piauí (UFPI)

E-mail: matheushlopes@yahoo.com.br**Matheus Rodrigues Nóbrega**

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)

E-mail: matheusjpnobrega@hotmail.com**Milena Rodrigues Sampaio**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: milenarsamp@gmail.com**Myrella Lorena Almeida Pereira**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: myrellalorena1497@gmail.com**Naedja Naira Dias de Lira e Silva**

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: naedjanaira@gmail.com**Neila Clediane de Souza Menezes**

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: neila_clediane@hotmail.com**Pedro Hugo Vieira da Silva**

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: pedrohugovieira@gmail.com**Pedro Vieira**

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: pedro.vieira@hotmail.com**Priscylla Rayanne Fernandes de Oliveira**

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: priscyllafernandes@hotmail.com**Raquel Alice Fernandes Holanda**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: raquelalicefh@ufrn.edu.br**Ricardo Basiliano Cavalcanti de Albuquerque Júnior**

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE).

Roberta dos Santos Souza

Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: robertssantos53@gmail.com

Sabrina Santos Lourenço da Costa

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: sabrina.slc@gmail.com

Samantha Mendes Vidal Dantas

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: samvidal.med@gmail.com

Sandy Albuquerque Silveira

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: sandysilveira2197@gmail.com

Sorely Werner

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU).

E-mail: sorely16@gmail.com

Suelen Tamiles Pereira Costa

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: suelentamiles@gmail.com

Talinny Zubisarrannya Teoclaudylyanny Teotônio de Farias

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: talenny_faria@hotmail.com

Tammy Rodrigues

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: dra.tammy@gmail.com

Tatiana Leal Marques

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: tatiana.lm7@gmail.com

Tatyane Ribeiro de Castro Palitot

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: tatypalitot@gmail.com

Taynná Araújo Freitas Melo

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: taynnamelo@hotmail.com

Teresinha Silva de Brito

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: Teresinha.brito@ufersa.edu.br

Tereza Brenda Clementino de Freitas

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: terezabrenda13@gmail.com

Thainara Maia de Paulo

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: thainara100695@gmail.com

Thaini do Val Carrazzone

Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

E-mail: carrazonethaini@gmail.com

Thalita Micaelle Lira da Luz

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE).

Thayná Yasmim de Souza Andrade

Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA).

E-mail: thaynayas@gmail.com

Thiago Felipe Dantas Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

E-mail: thiagodantas1995@gmail.com

Thiago Luis de Holanda Rego

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

E-mail: thiagoholanda100@gmail.com

Tiago da Silva Teófilo

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: tiago.teofilo@ufersa.ecu.br

Tiago Santiago de Sousa Lopes

Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

E-mail: santiagomedicina@hotmail.com

Tiago Silveira do Carmo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

E-mail: tiiago.silveira@gmail.com

Victor Fernando da Silva Lima

Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail: victor.silva@upe.br

Vanessa Medeiros Bezerra

Universidade Potiguar (UNP).

E-mail: vanessa_mbezerra@hotmail.com

Vitor Magalhães Libanio

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: vitormali@hotmail.com

Victor Ribeiro Xavier Costa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: victor.rxc@hotmail.com

Vinicius Paiva Cândido dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

E-mail: vinysantos@gmail.com

Xiankarla de Brito Fernandes Pereira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

E-mail: xiankarla@hotmail.com

Composição da Obra

Dimensões: A4

Característica: Digital

Formato: PDF

Números de páginas: 332 f.

Paleta de cores: Colorido

Estilo da fonte: Calibri

"[...] acredito que nós, estudantes de medicina possamos descobrir e desenvolver nossos potenciais, para liderarmos ações, podendo vivenciar a medicina aplicada ao redor do mundo, extrapolando os limites da universidade, desenvolvendo empatia e habilidades de liderança que a categoria médica tanto necessita atualmente para conduzir o processo de mudança da realidade local, objetivando a melhoria da saúde da população"

Henrique Marques Dagostin