

# Ensino, Pesquisa e Extensão: história da reorientação profissional da saúde na UNISC

16 anos de reorientação da formação  
profissional em saúde: uma troca de  
saberes e experiências com a comunidade

Chana de Medeiros da Silva  
Claudia Regina Muller  
Everton Luiz Simon  
Lia Gonçalves Possuelo  
Lisoni Muller Morsch  
(Org.)

FREE PRESS

ISBN 978.65-88604-34-2  
1ª edição – 2022.

É proibida a reprodução total desta obra, sem autorização expressa do autor ou da editora. Está autorizado a reprodução parcial, desde que cite a fonte do autor e da obra, conforme Lei nº 9.610/1998.

**o Editora Free Press**

freepresscontato@gmail.com

Rua Itapitocaí, 1320, Porto Alegre/RS

WhatsApp: (51) 98425.6026

**Capa – Edição – Diagramação**

Nathalia Rech & Karla Viviane Rech

**Revisão**

Terezinha Tarcitano

**Foto capa**

Adobe Stock (Licenciado)

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

E59 Ensino, pesquisa e extensão : história da reorientação profissional da saúde na UNISC / organizado por Chana de Medeiros da Silva [et al.]. – 1. ed. – Porto Alegre: Free Press, 2022.

135 p. ; tomo II.

ISBN 978-65-88604-34-2

1. Ciências da saúde. 2. Reorientação profissional da saúde. 3. UNISC. I. Silva, Chana de Medeiros da.

CDU 61

**Bibliotecária responsável: Andréa Inês Calini – CRB 10/2029**

**2021**

**CURRÍCULO DOS AUTORES**

**Aline Fernanda Fischborn**, doutora em Desenvolvimento Regional na Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3780527259411574>.

**Ana Lúcia Kittel**, tecnólogo em Estética e Cosmética pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0878244982258179>.

**Ana Paula Helfer Schneider**, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6431782038496441>.

**Ana Zoé Schilling**, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3617208262173219>.

**Andriéli Taís Kila**, pós-graduada em Controle de Infecção hospitalar e Enfermagem em Saúde da Família pela Faculdade UniBF. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0488917240767669>.

**Angela Cristina Ferreira da Silva**, mestre em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5442434923320230>.

**Beatriz Baldo Marques**, cirurgiã dentista, mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3106317440565087>.

**Cassiandra Sampaio Joaquim**, pós-graduada em Intervenção ABA para autismo e deficiência intelectual pela CBI os Miami – Child Behavior Institute. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0344659666201071>.

**Cássio Henrique Sehn**, enfermeiro pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7607549897285290>.

**Chana de Medeiros da Silva**, doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8812396233035043>.

**Cláudia Laidete Luz da Silva**, enfermeira pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5323874048616089>.

**Claudia Regina Müller**, doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2885406613055548>.

**Denise Henriqson**, graduada em odontologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

**Edna Linhares Garcia**, doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7739842352655002>.

**Eunice Maria Viccari**, doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1895228875180079>.

**Everton Luiz Simon**, doutor em História (UNISINOS); Mestrado em Desenvolvimento Regional (UNISC). Link do currículo Lattes: [http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?jsessionid=98D5F09FB44BEB3468E-65472BBA12A25.buscatextual\\_65](http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?jsessionid=98D5F09FB44BEB3468E-65472BBA12A25.buscatextual_65).

**Fabiana Assmann Poll**, doutora em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3474985297145424>.

**Franciele Thaís Quoos Correa**, nutricionista pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5033031192882405>.

**Francisca Maria Assmann Wichmann**, doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7653174326037011>.

**Gabriella Moraes Jungblut**, fisioterapeuta pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

**Ieda Cristina Morinel**, mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1021870221118934>.

**Jane Dagmar Pollo Renner**, doutora em Biologia Celular e Molecular pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4839962004718850>.

**Janine Koepp**, doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7463378885451106>.

**Larissa de Freitas Schultz**, tecnóloga em Estética e Cosmética pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

**Leni Dias Weigelt**, doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5641592321068648>.

**Lia Gonçalves Possuelo**, doutora em Ciências Biológicas: Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9903194013924888>.

**Lisiane Lisboa Carvalho**, mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5148365818293469>.

**Lisoni Muller Morsch**, mestre em Ciência e Tecnologia Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/92437534496225>.

**Loriani Paula de Moraes**, graduação em Estética e Cosmética pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1669452692037705>.

**Magda de Sousa Reis**, doutora em Endodontia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7270763868119456>.

**Marcos Moura Baptista dos Santos**, mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lat-

tes: <http://lattes.cnpq.br/2497836272164357>.

**Mariana Quevedo**, tecnóloga em Estética e Cosmética pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

**Morgana Marion**, farmacêutica pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7147939691075907>.

**Naiele da Costa Fagundes**, enfermeira pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3229316553332234>.

**Náthalie da Costa**, acadêmica de fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9251338454487289>.

**Nelci de Moraes Pedroso de Oliveira**, tecnóloga em Estética e Cosmética pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3770979564067893>.

**Priscila Pereira Borges Sanfelice**, nutricionista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2635655350371504>.

**Rafael Kniphoff da Silva**, mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4511160903701578>.

**Renita Baldo Moraes**, cirurgiã dentista, doutora em Ciências Odontológicas pela Universidade Federal de Santa Maria. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9869980901733055>.

**Sérgio Junior Zonta**, acadêmico de fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8239438641897943>.

**Stephanie Carolini Kich**, nutricionista pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4509807728488806>.

**Suelyn Tanara Schweickardt**, tecnóloga em Estética e Cosmética pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

**Suzane Beatriz Frantz Krug**, doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>.

**Tatiane Regina da Silva**, enfermeira pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4586142551922202>.

**Tatiele Mallmann**, fisioterapeuta pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7763896363072348>.

**Thaís Rosiak Barbosa**, farmacêutica pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0199384609397185>.

**Tiane Lopes Reis**, enfermeira pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9597040081992386>.

**Vanda Beatriz Hermes**, enfermeira pela Universidade Federal de Santa Maria. Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2689866201950675>.



## SUMÁRIO

<a href="#"><u>APRESENTAÇÃO</u></a> .....	11
<a href="#"><u>CENÁRIOS DE PRÁTICA: RELATOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</u></a>	
<a href="#"><u>SÍNDROME DE BURNOUT: UM ESTUDO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE</u></a> .....	15
Cássio Henrique Sehn e Suzane Beatriz Frantz Krug	
<a href="#"><u>IMPACTO DE UMA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA COBERTURA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) - SANTA CRUZ DO SUL/RS</u></a> .....	35
Stephanie Carolini Kich, Francisca Maria Assmann Wichmann e Priscila Pereira Borges Sanfelice	
<a href="#"><u>PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES – PICS UTILIZADAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA</u></a> .....	53
Tatiane Regina da Silva, Leni Dias Weigelt e Ana Zoé Schilling	
<a href="#"><u>PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR VIVENCIADAS POR CRIANÇAS DE 6 MESES A 2 ANOS DE IDADE</u></a> .....	77
Franciele Thaís Quoos Correa e Fabiana Assmann Poll	

PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM IST/AIDS, DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS..... **97**

Tiane Lopes Reis e Suzane Beatriz Frantz Krug

CURSO DE DESIGN DE SOBRANCELHAS PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE COMO UMA ALTERNATIVA PARA A MELHORA DA SUA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL..... **113**

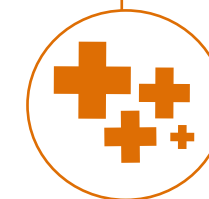
Claudia Regina Mülle, Ana Lúcia Kittel, Nelci de Moraes Pedroso de Oliveira, Larissa de Freitas Schultz, Loriani Paula de Moraes e Mariana Quevedo

ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA MELHOR IDADE..... **119**

Náthalie da Costa, Tatiele Mallmann, Ieda Cristina Morinel, Ângela Cristina Ferreira da Silva e Lisiane Lisboa Carvalho

EXPERIENCIANDO A MULTIDISCIPLINARIDADE NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE..... **125**

Ana Zoé Schilling e Náthalie da Costa



## APRESENTAÇÃO

Este livro conta a história da reorientação da formação de profissionais de saúde na Unisc com base na participação da universidade em programas como o Pró-Saúde e o PET-Saúde – estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de induzir mudanças no processo de formação na área da saúde. Essa história começa no longínquo ano de 2005, com a participação do curso de Odontologia no Programa Pró-Saúde, e continua até hoje, mesmo depois do encerramento dos programas ministeriais e da consequente interrupção do repasse de recursos e de bolsas de extensão para estudantes, docentes e preceptores, com a institucionalização pela universidade das atividades de pesquisa e extensão do projeto PRO-PET, bancado com recursos próprios da instituição.

Depois que o projeto de reorientação pedagógica do curso Odontologia foi selecionada no edital do programa Pró-Saúde, e a partir do aprendizado institucional decorrente da participação nesse programa, essa história teve continuidade com a participação de outros 5 cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição) no Pró-Saúde II, em 2007, e continua até hoje, com a institucionalização do Pró-Saúde na Unisc. Também faz parte dessa história da



reorientação da formação em saúde, o desenvolvimento, a partir de 2010, do Programa PET-Saúde, organizados com base em projetos de ensino-pesquisa-extensão em diferentes áreas temáticas (Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Redes de Atenção, Saúde Mental e Graduasus), cada projeto constituído por grupos tutoriais multiprofissionais focados em questões mais específicas ligadas às necessidades de saúde e a do perfil epidemiológico da região de atuação da universidade.

A história da conquista do Pró-Saúde e sua institucionalização na Unisc é contada em detalhes na primeira parte do livro (*História dos programas interministeriais na Unisc*). Os capítulos da segunda parte (*Relatos de Experiência Projetos Interministeriais*) que relatam experiências do Pró-Saúde I e de dois dos projetos PET (Redes de Atenção II e Graduasus) nos permitem observar alguns aspectos da complexa reorientação pedagógica dos cursos da saúde construída nesse processo.

As múltiplas dimensões da reorientação da formação nos cursos de graduação em saúde da Unisc, nesses 16 anos, desde a conquista do Pró-Saúde I, em 2005, impactam de diferentes maneiras e com diferente intensidade na formação dos estudantes que participaram do PET-Saúde, bem como na relação universidade-serviços de saúde, na educação continuada de preceptores que fizeram parte dos projetos e nos processos formativos de todos os cursos de graduação em saúde da Unisc. Muito disso é mostrado, com grande diversidade de enfoques e abordagens, nas partes três (*Trabalhos de Conclusão de Curso*) e quatro (*Cenários de Prática: Relatos da Rede de Atenção à Saúde*) desse livro.

Finalizando essa breve apresentação, quero destacar o que considero as principais contribuições do Pró-Saúde, dos PET-Saúde e do PRO-PET para o processo de formação em saúde.

Em primeiro lugar, a importância que a pesquisa e a extensão passaram a assumir no processo de formação dos estudantes à medida que eles se integram às atividades desenvolvidas nos grupos tutoriais. E, à medida que os estudantes foram interagindo com os preceptores nos diferentes serviços, na busca conjunta dos objetivos estabelecidos pelos

grupos tutoriais coordenados pelas tutoras e tutores acadêmicos, foi possível perceber que a integração ensino-serviço leva tanto os estudantes quanto os profissionais de saúde a ressignificarem os cenários de prática e as práticas de saúde em si, mudando suas percepções sobre si mesmos, sobre os demais profissionais e sobre os usuários dos serviços.

Outra dimensão que merece destaque é o desenvolvimento das competências de pesquisa e de redação de trabalhos acadêmicos, com o estímulo sistemático à elaboração de artigos e resumos para publicação em revistas científicas e de extensão universitária. Estas competências aparecem aqui nos diferentes capítulos das partes três e quatro deste livro, mas também poderiam ser demonstradas pela publicação de um extenso rol de artigos, resumos, resumos expandidos, comunicações científicas e relatos de experiência publicados pelos estudantes, preceptores e tutores dos diferentes grupos PET.

Outro aspecto importante da reorientação da formação em saúde da Unisc, a partir dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde, foi a criação de uma disciplina para ser oferecida de forma interdisciplinar para os diferentes cursos da área da saúde. Já desde o desenvolvimento dos primeiros grupos PET-Saúde na Unisc percebeu-se o quanto era importante constituir um espaço de formação que oportunizasse a troca de conhecimentos e a experiências entre as diferentes áreas de formação e com os profissionais da rede e a comunidade. Finalmente, como resultado proposto no PET-Graduasus, a preocupação com as alterações curriculares com o objetivo de reorientar a formação profissional por meio da aproximação ensino-serviço-comunidade foi concretizada com a proposta da disciplina de “*Práticas interdisciplinares e vivências comunitárias em saúde*”, dentro da temática de promoção de saúde e prevenção de doenças. A disciplina foi ofertada, pela primeira vez, em 2018, alternando aulas teóricas com 50 vagas e práticas em cinco grupos de 10 alunos monitorados por estudantes bolsistas de ensino e coordenadas por professores dos cursos envolvidos nos projetos. No capítulo sobre a experiência do PET-Graduasus, na parte dois do livro, temos os detalhes da construção e da implementação desta

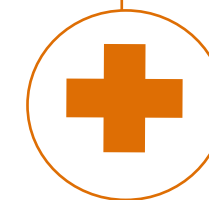
disciplina e suas metodologias de ensino-aprendizagem e formas de avaliação.

Para finalizar, destaco ainda a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade dos grupos tutoriais e como a sua prática afeta positivamente a formação dos estudantes. Um grupo tutorial é composto por uma tutora acadêmica de uma profissão, duas preceptoras de outras duas profissões diferentes e oito estudantes de cursos variados, todos trabalhando juntos e dedicando ao menos 8 horas semanais para atingir os objetivos do projeto. Os diferentes olhares e vieses profissionais se entrecrocaram e se articulam, permitindo algumas descobertas, novas compreensões, outras tantas novas abordagens e perspectivas e, especialmente, novas e melhores perguntas, interrogações e questionamentos.

E justamente são novas interrogações, novos questionamentos, novas perspectivas e novas e melhores perguntas o que pretendemos despertar com a publicação deste livro com os relatos da nossa trajetória nestes últimos 16 anos com os programas Pró-Saúde e PET-Saúde.

*Marcos Moura Baptista dos Santos<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Professor do Departamento de Ciências, Humanidades e Educação da Unisc.



## CENÁRIOS DE PRÁTICA: RELATOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

### SÍNDROME DE BURNOUT: UM ESTUDO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

*Cássio Henrique Sehn<sup>1</sup>*

*Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>2</sup>*

#### INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout*, também chamada Síndrome do Esgotamento Profissional ou Estafa Profissional, surge pelo resultado de pressões emocionais repetitivas presentes no ambiente de trabalho. Está mais associada às ocupações assistenciais, no qual há contato direto com usuários do serviço, como profissionais da educação e da saúde. Há maior ocorrência nestes profissionais, devido à divergência entre a expectativa do profissional e a realidade que este encontra no trabalho (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014). Segundo Moreno *et al.*, (2011), o termo *Burnout* vem de *burn*, que significa queima; e *out*, que significa exterior, indicando que o indivíduo com a Síndrome se consome fisicamente e emocio-

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, acadêmico do Curso de Enfermagem.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.



nalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo.

*Burnout* é uma síndrome multidimensional, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (BARROSO; GUERRA, 2013).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem parte de uma equipe multiprofissional onde são o elo entre a equipe e a comunidade, fazendo a ligação entre o saber científico e o popular. Estes profissionais estão em maior contato com a comunidade por residir na mesma área de atuação, são facilitadores do acesso aos serviços de saúde e, muitas vezes, os primeiros a ouvirem as queixas dos usuários na atenção primária. A equipe e a comunidade depositam grandes anseios e expectativas nos ACS, os quais podem tornar fatores estressores para a saúde desses profissionais (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014). Conforme Costa, Ferrareto e Cervený (2014), os ACS possuem funções específicas que regem sua importância na equipe multidisciplinar das Estratégias da Saúde da Família (ESF). Suas atividades giram em torno da principal atribuição: as visitas domiciliares.

Neste contexto de trabalho, os ACS estão expostos à sobrecarga física e mental, salário abaixo do desejado, falta de estrutura física e material para o desenvolvimento da função, cobranças excessivas da população e dos supervisores, além da falta de apoio da equipe de saúde, sendo fatores que podem desenvolver estresse neste profissional (COSTA; FERRARETO; CERVENY, 2014). De acordo com Telles e Pimenta (2009), o exercício da profissão de ACS resulta em uma relação com o usuário que pode apresentar conflitos, podendo levar os profissionais a sentimentos de ansiedade e até incapacidade de apresentar soluções aos problemas vividos pelos usuários.

Em saúde do trabalhador, é relevante a construção do conhecimento de possíveis predisposições desencadeantes da Síndrome de *Burnout*, especialmente em ACS, pois, de acordo com Barroso e Guerra (2013), na realização de seu trabalho, estes profissionais vivenciam uma série de situações onde se deparam com ambientes, muitas vezes perigosos, insa-

lubres e propícios a riscos à saúde, com pressões e exigências do próprio trabalho, o que pode favorecer o desenvolvimento da Síndrome. São esses aspectos que instigaram o presente estudo sobre a temática da Síndrome de *Burnout* para evidenciar o perfil, os fatores predisponentes que levam os ACS a ter *Burnout* e se são ou não acometidos pela Síndrome.

Realizar um estudo com ACS pode ser de grande importância, propondo-se ações para evitar o adoecimento no trabalho e identificar soluções que reduzam os fatores estressantes que podem fazer com que o ACS adoça. Também se torna importante ressaltar a pequena quantidade de estudos relacionados à Síndrome de *Burnout* com ACS, no qual se dá ênfase a outros grupos de trabalhadores, como professores, policiais e outros profissionais da área da saúde. O estudo apresenta, então, o seguinte problema de pesquisa: os Agentes Comunitários de Saúde que atuam na rede de atenção básica apresentam sintomatologia da Síndrome de *Burnout*?

O objetivo desta pesquisa foi investigar a ocorrência da sintomatologia da Síndrome de *Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional deste profissional; além de identificar os sinais e os sintomas de *Burnout* e os fatores do trabalho que predisõem o profissional a apresentar a sintomatologia da Síndrome.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Rede de Atenção Básica de Saúde de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. O município localiza-se na região conhecida como Vale do Rio Pardo, na encosta inferior do Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, a 150 km de Porto Alegre. Segundo o IBGE (2010), sua população é de 118.374 mil habitantes. Possui uma área total de 794,49 km<sup>2</sup>, sendo 156,96 km<sup>2</sup> de área urbana e 637,53 km<sup>2</sup>

de área rural (SANTA CRUZ DO SUL, 2014). Na economia, o destaque é para a indústria, agropecuária e serviços (IBGE, 2010). Existiam, conforme dados do site da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, em 2011, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas em áreas urbana e rural, das quais seis contam com atendimento de saúde bucal; e 10 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), das quais quatro contam com atendimento odontológico. Existem ainda diversos outros serviços especializados na rede de saúde.

Os sujeitos do estudo foram os ACS da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), e os ACS das 10 Estratégias de Saúde da Família de maior tempo de implantação do município. Os ACS da EACS atuam nas zonas urbana e rural onde não há ESF (SANTA CRUZ DO SUL, 2012).

Para a realização do estudo foram utilizados critérios de inclusão: ser ACS da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e ACS das 10 ESFs de maior tempo de implantação de Santa Cruz do Sul, ter mais de 18 anos, ter no mínimo seis meses de atuação e aceitar participar voluntariamente do estudo. A população de ACS foi composta por 64 ACS nas 10 ESFs estudadas e por 25 ACS na EACS, totalizando 89 sujeitos. No entanto, a amostra do estudo foi composta por 52 ACS em função de alguns profissionais estarem em férias e que não se enquadravam nos critérios.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários estruturados e autoaplicáveis. O primeiro trata do perfil sociodemográfico e ocupacional do ACS, composto por 12 questões. O segundo é um instrumento validado denominado de Inventário de Maslach *Burnout* – MBI, composto por 22 questões. Segundo Jodas e Haddad (2009), o MBI foi criado por Christine Maslach, psicóloga e professora universitária na Califórnia - Estados Unidos da América, e validado no Brasil, em 2001, por Ana Maria Teresa Benevides Pereira, psicóloga e professora universitária. Este identifica as dimensões sintomatológicas de *Burnout*: Exaustão Emocional, Realização Profissional e Despersonalização.

Conforme Silva e Menezes (2008), no MBI as questões de 1 a 9 identificam o nível de exaustão emocional; as questões de 10 a 17 estão relacionadas à realização profissional; e as questões de 18 a 22 à despersonalização. O MBI traz como princípio para sintomatologia de *Burnout* a obtenção de nível alto para exaustão emocional e despersonalização e nível baixo para realização profissional. Portanto, o profissional com níveis de acordo com estes critérios indica ter sintomatologia de *Burnout*. Segundo o mesmo autor, as respostas são a frequência com que o entrevistado percebe ou vivencia o sentimento ou atitude. Segundo Jodas e Haddad (2009), a forma de pontuação de todos os itens adota a escala do tipo Likert, que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias.

Inicialmente, entrou-se em contato com a coordenação dos ACS de Santa Cruz do Sul, no qual foi orientado a apresentar o projeto de pesquisa para a análise e a autorização. Após a aprovação oficializada da instituição, foi iniciado o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade de Santa Cruz do Sul, para a avaliação, uma vez que se trata de uma pesquisa com seres humanos. Aprovado por este Comitê, com o parecer nº 1.469.345, foi iniciada a coleta de dados. Novamente foi realizado contato com a instituição para declarar o parecer favorável concedido pelo CEP e informar o início preciso da coleta.

O próximo passo foi a apresentação aos sujeitos do estudo. Aos ACS da EACS foi realizado por meio de uma reunião, com uma abordagem coletiva, comunicando-os sobre o projeto de pesquisa, convidando-os para participar, informando-os quanto ao objetivo, à relevância do estudo e sobre a forma de coleta, onde no mesmo dia foi realizada a coleta. Para a coleta com os ACS das ESFs, foi realizado contato via telefone com os enfermeiros informando sobre a pesquisa, sendo aceita por todos. Foi realizada nas ESFs a entrega dos questionários para a enfermeira a fim de que realizassem a aplicação, uma vez que os ACS não estavam presentes ao mesmo tempo na ESF para realizar a coleta. Nas ocasiões, foi enfatizado que a participação ou não nesse estudo não implicaria riscos ou prejuízos

ao informante, já que se manteria sigilo e anonimato sobre os dados a serem informados, sendo respeitados os seus costumes, religião, conceitos morais e éticos, conforme estabelece a Resolução 466/12 sobre a pesquisa com seres humanos.

Aos ACS que aceitaram participar, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias pelo respondente e pelo pesquisador. Uma das vias permaneceu com o profissional e outra ficou em poder do pesquisador, que irá guardá-lo em local seguro por cinco anos.

As informações coletadas foram digitadas na planilha do Microsoft Excel® para a estruturação de tabelas e quadros, com a finalidade de estudar as características do perfil dos ACS e dos resultados obtidos nas dimensões que compõem a Síndrome de *Burnout*: Exaustão Emocional, Despersonalização Profissional e Realização Profissional.

Para a análise, foi realizado o cálculo por meio da soma dos resultados das respostas das dimensões relacionadas ao instrumento MBI e comparado com os valores de referência do Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre Síndrome de *Burnout* – NEPASB (Tabela 1). A combinação dos níveis encontrados define o grau de esgotamento do trabalhador.

**Tabela 1 - Zonas de Corte do MBI – NEPASB**

Dimensões	Pontos de Corte		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional (EE)	0 – 15	16 – 25	26 – 54
Despersonalização (DE)	0 – 02	03 – 08	09 – 30
Realização Profissional (RP)	0 – 33	34 – 42	43 – 48

Fonte: BENEVIDES PEREIRA, (2001), citado por JODAS e HADDAD, (2009).

Os resultados do MBI identificam a presença da Síndrome de *Burnout*, por meio das pontuações em cada dimensão, seguindo a classifi-

cação em baixa, média ou alta. Considera-se indicativo de *Burnout*, o sujeito que apresenta necessariamente, pelo menos, duas das três dimensões alteradas, de forma que a EE ou a DE deve, obrigatoriamente, ter pontuações de níveis altos e a RP de nível baixo. Considera-se indicativo de tendência a Síndrome quando há uma dimensão alterada, com pontuação alta, e as outras duas com pontuação considerada média. Todos os outros resultados que se apresentam diferentes desses dois são considerados como indicativo de ausência de *Burnout* (ROSSI; SANTOS; PASSOS, 2010).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao realizar a análise dos dados sociodemográficos, verificou-se a predominância do sexo feminino (96,15%). Segundo Mota, Dosea e Nunes (2014), a presença do sexo feminino na profissão é marcante desde o início do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Conforme Trindade e Lautert (2009), o desenvolvimento da Síndrome pode ocorrer em maior prevalência no sexo feminino decorrente da dupla jornada de trabalho (cuidados do lar e desempenho profissional). Segundo Bezerra, Santos e Filho (2005), esta característica se dá ao fato da comunidade apresentar maior resistência ao ACS do sexo masculino, devido a situações de constrangimento experimentadas pelas famílias ao revelar partes de suas histórias e contextos de vida.

Predominou a faixa etária de 29 a 39 anos (48,08%). Segundo Trindade e Lautert (2009), a prevalência da Síndrome ocorre em trabalhadores mais jovens, sendo mais comum entre os que estão na faixa etária de 30 anos. É atribuída a pouca experiência do trabalhador, a qual acarreta insegurança, ou choque com a realidade quando percebe que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos. A idealização, comum entre jovens trabalhadores, associa-se a expectativas elevadas que, muitas vezes, não são concretizadas. Verificou-se que nos EACS predomina a faixa etária de 40 a 50 anos (57,14%), mostrando ser uma po-

pulação com idade mais elevada em relação aos ACS das ESFs, em que predominou a faixa etária de 29 a 39 anos (57,89%).

Quanto ao estado civil, verificou-se que 50% eram casados e observou-se que 78,85% dos sujeitos possuem de um a três filhos. De acordo com Rossi, Santos e Passos (2010), é visto que o estado civil, sendo casado ou em situação de companheiro estável e somado ao fato de ter filhos, há uma menor propensão à sintomatologia de *Burnout*. Conforme Trindade e Lautert (2009), há controvérsia quanto à associação entre a variável de ter filhos e a Síndrome de *Burnout*. Após o nascimento dos filhos, o indivíduo passa a se equilibrar e possibilita o uso de estratégias de enfrentamento das situações problemáticas. Isso é atribuído à maior cobrança do indivíduo que, após o nascimento dos filhos, se torna responsável por outro e, dessa forma, necessita adotar condutas seguras e evitar comportamentos de risco.

Observa-se que predomina o nível de escolaridade de ensino médio completo (75,00%), nível este de educação formal superior ao que é exigido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Verificou-se que alguns estão cursando ensino superior (11,54%). Conforme Jorge *et al.*, (2015), os ACS estão à procura de qualificações, pois diante das exigências de qualidade e capacidade para a realização de um bom serviço, estão procurando por maior escolaridade, permitindo a ampliação de suas atividades na ESF, aquisição de novos conhecimentos e melhor orientação das famílias e comunidade.

Verifica-se que 28,85% dos ACS está há mais de 11 anos atuando na profissão. Segundo Mota, Dosea e Nunes (2014), o tempo de atuação é importante para o enfrentamento de situações problemáticas no cotidiano do ACS, pois facilita a racionalização diante de situações estressantes e a diminuir a angústia durante a resolução dos problemas. Além disso, o maior tempo de atuação na profissão reflete uma baixa rotatividade dos trabalhadores, possibilitando os ACS uma maior vinculação com a comunidade e o entendimento de seu papel dentro da equipe. Por outro lado, 23,08% dos ACS atuam na profissão há menos de 12 meses. Con-

forme Trindade e Lautert (2009), a síndrome pode ter início no primeiro ano de trabalho devido às dificuldades de sua inserção na equipe para a execução de tarefas, ao sentimento de instabilidade no emprego associada à necessidade de aceitação e reconhecimento. Ao realizar um comparativo entre EACS e ESF, verifica-se que predomina na EACS maior tempo de trabalho, onde 64,29% estão há mais de 11 anos atuando na profissão, enquanto nas ESFs a maioria dos sujeitos tem menor tempo de atuação.

Quanto ao tipo de contrato de trabalho, observou-se que 42,31% dos ACS não são concursados. Conforme Jorge *et al.* (2015), não ser concursado pode ocasionar insegurança nestes profissionais em relação à estabilidade no trabalho, por estarem sujeitos a perder ou deixar o emprego conforme alterações ou desejo político. Nesse sentido, verificou-se que a maior parte dos ACS da EACS não tem vínculo empregatício de forma de concurso, onde 57,14% são contratados enquanto nas ESFs, 63,16% são concursados.

Quanto ao tempo decorrido das últimas férias, observou-se que 34,61% haviam voltado das férias de um a três meses, enquanto 32,69% já estão a mais de 13 meses sem ter férias. Aliás, as férias podem estar relacionadas à satisfação no trabalho. Conforme Martinez e Paraguay (2003), a satisfação no trabalho é um fenômeno que pode afetar a saúde física e mental do trabalhador, além das suas atitudes, comportamento profissional, social, tanto com repercussões para a vida pessoal como familiar.

Verificou-se que 07,69% dos sujeitos possuem outro emprego concomitante à profissão de ACS. No estudo realizado por Albuquerque, Melo e Neto (2012), observou-se que a Síndrome de *Burnout* aparece em menor frequência em profissionais que apresentam outro emprego. Segundo ainda ele, a ausência da doença, apesar de maior sobrecarga de trabalho, pode ocorrer pela satisfação com a renda mensal e o outro emprego pode proporcionar menos tensão emocional, diminuindo assim, o comprometimento psicológico. No estudo realizado por Trindade e Lautert (2009), houve um grande percentual de profissionais que trabalham em outro local, na maioria das vezes nos turnos da noite, também relacio-

nado à necessidade de aumentar a renda familiar que é comum entre os trabalhadores de saúde. Para o autor, o fato de o profissional ter mais de um vínculo empregatício, se por um lado complementa a renda familiar, afeta o comprometimento com as atividades laborais devido ao cansaço que gera. No estudo realizado por Rossi, Santos e Passos (2010), os profissionais também possuíam mais de um emprego, que demonstrou novamente a necessidade de ter múltiplos vínculos empregatícios devido aos baixos salários, porém, por outro lado, compromete a qualidade da assistência prestada à saúde física e mental do profissional.

Quanto ao número de famílias atendidas, verificou-se que 94,23% dos sujeitos do estudo atendem a cerca de 250 a 500 famílias. Conforme Barroso e Guerra (2013), por definição do Ministério da Saúde, cada profissional ACS deve acompanhar entre 450 e 750 famílias por microárea. Ressalta-se que cada microárea fica a cargo de um ACS (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Ao analisar as visitas realizadas diariamente pelos ACS, verificou-se que 86,54% dos sujeitos realizam de cinco a 10 visitas por dia, enquanto que 03,85% realizam menos de cinco visitas por dia. Em concordância com o estudo realizado por Ferraz e Aerts (2005), com 114 ACS de Porto Alegre, predominou o número de sete a nove visitas efetivadas por dia. Conforme Brasil (2001), a visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Agente Comunitário de Saúde. É por meio dela que o agente conhece melhor as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família (FERRAZ; AERTS, 2005).

### Analizando o Inventário MBI

O quadro 1 abaixo apresenta os resultados obtidos na análise do

Inventário de Maslach *Burnout* – MBI do profissional ACS da EACS e das ESFs.

### Quadro 1 - Análise do MBI dos ACS da EACS e ESFs

	Presença da Sintomatologia da Síndrome de Burnout			
	SIM n (%)	NÃO n (%)	TENDÊNCIA n (%)	TOTAL n (%)
EACS n (%)	07 (50)	07 (50)	00 (00)	14 (100)
ESFs n (%)	04 (10,53)	27 (71,05)	07 (18,42)	38 (100)
TOTAL n (%)	11 (21,15)	34 (65,38)	07 (13,46)	52 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Destaca-se que 34 (65,38%) dos ACS não obtiveram pontuações para a ocorrência da Síndrome de *Burnout*, sendo que EE, DE e RP não estavam alterados para ocorrência e tendência da síndrome. Estes dados mostram-se contrários aos resultados do estudo realizado por Barroso e Guerra (2013), no município de Caetanópolis – Minas Gerais, no qual em uma amostra de 24 ACS, apontou que todos os sujeitos apresentaram sintomatologia para a Síndrome de *Burnout*. Em um comparativo com outras profissões, verificou-se no estudo realizado com trabalhadores de enfermagem por Jodas e Haddad (2008) que, numa amostra de 61 trabalhadores, 37,7% não apresentaram sinais da doença. No estudo realizado por Rossi, Santos e Passos (2010), com 10 enfermeiros de setores de Unidade de Terapia Intensiva e Bloco Cirúrgico e 10 enfermeiros de saúde pública, 20% apresentaram ausência da sintomatologia. Por outro lado, verificou-se que sete (50%) ACS da EACS apresentaram pontuação para sintomatologia, o que pode estar relacionado ao maior tempo de atuação como ACS e, também, ao fato de a faixa etária ser mais elevada.

No total, 11 (21,15%) sujeitos da pesquisa apresentaram ocorrência



da sintomatologia. Desses, todos são do sexo feminino. Os resultados obtidos levam a ocorrência da sintomatologia de *Burnout*, já que a soma de cada dimensão obteve classificação alta para EE e DE e baixa para RP. Em concordância com outras pesquisas, no estudo de Silva e Menezes (2008), no município de São Paulo, com uma amostra de 141 ACS, 24,1% dos entrevistados apresentavam sintomatologia para *Burnout*. Já em estudos com outros profissionais, ocorreram níveis mais elevados da sintomatologia da síndrome. No estudo realizado por Campos, *et al* (2012), com graduandos de Odontologia, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, com uma amostra de 99 estudantes, teve 99% de sintomatologia para *Burnout*. No estudo realizado por Menegali *et al.* (2010), com policiais civis do município de Tubarão – Santa Catarina, teve uma amostra de 40 sujeitos, sendo que 60% deles apresentou sintomatologia da doença.

A classificação média para desenvolver a Síndrome de *Burnout* – tendência para a Síndrome de *Burnout* – foi observada em sete (18,42%) ACS das ESFs enquanto da EACS não houve nenhum sujeito com tendência da síndrome. Em concordância com outras pesquisas, no estudo realizado por Mota, Dosea e Nunes (2014), no município de Aracaju – Sergipe, a amostra foi de 222 ACS, 10,8% apresentaram indicativo à doença. No estudo realizado por Costa, Ferrareto e Cervený (2014), no município de Piracicaba - São Paulo, a amostra foi de seis ACS, onde 33,3% apresentaram tendência a *Burnout*.

Segundo Theisen (2004), o sofrimento no trabalho está relacionado à organização do profissional em seu serviço, e um desequilíbrio nesta relação implica em desgaste emocional devido à incapacidade de produzir resultados satisfatórios. Sendo assim, o trabalho torna-se gerador de sofrimento e grande fator de risco para o adoecimento no momento em que oferece condições contrárias à busca pelo prazer na atividade profissional.

Conforme Jorge, *et al* (2015), integrar os saberes científico e popular, sem estabelecer uma relação hierárquica, e realizar contato direto com a comunidade, faz com que aumente a possibilidade do surgimento

de estresse e exaustão física e mental. Segundo ele, deve-se considerar uma sobrecarga de trabalho destes profissionais, pois são cobrados duplamente, pela proximidade física, social e emocional com a comunidade, fazendo com que o ACS trabalhe além de sua carga horária diária, desenvolvendo suas atividades durante o tempo livre, ultrapassando o tempo determinado para a execução de suas funções.

Dificuldades na relação e na comunicação entre o trabalhador e a chefia, falta de integração no ambiente de trabalho e a falta de apoio das chefias para o desenvolvimento profissional interferem negativamente no processo de trabalho em equipe e dificultam no funcionamento do trabalho dentro da Equipe de Saúde da Família. A falta de comunicação no trabalho, onde os profissionais não são consultados ou informados de alterações no trabalho, geram um fator importante para o aparecimento da Síndrome de *Burnout* (MOTA; DOSEA; NUNES, 2014).

Segundo Vasconcellos e Costa-Val (2008), o desânimo sentido pelos ACS em relação à equipe tem ainda como fonte a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço, o que age diretamente na saúde destes. Para ele, não é o trabalho em si que gera sofrimento e adoecimento em um trabalhador, mas, sim, as condições em que esse trabalho ocorre. Alguns aspectos capazes de influenciarem negativamente no estado psicológico dos ACS podem ser o fato deles integrarem uma equipe de profissionais com maior nível educacional, hierárquico, salarial, maior prestígio social e maior liberdade de ações técnicas dentro do contexto assistencial à saúde, criando um ambiente propício para a degradação de sua autoestima. Condições de trabalho inadequadas e que não proporcionam segurança, autonomia e criatividade para realização das tarefas podem desencadear tensões e estresse ao próprio trabalho e à saúde dos profissionais (JORGE *et al.*, 2015).

As dificuldades de obter a confiança da comunidade, inclusive pela demora da identificação, dificuldades relacionadas à rejeição e a pressão das organizações locais sobre seu trabalho são, muitas vezes, resultados da aproximação com a comunidade onde as expectativas, os julgamentos



específicos e a definição de papéis são muito particulares. Sendo assim, soma-se o fato de que o contato diário com a comunidade usuária do PSF é capaz de resultar numa espécie de cumplicidade, por meio da qual, muitas vezes, os usuários revelam não só os aspectos de sua condição de saúde, mas também informações sigilosas capazes de pôr em risco suas próprias vidas (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

No estudo realizado por Telles e Pimenta (2009), os ACS estavam em um processo em que a percepção da própria competência para a realização do trabalho estava sendo comprometida, pois demonstravam estar emocionalmente esgotados. Segundo o mesmo, esse esgotamento se justificava devido ao contato diário mantido com as pessoas que atendiam, resultando em uma tensão emocional. Essa situação leva a uma avaliação negativa de si mesmo e, com isso, ocorre uma perda de grande parte de sua autoestima.

Conforme Jorge *et al.* (2015), é importante a criação de meios e de condições democráticas para melhora de tais fatores, possibilitando ao ACS o desenvolvimento de suas atividades em um modo que dê mais prazer e envolvimento com o trabalho, promovendo, assim, melhoria da qualidade da assistência prestada. É importante também inserir a realização de atividades que produzem momentos de descontração e prazer no processo de trabalho do ACS, pois estes podem absorver o impacto de agentes estressores (TRINDADE; LAUTERT, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo de saúde do trabalhador, entendemos como é relevante a construção de conhecimento de possíveis predisposições desencadeantes da Síndrome de *Burnout*, em especial nos ACS, visto que estão em contato diariamente em suas visitas aos pacientes, sendo o mediador entre a equipe e a comunidade, e atuam, muitas vezes, em condições inadequadas, situações que podem gerar estresse no profissional, desencadeando *Burnout*.

deando *Burnout*.

Na amostra de 52 profissionais ACS do município de Santa Cruz do Sul, os resultados mostraram, em sua maioria, trabalhadores do sexo feminino e que atuam há mais de 11 anos como ACS. Os resultados obtidos com a aplicação do Instrumento MBI revelaram que, no total dos ACS, 65,38% não apresentam sintomatologia da Síndrome, porém, entre os ACS da EACS, 50% a apresentaram. Como tendência à sintomatologia de *Burnout*, nos ACS da EACS, não houve ocorrência; já nos ACS das ESFs, 18,42% a apresentaram, demonstrando que existe um processo em curso, com risco para manifestação da sintomatologia da Síndrome.

O bem-estar profissional, tanto físico quanto mental, é necessário para a realização de um bom trabalho na relação com a comunidade, sendo que em *Burnout* o profissional perde sua motivação na realização do serviço. A saúde ocupacional é uma importante estratégia, não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir com a produtividade, motivação e satisfação com o trabalho, já que visa a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e na sociedade como um todo.

Na realização do trabalho observou-se que ainda há poucos estudos relacionados à Síndrome de *Burnout* no profissional ACS, sendo que se dá mais ênfase a outras categorias profissionais, como professores, policiais e outros profissionais da área assistencial. Mostram-se necessárias novas pesquisas, tanto quantitativas quanto qualitativas para poder analisar os fatores e números de profissionais acometidos, podendo buscar novas ações que possam prevenir a síndrome nestes profissionais. Observou-se, também, o baixo número de pesquisas relacionadas à Síndrome de *Burnout* em ACS de EACS, o que foi um limitador para o presente estudo pela falta de literatura e, por outro lado, trouxe à pesquisa um âmbito inovador ao ser realizado com ACS de EACS. Ressalta-se que as questões relacionadas à saúde do trabalhador devem ser discutidas nos ambientes de trabalho e nos espaços de formação profissional, o que contribui para o cuidado qualificado nessa área e à realização de um trabalho

sem sofrimento.

Por fim, levando em consideração o número de sujeitos acometidos pela sintomatologia da Síndrome na amostra, mostra-se necessário o acompanhamento da saúde mental e física destes trabalhadores, com o objetivo de desenvolver estratégias para diminuir as fontes de estresse e a reorganização do processo de trabalho. E, caso não seja solucionado o problema, seja com prevenção ou tratamento, estaremos deixando um importante problema de saúde do trabalhador sem a devida atenção.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de.; MELO, Cynthia de Freitas.; NETO, João Lins de Araújo. Avaliação da síndrome de *burnout* em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol. Reflex. Crit.* v.25, n. 03. Porto Alegre, 2012. Acesso em: 29 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=So102-79722012000300014>

BARROSO, Sabrina Martins.; GUERRA, Adriane da Rocha Pereira. *Burnout* e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 21, n. 03, p. 338-345, 2013. Acesso em 22 de Ago. 2015. Disponível em: <http://w-ww.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a16.pdf>

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin.; SANTOS, Antônio Carlos Gomes do Espírito.; FILHO, Malaquias Batista. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista Saúde Pública.* v. 39, n. 05, p. 809-815, 2005. Acesso em 28 de Maio de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26303.pdf>

\_\_\_\_\_. *Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS da Secretaria Executiva do Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Acesso em 24 de setembro de 2015. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf)

\_\_\_\_\_. *Leinº 11.350*, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 50 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 20 da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini.; JORDANI, Paula Cristina.; ZUCOLOTO, Miriane Lucindo.; BONAFÉ, Fernanda Salloume Sampaio.; MAROCO, João. Síndrome de *Burnout* em graduandos de Odontologia. *Rev Bras Epidemiol.* v. 15, n. 01, p. 155-165, 2012. Acesso em 15 de Maio de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n1/14.pdf>

COSTA, Paigy.; FERRARETO, Silvia Belissa.; CERVENY, Gislaíne Cecília de Oliveira. Avaliação da qualidade de vida, nível de *Burnout* e enfrentamento do estresse no trabalho de agentes comunitários de uma unidade de Programa de Saúde da Família no município de Piracicaba/SP. *Rev. bras. Qual. Vida*, Ponta Grossa, v. 06, n. 03, p. 164-173, jul./set., 2014. Acesso em 22 de Ago. 2015. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/art-icle/view/1892>

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva.* v.10, n.02. Rio de Janeiro, abr./jun., 2005. Acesso em 13 de Junho de 2016. Disponível em: [http://www-.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200012](http://www-.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Senso 2010.* Acesso em 21 de setembro de 2015. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=431-680&search=rio-grande-do-sul|santa-cruz-do-sul|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>

JODAS, Denise Albieri.; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de *Burnout* em Trabalhadores de Enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul. Enferm.* [online]. v. 22, n. 02, 2009. Acesso em 25 de Setembro 2015. Disponível em: [http://-www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So1031002009000200012&lng=en&nrm=iso](http://-www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So1031002009000200012&lng=en&nrm=iso)

JORGE, Juliana Carrijo.; MARQUES, Ana Luísa Nunes.; CORTES, Renata Maciel.; FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães.; HAAS, Vanderlei José.; SIMOES, Ana Lúcia de Assis. Qualidade de vida e estresse de Agentes Comunitários de Saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Revista Enferm Atenção Saúde* [Online]. v. 04, n. 01, p. 28-41, jan. / jun., 2015. Acesso em 01 de Maio de 2016. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revista-eletronica/index.php/enfer/article/view/1261>

MAIA, Leandro Dias de Godoy.; SILVA, Nicácio Dieger.; MENDES, Patrícia Helena Costa. Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011. Acesso em 22 de Ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a09v36n123.pdf>

MARTINEZ, Maria Carmen.; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. São Paulo. v. 06., dez., 2003. Acesso em: 29 de Maio de 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172003000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200005)

MENEGALI, T. T.; CAMARGO, R. P. M.; ROGERIO, L. P. W.; CARVALHO, D. C.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Avaliação da síndrome de burnout em policiais civis do município de Tubarão (SC). *Rev Bras Med Trab*. São Paulo. v. 08, n.02, 2010. Acesso em 15 de Maio de 2016. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/uploadarquivos/revistabrasileira-volume8n%C2%Bo2-dez20101212201310152533424.pdf>

MORENO, Fernanda Novaes.; GILL, Gislaine Pinn.; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço.; VANNUCHIL, Marli Terezinha Oliveira. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de *Burnout*. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 140-145, jan./mar., 2011. Acesso em 22 de Ago. 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1-v19n1a23.pdf>

MOTA, Caroline Mascarenhas.; DOSEA, Giselle Santana.; NUNES Paula Santos. Avaliação da presença da Síndrome de *Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 12, p. 4719-4726, 2014. Acesso em 22 de Ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04719.pdf>

ROSSI, Suelen Soares.; SANTOS, Priscila Grangeia.; PASSOS, Joanir Pereira. A Síndrome de *Burnout* no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* [online]. n. 24, p. 1232- 1239, 2010. Acesso em: 06 de Setembro de 2015. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofunda-mental/article/view/800/pdf\\_78](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofunda-mental/article/view/800/pdf_78)

SANTA CRUZ DO SUL. *Secretária Municipal de Saúde de. 2012*. Acesso em 06 de Setembro de 2015. Disponível em <http://santacruz.rs.gov.br/geo/numeros/saude-eacs.htm>

\_\_\_\_\_. *Secretaria Municipal de Saúde de. 2014*. Acesso em 04 de Outubro de 2015. Disponível em <<http://www.santacruz.rs.gov.br/secretarias/atencao-especializada>>

SILVA, Andréa Tenório Correia da.; MENEZES, Paulo Rossi. Esgotamento profissional e transtornos mentais Comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública*. v. 42, n. 05, p. 921-929, 2008. Acesso em 06 de Setembro de 2015. Disponível em <http://www.r-evistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32516/34804>

TELLES, Stela Heloisa.; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. Síndrome de *Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento. *Saúde Soc*. São Paulo, v.18, n. 03, p.467-478, 2009. Acesso em 22 de Ago. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/-pdf/arpb/v60n1/v60n1a06.pdf>>

THEISEN, N. I. S. *Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico*. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2004.

TRINDADE, Letícia de Lima.; LAUTERT, Liana. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. v. 44, n. 02, p. 274-279, 2010. Acesso em 06 de setembro de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>

VASCONCELLOS, Natália de Paula Carneiro.; COSTA-VAL, Ricardo. Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa – MG. *Rev.*

APS, v. 11, n. 01, p. 17-28, jan./mar. 2008. Acesso em 01 de Junho de 2016. Disponível em:  
<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/017-028.pdf>.



## IMPACTO DE UMA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA COBERTURA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) - SANTA CRUZ DO SUL/RS

*Stephanie Carolini Kich<sup>1</sup>*

*Francisca Maria Assmann Wichmann<sup>2</sup>*

*Priscila Pereira Borges Sanfelice<sup>3</sup>*

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm-se observado uma transformação na orientação dos serviços de saúde, rompendo com o predomínio do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar e migrando o atendimento para a Atenção Básica (AB). Deste modo, cada vez mais são valorizadas as táticas de promoção e de prevenção em saúde, tendo em vista alcançar um grau de resolutividade de ações para evitar a exacerbação de situações mórbidas, reduzindo o avanço de agravos que possam requisitar uma atenção de maior complexidade (BRASIL, 2008).

<sup>1</sup> Nutricionista, formada pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Nutrição.

<sup>3</sup> Nutricionista, Secretaria de Saúde do município de Santa Cruz do Sul.

Diante da transição nutricional presente no Brasil, a prática da vigilância em saúde da população está se consolidando, tendo como objetivo o enfrentamento dos problemas existentes, devendo estar introduzida no cotidiano das equipes de AB (BRASIL, 2015). Do mesmo modo, o país vem construindo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Este, lançado em dezembro de 2007 como SISVAN Web, é o atual sistema informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) (COUTINHO *et al.*, 2009).

O SISVAN tem como objetivo descrever o diagnóstico da situação nutricional e prever, de maneira contínua, a tendência das condições de nutrição e de alimentação de uma população, agregado aos seus fatores determinantes, com fins de planejamento e de avaliação de políticas, programas e intervenções. Tem também o objetivo de avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando, assim, as consequências decorrentes desses agravos à saúde (BRASIL, 2013).

A VAN está inserida no contexto da vigilância em saúde, e é considerada como o sistema de coleta, análise e transmissão de informações relevantes para a prevenção e o monitoramento de problemas em saúde pública. O foco das estratégias de VAN se caracteriza no SISVAN, coordenado pelo Ministério da Saúde (MS). Este sistema é constituído por uma série de indicadores de consumo, antropométricos e bioquímicos, com a finalidade de avaliar e monitorar o estado nutricional e alimentar da população brasileira (BRASIL, 2011).

Considerando que no país as situações de insegurança nutricional perpassam todas as fases de vida em diferentes magnitudes, recomenda-se a ampliação da cobertura da VAN para todos os grupos populacionais. O planejamento referente à implantação ou ampliação do SISVAN no nível municipal abrange diferentes estratégias que visam a preparar as unidades básicas de saúde e organizar o fluxo de informações. Nesse âmbito, a ampliação da cobertura do SISVAN para grupos populacionais específicos, a capacitação de profissionais para as ações de VAN, bem

como a disponibilização dos indicadores nutricionais, como suporte para a formulação e efetivação de políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), figuram entre as principais exigências para a execução dessa diretriz (BRASIL, 2007).

O SISVAN Web se tornou uma ferramenta muito importante para o monitoramento alimentar e nutricional do público atendido na AB. Este deve ser alimentado regularmente com informações referentes ao estado nutricional e ao consumo alimentar de indivíduos de todas as fases da vida, de forma a se traçar o perfil alimentar e nutricional da população do município. Ressalta-se que a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis são condições essenciais para a análise objetiva da situação, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de promoção à saúde (BRASIL, 2008).

As ações para a operacionalização desta ferramenta devem ser promovidas no âmbito da AB do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando a estrutura disponível desse nível de atenção, incluindo os recursos humanos, financeiros, físicos e materiais. Para tanto, é necessário que as equipes de AB estejam capacitadas e sensibilizadas para que ocorra, de fato, a operacionalização do SISVAN. Apesar da existência de todo o aparato legal que torna obrigatória a realização dessas ações, a cobertura atual do sistema ainda é insuficiente. A qualificação da força de trabalho representa uma necessidade histórica e estratégica para a promoção da alimentação saudável e para o combate e prevenção dos agravos nutricionais.

A realização da presente pesquisa justificou-se pela necessidade da oferta de uma capacitação aos profissionais de saúde envolvidos na execução do SISVAN, treinando-os para que realizem, de maneira segura e confiável, a coleta de dados antropométricos e sensibilizando-os sobre a importância do programa, pois é por meio das informações contidas que podemos conhecer o perfil nutricional da população assistida pelas equipes de ESF. A alimentação dessas informações deve ser motivada para que sejam utilizadas no planejamento e na execução de políticas públicas de alimentação e nutrição do município.

Diante de tais considerações e justificativas, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto de uma capacitação voltada à operacionalização do SISVAN e ofertada a 22 profissionais coordenadores das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul/RS.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, prospectivo, realizado na AB do município de Santa Cruz do Sul, situado a 155 km da capital rio-grandense, com o objetivo de avaliar o impacto de uma capacitação referente a operacionalização do SISVAN. O estudo atendeu às premissas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob o parecer nº 2.417.729.

A cidade está situada na região do Vale do Rio Pardo e possui uma população estimada de 127.429 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2018). No período em que foi realizada a pesquisa, a rede municipal de saúde possuía 22 equipes de ESF, sendo 17 distribuídas em área urbana e 5 em área rural. A estimativa atual de cobertura populacional de ESF é de 60%. Há previsão da expansão das ESFs com a criação de novas unidades para alcançar a meta 82% de cobertura populacional, conforme pactuado nos indicadores de saúde do município (Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul – PMSCS, 2018).

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros coordenadores das equipes de ESF que aceitaram participar do projeto, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respondendo aos questionários e estando presente na capacitação ofertada.

Os dados primários foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado (questões abertas e fechadas) e autoaplicável em formato eletrônico, intitulado de “Conhecendo a operacionaliza-

ção do SISVAN nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul”. O questionário utilizado foi previamente validado na pesquisa “Conhecendo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na Atenção Básica do SUS no Estado de São Paulo”, realizada pela Rede de Defesa e Promoção da Alimentação Saudável, Adequada e Solidária – Rede-SANS (Rede de Defesa e Promoção da Alimentação Saudável, Adequada e Solidária. Pesquisa – REDE-Sans, 2018). Este abordou questões referentes à percepção dos profissionais em relação ao SISVAN e como deve ocorrer a sistematização da VAN.

Posteriormente, foi organizada uma capacitação aos entrevistados. Esta foi planejada e executada sob a orientação da professora envolvida no projeto, e contou com a participação da nutricionista responsável pelo SISVAN, no município, e integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Realizou-se, então, a coleta de dados dos números de acompanhamentos realizados pelas 22 ESFs, cadastrados no SISVAN Web em todos os meses do ano de 2017 (BRASIL, 2018). Considerou-se o número atual de indivíduos acompanhados no sistema sobre a população de referência de cada ESF fornecida pela Coordenação da AB do município, e realizou-se o cálculo do percentual de cobertura do programa referente a este período.

A capacitação ocorreu na primeira reunião mensal prevista no calendário anual da Coordenação da Atenção Básica com todos os enfermeiros coordenadores das ESFs, correspondendo a uma carga horária de aproximadamente quatro horas. Os participantes esclareceram suas dúvidas sobre o funcionamento do sistema e ainda contribuíram com sugestões para a sua incorporação na rotina das equipes, bem como suas opiniões para melhorar o serviço. Neste momento, elaboraram-se alternativas para incorporar o SISVAN na rotina de suas atividades e, por conseguinte, foram apresentadas algumas estratégias para a coleta de dados que poderiam ser utilizadas pelas ESFs na realização da VAN.

O conteúdo abordado na capacitação foi baseado nos protocolos de VAN elaborados pelo Ministério da Saúde (MS) e na análise do conjunto



de respostas do primeiro questionário aplicado. No momento da capacitação, apresentou-se também aos coordenadores os dados de cobertura do SISVAN, no município referentes ao ano de 2017. Para acompanhamento do processo, disponibilizou-se contato telefônico e via *e-mail* para esclarecimento de eventuais dúvidas relacionadas a rotina do SISVAN.

Passados 90 dias após a capacitação, realizou-se o envio de outro questionário estruturado (questões abertas e fechadas) e autoaplicável em formato eletrônico, intitulado “Operacionalização do SISVAN nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, mediante a uma capacitação”, confeccionado pela própria autora, com o objetivo de obter informações sobre a coleta, a digitação, a análise e a utilização dos dados de VAN desde então. O questionário em questão também buscou identificar o desenvolvimento de ações de intervenção.

Para verificar a efetividade da capacitação em cada equipe de ESF, reavaliou-se a cobertura do SISVAN *Web*, nos meses de janeiro a maio de 2018 (BRASIL, 2018b). Considerou-se o número atual de indivíduos acompanhados no sistema sobre a população de referência de cada ESF fornecida pela Coordenação da AB do município e utilizada anteriormente na primeira análise de cobertura do sistema, para cálculo do percentual de cobertura atual. A cobertura foi avaliada pelo número de indivíduos acompanhados no SISVAN *Web*, até 31 de maio em 2018, comparado com o número de indivíduos acompanhados em 2017. Considerando a inexistência de um valor padrão para análise das coberturas, adotou-se a mediana encontrada como ponto de corte.

A variável explicativa ‘capacitação voltada ao SISVAN’ foi analisada de acordo com a ‘cobertura do SISVAN *Web* no período avaliado’ e desenvolvimento de ações de intervenção com base nas análises dos dados do SISVAN *Web*. O banco de dados foi construído no *software* Excel 2007 e, posteriormente, transferido e analisado no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Para a descrição dos dados utilizou-se a média para as variáveis contínuas e frequência para as categóricas (percentual de utilização, cobertura total e cobertura por

ESF). As análises de cobertura e das estimativas de variação temporal foram realizadas por meio de estatística descritiva (média e frequência), sendo a cobertura nos dois períodos variáveis de desfecho e explanatória, respectivamente. Considerou-se estatisticamente significativo valor de  $p < 0,05$ .

Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas apresentadas foram identificadas com a letra P (Profissional), seguida de um número (1 a 22).

## RESULTADOS

A média do percentual de cobertura do SISVAN *Web* para a população total nas ESFs foi de 24,89% (+ 6,98 *dp*) em 2017 e de 48,53% ( $\pm 13,46$  *dp*) em 2018. O menor valor de cobertura encontrado entre as ESF estudadas foi de 1,7% em 2017 e de 1,56% em 2018, e de maior valor 24,89% em 2017 e de 48,53% em 2018. De 2017 a 2018, 50% das ESFs aumentaram consideravelmente seus índices de cobertura, embora 50% ainda não tenham atingido o percentual de cobertura do ano anterior.

Em relação aos registros das 22 equipes de ESF no sistema, verificou-se que o mínimo de registros em 2017 foi de três indivíduos e, em 2018, o menor registro encontrado foi de 85 indivíduos. A Tabela 1 demonstra o número de acompanhamentos e o percentual de cobertura total do SISVAN *Web* das 22 ESFs incluídas no estudo, em todo o ano de 2017 e nos meses de janeiro a maio de 2018.

**Tabela 1 - Cobertura do SISVAN Web em 22 Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Cruz do Sul/RS, nos anos de 2017 e 2018 (p=0,033)**

VARIÁVEIS				
População de Referência (total 22 ESFs)	Acompanhamentos (jan - dez 2017)	Acompanhamentos (jan - mai 2018)	Cobertura (jan - dez 2017)	Cobertura (jan - mai 2018)
N	N	N	%	%
60.141	6.863	8.658	11,41	14,40

Referente aos dados levantados por meio do questionário aplicado antes da realização da capacitação, intitulado de “Conhecendo a operacionalização do SISVAN nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul”, pode-se observar que, entre os profissionais de saúde que participaram da pesquisa, 27,3% exerciam a função desde 2016; 18,2% desde 2012 e 4,5% desde 2007. Foi possível observar também que 13,6% possuíam algum curso na área de VAN, e 86,4% não possuíam.

**Tabela 2 - Resultados questionário “Conhecendo a operacionalização do SISVAN nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul” (n=22)**

VARIÁVEIS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Possui algum curso na área da alimentação e nutrição	3	13,6	19	86,4
Dispõe de tempo para a realização de atividades alimentação e nutrição	8	36,4	14	63,6
Equipe conhece e discute o estado nutricional dos usuários	3	13,6	19	86,4

Conforme expresso na Tabela 2, quando questionados sobre a disposição de tempo para a realização de atividades de alimentação e nutrição, 13,6% afirmaram possuir, e 86,4% asseguraram não possuir. Em relação ao conhecimento e à discussão do estado nutricional dos usuá-

rios, 13,6% referiu conhecer e discutir, e 86,4% referiu não conhecer e discutir.

Referente aos dados levantados por meio do questionário aplicado após a realização da capacitação, intitulado de “Operacionalização do SISVAN nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, mediante a uma capacitação”, pode-se observar 68,63% dos profissionais replicaram as informações repassadas na capacitação para o restante de sua equipe, e que 36,36% não as replicou, conforme exposto na Tabela 3.

**Tabela 3 - Resultados do questionário “Operacionalização do SISVAN nas ESFs do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, mediante a uma capacitação” (n=22)**

VARIÁVEIS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Replicou a capacitação para o restante da equipe	14	68,63	8	36,36
Identifica dificuldades ao executar o SISVAN	21	95,5	1	4,5
Sugere necessidade de melhorias na execução das ações de VAN	17	77,3	5	22,7

Quando questionados sobre se sentiam aptos a executar ações de VAN em conjunto com a equipe, 72,7% responderam que se sentiam aptos, e 27,3% que não se sentiam (não está na tabela). Questionados sobre sugestões necessárias de melhorias na execução das ações de VAN nas equipes, 77,3% dos coordenadores sugeriu necessidade de melhorias, e 22,7% não sugeriu.

## DISCUSSÃO

Para colocar em prática todas as ações de VAN no município, é necessário estabelecer com as equipes de ESF uma sequência de atividades que serão incorporadas, como rotina, contemplando o acolhimento dos indivíduos, o encaminhamento para a prática da antropometria, a reali-

zação da avaliação do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar e seu registro em formulários apropriados (BRASIL, 2018c).

De forma geral, a repercussão da capacitação voltada ao SISVAN foi positiva para o reconhecimento pelas 22 equipes de ESF da importância de sua existência na prática. Todavia, quando questionados se identificavam dificuldades de executar o SISVAN, 95,5% dos coordenadores afirmaram que identificavam, mesmo após a capacitação. Grande parte dos enfermeiros referiu que o excesso de demanda do trabalho e a falta de tempo para executar as ações como deveriam ser executadas dificulta a criação de ações de intervenção baseadas nas análises dos dados gerados por meio do SISVAN Web. Kanno, Bellodi e Tess (2012) apontam que a produtividade exigida, o grande número de famílias a serem atendidas e o tempo escasso podem impossibilitar o acolhimento a outras demandas dos usuários.

Em estudo realizado a respeito da estrutura organizacional das ações de VAN nos municípios de Minas Gerais, Brasil, foi observado que a quantidade de profissionais disponíveis nos serviços não é suficiente para a realização das ações de VAN, o que pode prejudicar a qualidade das mesmas (VITORINO *et al.*, 2016).

Além da sobrecarga de trabalho outras dificuldades para executar as ações da VAN também foram percebidas no decorrer de todo o processo, como, por exemplo, a ausência do profissional de nutrição para o desempenho de funções referentes ao diagnóstico e acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população em uma das ESFs participantes. A necessidade da inserção de um profissional de nutrição vista pelos coordenadores pode ser observada por meio dos seguintes relatos:

*“Acredito que uma profissional da Nutrição em nossa equipe seria essencial para o início de execuções de ações em Vigilância Alimentar, pois não sou formada em Nutrição e o que sei é o básico para qualquer tipo de ação voltada à alimentação e nutrição, e qualquer tipo de ação voltada a este assunto tenho que me basear em fatos da internet e não de qualquer profissional na área.” [P14]*

*“Gostaria que uma profissional nutricionista passasse nas unidades para falar sobre alimentação; não sei se passa nas Unidades do NASF, mas acho que isso seria um grande diferencial em qualquer ação Nutricional.” [P14]*

Atualmente, o NASF é o campo de atuação para estes profissionais, tanto para o controle ou tratamento dos agravos à saúde relacionados a alimentação da população como na promoção de ações educativas que despertem nos usuários do serviço o entendimento da importância da adoção de uma alimentação saudável. A principal ferramenta do NASF é o apoio matricial, mas percebe-se nas falas que, provavelmente, somente este modo de apoio não seja suficiente para que as ações sejam efetivamente realizadas. Percebe-se que a presença do Nutricionista na ESF torna-se cada vez mais imediato, refletindo o que muitos autores vêm alertando desde a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

Segundo Pinheiro *et al.* (2008), a ESF, criada em 1994, com a proposta de reorganização da prática de atenção à saúde, substituiu o modelo tradicional de AB para um novo modelo com integração interdisciplinar, baseada nos princípios do SUS, estando direcionada para a vigilância em saúde. Consequentemente, a inserção do profissional Nutricionista na AB se faz de extrema importância e primordial para a promoção e a prevenção de doenças causadas pela insegurança alimentar e para a solução dos problemas alimentares encontrados.

Após a realização da capacitação, grande parte dos coordenadores responderam que se sentiam aptos a realizar ações de VAN em conjunto com sua equipe. Podemos dizer que a capacitação foi considerada uma estratégia inovadora, pois proporcionou um momento de integração pelos enfermeiros das equipes de ESFs, onde puderam refletir sobre seus processos de trabalho e o quanto as ações de VAN são importantes.

Conforme Coutinho *et al.* (2009), as capacitações referentes ao SISVAN propõem sua implementação e ampliação, assim como a expansão do uso do sistema informatizado em todos os municípios brasileiros. Referente a esta afirmação, salientamos a importância da ampliação do

repassasse das informações para todos os profissionais da equipe. A visão deste processo pelos profissionais coordenadores pode ser observada nas seguintes falas:

“Acredito em alguma capacitação mais acentuada com a equipe em separado, ou só com os ACS ou só com os técnicos, pois pude perceber que, para eles, isto não é relevante e alguns até questionam que é “mais uma coisa” para fazer. Talvez se mostrassem os resultados ou os dados dessas ações para cada membro da equipe perceber que o papel de cada um é fundamental dentro do SISVAN.” [P17]

“Treinamento das equipes para a utilização dos sistemas de informação, ou a própria melhoria dos sistemas de informação já existentes (Fly Saúde p.ex.) para realização de diagnóstico da situação de saúde local para melhor planejamento das ações. Em virtude de não haver banco de dados confiável, não sabemos nº de obesos, desnutridos, etc. na nossa população.” [P7]

Estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2014), em Montes Claros-MG, afirma que os recursos humanos são essenciais para a organização e o exercício de qualquer estrutura social. No entanto, é fundamental a valorização profissional pelos gestores para fornecer aos profissionais garantias e condições, com o objetivo de se atingir a excelência no serviço de saúde.

Analisando a baixa cobertura do SISVAN, antes da capacitação, podemos pensar que a coleta e o preenchimento dos dados no sistema talvez não sejam vistos pelas equipes como atividade propulsora de VAN, nem como um gerador de dados fundamentais para tomada de decisão, como observado na fala a seguir:

“...não sei utilizar bem o recurso do SISVAN Web ou outros sistemas de informação que pudessem gerar relatórios para o monitoramento dos dados e conhecimento da realidade local.” [P15]

Este fato evidencia a importância de levantar previamente as dificuldades já encontradas, ajustando o conteúdo ministrado de modo a despertar os profissionais para uma atuação que possibilite o uso das informações geradas pelo SISVAN como instrumento à tomada de decisão, capaz de implementar as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Segundo Coutinho *et al.* (2009), um dos obstáculos do SISVAN é a consolidação e o uso dos dados disponibilizados para a coordenação de ações e recursos voltados à alimentação e à nutrição e das demais estratégias de saúde. Os gestores e os profissionais relacionados à área da saúde devem tomar conhecimento das informações do sistema. Todos os profissionais envolvidos neste processo de coleta de dados, inclusão de dados no sistema, gerenciamento do banco de dados e dos relatórios constituem uma rede responsável pela geração das informações e devem trabalhar em conjunto, focando no propósito comum da continuidade do sistema.

Em um estudo realizado no estado de São Paulo, com 65 municípios, e com o objetivo de estimar a cobertura populacional do SISVAN nos diferentes estágios de vida e avaliar seu funcionamento, os pesquisadores chegaram à conclusão de que, apesar dos esforços efetuados pelo Governo com a finalidade de ampliar e qualificar o SISVAN, o monitoramento nutricional no estado ainda é insuficiente, comprometendo sua utilização na elaboração de políticas efetivas na área de alimentação e nutrição (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

Apesar de 36,36% dos coordenadores terem assumido que não conseguiram replicar a capacitação para o restante da equipe devido à disponibilidade de tempo reduzida e pela multiplicidade de atividades na ESF, o aumento da cobertura do SISVAN, após a capacitação, mostrou-se positivo, considerando que os índices de 2018 representam cinco meses enquanto que os índices de 2017 se referem a soma de 12 meses.

De acordo com Romeiro (2006), há dificuldades na replicação das informações recebidas em capacitações dos gestores e profissionais de

saúde que trabalham com o SISVAN. Foi apontado pela autora que, entre os anos de 2004 e 2005, apenas 55% dos estados brasileiros poderiam ser considerados com nível satisfatório em relação à replicação para os municípios, e que são necessários maiores estímulos por parte da esfera federal no aperfeiçoamento destas capacitações.

A condição alimentar e nutricional da população brasileira e o Plano Nacional de Saúde, articulados com o movimento em defesa da segurança alimentar e nutricional, proporcionam indicações valorosas para a ordenação da formação dos trabalhadores do setor saúde que operam na agenda da alimentação e da nutrição no SUS. Neste âmbito, torna-se indispensável a qualificação dos profissionais combinada com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico estimar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da construção da força de trabalho <sup>4</sup>. Para estimar estes processos de trabalho, é necessário obter acesso aos indicadores de saúde disponibilizados pelo MS por meio dos sistemas de informação.

Contudo, o que se pode observar é que os problemas provenientes da informatização, em consequência da necessidade de infraestrutura adequada, recursos humanos e gestão em saúde não estão presentes apenas no SISVAN Web, mas também nos demais Sistemas de Informatização em Saúde (SIS) do SUS. Um estudo efetuado com 25 municípios da 10ª Regional de Saúde do estado do Paraná, sobre o entendimento dos profissionais e utilização de alguns sistemas (Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS, Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos – SINASC), apontou vários problemas. Entre eles, foi constatado que os profissionais desconhecem o acesso aos dados e possuem dificuldade de compreendê-los, pois creem que não retratam a realidade e são insuficientes para realizar o planejamento local, além de considerarem os SIS muito complexos. As limitações relatadas como as mais prevalentes

foram treinamento insuficiente e ausência de suporte técnico referente aos sistemas (HEINZMANN, 2008).

Não unicamente para o SISVAN, mas como para quaisquer SIS, a atualização dos bancos de dados se torna um valioso instrumento para a gestão, pois, por meio das informações geradas por esses bancos, os gestores terão subsídios para que ocorra a devida condução e planejamento em saúde. A desatualização desses sistemas acarreta na sua inutilidade e na ausência de informações atualizadas relacionadas à saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o SISVAN é um instrumento que permite a avaliação mais precisa do estado nutricional dos usuários do SUS e, por este motivo, deve ser utilizado e recomendado por toda a rede de AB. No entanto, fazem-se necessárias a apropriação e a reflexão crítica de tais informações, pelos gestores do SUS, reconhecendo e utilizando a VAN como elemento essencial de embasamento nos processos decisórios na área de alimentação e de nutrição.

O estudo evidenciou que a realização de uma capacitação voltada aos coordenadores das equipes pode-se mostrar efetiva para o aumento da cobertura do SISVAN. Pode-se constatar que os processos de atualizações e de capacitações das equipes de ESF devem ser intensificados e contínuos, visto que somente um processo de educação permanente pode proporcionar a adesão dos profissionais na realização de atividades, bem como a continuidade e êxito do SISVAN e das ações de VAN.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSEA. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional – Relatório Final. Fortaleza, 2007, pp. 49-52.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/>>. Acesso em: 08 janeiro. 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/>>. Acesso em: 01 junho. 2018b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância Alimentar e Nutricional nos Serviços de Saúde e SISVAN. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_vigilancia\\_alimentar.php?conteudo=van\\_sisvan](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=van_sisvan)>. Acesso em: 15 maio. 2018c.

COUTINHO, J. G. *et al.* A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(4):688-699.

ENES, C.C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(5):1543-51.

GONÇALVES, C.R. *et al.* Recursos Humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate*. 2014; 38(100):26-34.

HEINZMANN, Rosa Ani. Proposta de um instrumento de pesquisa para identificar as dificuldades dos profissionais no conhecimento e uso dos sistemas de informação em saúde. Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em formulação e gestão de políticas públicas. Universidade Estadual do oeste do Paraná. Cascavel, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama>>. Acesso em: 31 maio. 2018.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, dez. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO SUL. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Santa Cruz do Sul: PMSCS, 2018.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* Nutrição em saúde Pública: Os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. v.1, n.1, 2008.

REDE-SANS. Rede de Defesa e Promoção da Alimentação Saudável, Adequada e Solidária. Pesquisa Rede-SANS. Conhecendo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na atenção básica do SUS no estado de São Paulo. Disponível em: <<http://redesans.com.br/pesquisas/pesquisa-rede-sans/>>. Acesso em: 01 janeiro. 2018.



ROMEIRO, Andhressa Araújo Fagundes. Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil. 151 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

VITORINO, S. A. S. *et al.* Estrutura da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica em saúde no estado de Minas Gerais. *Revista APS*. 2016; 19(2): 230-244.



## PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES – PICS UTILIZADAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Tatiane Regina da Silva<sup>1</sup>*

*Leni Dias Weigelt<sup>2</sup>*

*Ana Zoé Schilling<sup>2</sup>*

### INTRODUÇÃO

O entendimento sobre saúde transcende a ausência de doenças e afecções. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não apenas ausência de doenças. Tal definição atribuída durante a Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), reunido em Nova York, merece reflexões no sentido de entender qual o conjunto de ações que possibilita esse bem-estar ao ser humano.

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Curso de Enfermagem.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.

Ao longo do tempo, várias iniciativas vêm ocorrendo na área da saúde, na busca por uma atenção mais completa à saúde das pessoas, uma vez que percebe-se fragilidades na assistência focada na doença. Práticas curativas, centradas em um modelo biomédico, ainda utilizadas no sistema de saúde brasileiro, restringem o atendimento detalhado, singular e integral, com a utilização de uma breve consulta clínica. Diante disso, pode-se observar movimentos de mudança nesta visão, em que os cuidados de saúde são abordados em um contexto mais amplo, avaliando de forma integral o ser humano e considerando os aspectos emocionais, psicossociais, afetivos e espirituais como fatores que afetam a saúde.

A promoção da saúde assume um papel importante na mudança de hábito de vida, na postura e no comportamento das pessoas, tornando autônomos de seus cuidados. Os serviços de saúde da atenção primária são os promotores desta atenção e educação além das ações de assistência e tratamento.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são recursos que envolvem abordagens no sentido de estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006). Portanto, essas práticas estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde que visa a produzir saúde, no âmbito individual ou coletivo, por meio de uma Rede de Atenção à Saúde –RAS, buscando se articular com as demais redes de proteção social (BRASIL, 2014), sob uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, que propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para seu enfrentamento (BRASIL, 2006).

No Brasil, denominadas de práticas integrativas e complementares (PICs), propagaram-se desde a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), ocorrida em 2006, com o propósito de atender a medicina tradicional chinesa (acupuntura), a

homeopatia e a antroposófica, as plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo social (crenoterapia). (LIMA; SILVA; TESSER, 2013)

A política atende às necessidades de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências milenares, que já vêm sendo desenvolvidas por alguns estados e municípios na rede pública de saúde (BRASIL, 2015). As PICs têm como finalidade promover o bem-estar das pessoas que as utilizam, com uma nova visão no modelo de atenção, a promoção da saúde em um contexto global, evidenciando aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e ambientais, voltadas para a qualidade de vida e não a uma patologia (DALMOLIN; HEIDEMANN, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apresentou o parecer normativo nº 004, de 1995, o qual reconhece a fundamentação da profissão de Enfermagem na perspectiva holística do ser humano, o crescente interesse e utilização das práticas naturais no cuidado ao paciente. Em 19 de março de 1997, este mesmo órgão deliberativo, por meio da Resolução nº 197, normatiza e reconhece as PICs como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem (COFEN, 1997).

Com base nestas considerações, acredita-se que a realização de estudos voltados à Terapias Alternativas e Complementares e a prática dos profissionais de saúde possam proporcionar a condição de explorar diversificadas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional, colocando em prática alternativas de atenção ao indivíduo para o exercício de sua autonomia e cidadania. Para tanto, questiona-se: como se desenvolvem as práticas alternativas e complementares no município de Santa Cruz do Sul e como tem atuado os profissionais de saúde neste contexto?

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer qual o entendimento dos profissionais de saúde quanto ao desempenho da prática das PICs nas ESFs, do município de Santa Cruz do Sul, por compreender que possa contribuir para a promoção da saúde do indivíduo e da população diante do processo saúde-doença. Por meio desse estudo, pretende-se instigar discussões e ações sobre essa prática já uti-

lizada em alguns municípios e estados, contribuindo na saúde do indivíduo e da população em geral. Com ações de promoção e de prevenção, utilizam-se de técnicas simples e de baixo custo, podendo ser associada a outros tratamentos.

Os objetivos que nortearam a investigação foram: investigar sobre as práticas integrativas e complementares preconizadas pelo SUS e sua utilização nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Santa Cruz do Sul-RS; averiguar sobre as experiências e as atividades realizadas pelo município relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares (PIC); indagar sobre o interesse e as necessidades dos profissionais da saúde na utilização das PICs; e identificar as vantagens e as desvantagens dessas práticas sob a ótica dos profissionais de saúde.

## METODOLOGIA

Neste estudo optou-se pela metodologia de cunho qualitativo com o método exploratório descritivo. A pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como viver, construindo seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

A investigação ocorreu em 26 Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Santa Cruz do Sul, interior do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil. O município tem como proposta de organização da rede de atenção à saúde, a atenção primária, tendo como porta de entrada preferencial as UBS e as ESFs. Para tal, conta com cinco UBS, 26 ESFs que integram de seis a sete Agentes Comunitários de Saúde (EACS), atingindo uma cobertura de 86% da população. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O universo do estudo foi de 26 profissionais enfermeiros

(as) das equipes das ESFs. Diante dos critérios de inclusão, pertencer a unidade de saúde há mais de um ano, cumprir carga horária mínima de 20 horas e não estar de férias ou em licença e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), foram excluídos, dois por terem menos de um ano de permanência na unidade, um por estar em férias durante o período da coleta, um não assinou o TCLE e 10 sujeitos não devolveram o questionário. Assim, a amostra se constituiu de 12 sujeitos.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário elaborado pela pesquisadora com questões abertas e fechadas, constituído por duas partes: a primeira, referente aos dados pessoais, com a finalidade de traçar o perfil dos sujeitos pesquisados e, a segunda parte, composta por questões abertas relacionadas ao conhecimento e o uso das PICs e interesse em formação com respectiva implantação. Os questionários foram acompanhados de nota explicativa expondo os objetivos do estudo e a identificação dos pesquisadores, assim como duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram avaliados com base na análise de conteúdo, utilizando-se da modalidade Análise Temática proposta por Minayo (2014). Este tipo de análise ocorre por meio da organização, da leitura e da discussão dos dados coletados, sendo constituída de três fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Na fase de pré-análise, ocorreu a leitura flutuante das respostas dos questionamentos, a fim de se obter maior contato com o conteúdo. Após, houve a identificação dos núcleos de sentido, o agrupamento das ideias em comum em que foi feito um recorte das respostas referentes à questão central, sendo realizada a categorização por temáticas. Buscou-se, por meio das leituras das respostas, identificar a relação das categorias entre si, chegando, assim, aos aspectos comuns e inter-relacionados.

Sobressaíram as temáticas: uso de PICs no Município em estudo; Curso, capacitação ou atualização referentes às PICs; Existência de estrutura para implantação de PICs; Fatores que facilitam e dificultam o desenvolvimento de PICs; Práticas de saúde utilizadas pela população. A

análise final se constituiu por meio do tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, procurando articular o material estruturado dos depoimentos com a literatura sobre a temática investigada.

Quanto às questões éticas para a inclusão dos participantes, foi observada a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC), obtendo parecer favorável, número do comprovante 076435/2018, CAAE: 93290218.2.0000.5343. No sentido de manter o anonimato dos sujeitos pesquisados, as falas foram identificadas com a letra E do alfabeto (enfermeiro), seguido do numeral (E1, E2, E3...), da ordem de aplicação do questionário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No perfil dos 12 profissionais enfermeiros pesquisados, detectou-se que seis têm idade entre 25 a 34 anos e quatro de 35 a 44 anos, e dois com mais de 50 anos. Destes, 10 são do gênero feminino e dois masculinos. No que se refere ao tempo de atuação no serviço público do município, seis atuam de um a três anos; três de quatro a seis anos; e três com 10 anos ou mais.

Quanto às experiências, os enfermeiros responderam que existem atividades como: plantas medicinais, reiki, horto medicinal, fitoterapia, acupuntura, auriculoterapia e oficina de artesanato. Na descrição dos pesquisados, as equipes de algumas unidades de ESF estão fazendo com que os usuários tenham conhecimento das práticas integrativas. Das práticas previstas na PNPIC, conforme a descrição dos enfermeiros, são ofertadas pelos municípios: plantas medicinais e fitoterapia; acupuntura; auriculoterapia; reiki e práticas corporais.

A utilização de PICs, na maioria dos municípios, pode ser conside-

rada como incipiente. São poucos os municípios que contam com essas práticas de forma sistemática e ao longo dos anos. Quando questionados os sujeitos desta pesquisa sobre as experiências e as atividades de PICs realizadas no município, seis relataram que houve algum movimento e seis informaram não haver iniciativas para a implantação e o seu desenvolvimento.

Tais resultados podem retratar um crescimento gradativo no que se refere ao interesse pelas PICs. Para Telesi (2016), pode-se atribuir a esses movimentos diferentes razões, sendo elas culturais e econômicas, por representarem uma alternativa às terapias convencionais, por serem um movimento recente que se identifica com novos modos de aprender e de praticar a saúde de forma multidisciplinar, singular e própria, ou mesmo por questões de modismo.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) incentiva a implantação das PICs no âmbito do SUS, porém não deixa claro quais ações e recursos são necessários para implantar as práticas integrativas na atenção básica, dificultando o fortalecimento das terapias, sua consolidação e tornando-se um desafio frente aos gestores de saúde (LOSSO, FREITAS 2017).

Segundo Telesi (2016), o ponto de vista da medicina oriental, ao contrário da medicina moderna, avalia que toda a doença é decorrente de um desequilíbrio em que interagem forças naturais (materiais) e cosmológica (imateriais), sendo esse desequilíbrio visto como uma ruptura de harmonia biológica, social e cósmica, incluindo o ser humano como participante com suas expressões de pensamento e sentimento. Que absurdo seria não considerar a harmonia e a relação entre esses elementos! Se pensarmos em elementos de terapia alopática, pode-se ressaltar que estas tiveram sua origem extraídas de substâncias químicas em vegetais, as quais foram identificadas pela observação no uso popular das plantas medicinais para o tratamento, a cura e a prevenção das doenças (NEVES *et al*, 2012).

Considerada válida pelo sistema público de saúde, a medicina tra-

dicional, ligada à tradição oriental, não tem a intenção de tratar as doenças, mas de promover um aprendizado de como viver a vida, mantendo a relação com o universo, relação consigo mesmo e a relação com os demais, fazendo parte integrante do conjunto de forças vivas presentes no sistema de saúde, com base na política (ibidem).

Estudos e documentos não apresentam exclusividade de uma profissão para aplicar as PICS, com exceção da homeopatia, que é aplicada por médicos, veterinários, farmacêuticos homeopatas, odontólogos em sua especificidade, segundo a Portaria nº 971, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Assim, há possibilidade de vários profissionais da área da saúde desenvolverem as mesmas em seus cuidados. Por outro lado, há lacunas sobre o que cada profissional pode desenvolver e quais os espaços para aplicar essas práticas.

O enfermeiro passou a ter um amparo legal no desenvolvimento das PICS, após o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) criar a Resolução 197/97, que estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e ou qualificação do profissional de enfermagem, desde que tenha qualificação específica e reconhecida pelo órgão regulador. Os enfermeiros podem aplicar as PICS no conjunto das intervenções de enfermagem, respaldada pela formação acadêmica que inclui conteúdos e experiências práticas capazes de levar aos profissionais competência técnica para atuar neste campo.

Há uma crescente reflexão na saúde pública, no que tange a PICS na medida que promovem práticas, estratégias e pensamento renovador, onde reivindicam a diversidade multidisciplinar, intersetoriais (ligando escolas nas práticas corporais, meditativas e educação; meio ambiente nas hortas), não havendo fronteiras e nem interdições entre saberes, das disciplinas e áreas do conhecimento, se aproximando na medicina científica (TELESI, 2016).

Os profissionais pesquisados, ao relatarem sobre os resultados que obtiveram, mencionaram que “aumentou a integração com a comunidade ao participar da implementação do horto e, como benefício final, o uso

dos chás e de ervas cultivadas” (E3). O mesmo relato sobre as práticas aparece quando os sujeitos, deste estudo, retratam o conhecimento sobre os benefícios que proporcionam, podendo ainda ser de uso complementar, na sua promoção, prevenção e reabilitação da saúde do indivíduo, conforme enfatiza Neves *et al.*, (2012). É compartilhada pelas diversas práticas, incluídas neste campo, dando uma visão ampliada do processo saúde doença e da promoção global do cuidado humano, em especial do autocuidado (TELESI, 2016).

Os enfermeiros informam “experiências exitosas” (E4), com “resultados excelentes” (E5). “Houve envolvimento da população e, com isso, a melhoria do vínculo da população com a equipe da unidade” (E7). Foram mobilizados os usuários e o trabalho foi feito gradualmente para “tratar o corpo de forma mais natural possível” (E11). Esse movimento aponta que a terapia proporciona uma abordagem de estímulo aos mecanismos naturais de prevenção e de agravos, e recuperação da saúde por meio de tecnologia eficaz e segura, por meio da escuta acolhedora, do desenvolvimento do vínculo terapêutico e da interação do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (TELESI, 2016).

Os profissionais enfermeiros, que responderam positivamente quanto à existência de movimentos para o desenvolvimento dessas práticas, descreveram, ainda, que os municípios têm feito alguns movimentos em direção ao conhecimento e ao uso das práticas integrativas e complementares nas unidades básicas de saúde. No que se refere aos movimentos que o município tem realizado para a introdução das PICS nas unidades, dois profissionais relatam estar tentando inserir, conversando com os profissionais e fazendo o levantamento dos principais interesses (E2, E6). Dois referiram que, no período 2016-2017, foi criado um projeto para a implantação de PICS em algumas unidades, após vários encontros realizados por uma comissão específica para isso (E3, E5). “Entretanto, o projeto foi encaminhado à gestão e não teve mais andamento” (E3). “Após o envio do projeto pelo grupo condutor à coordenação para a implantação, desde o início se aguardam as coordenadas que devemos

seguir” (E5).

As falas dos sujeitos remetem a uma insegurança em relação às PICS, pois o fato de incentivar as práticas não se dissolve de suas inseguranças. Neste sentido, emite o desejo de querer saber mais sobre a temática e as coordenadas que devem seguir. Apesar do incentivo proporcionado pelas normativas do Ministério da Saúde, ainda é preciso investir numa formação que possa contemplar essa questão, abordar no meio acadêmico e, no caso dos profissionais já formados, é preciso investir em política de educação permanente sobre o assunto, a fim de poder garantir a continuidade do bom uso e do uso racional e consciente dos benefícios dessas terapias como instrumento potencializador do cuidado em saúde (NEVES *et al*, 2012).

Segundo Figueiredo, Gurgel, Gurgel Jr. (2014), o desconhecimento dos gestores sobre as PICS faz com que eles não implementem essas práticas, muitos desconhecem a política para o setor, outros criam obstáculos quando os profissionais da saúde que, por conta própria, utilizam a fitoterapia como tratamento complementar. Na visão de gestores, muitos têm a mesma postura de desconhecimento, desconfiança e descrédito.

No município pesquisado tem ocorrido movimentos em relação a essas práticas, como reuniões, condição informada por dois dos profissionais pesquisados. Eles citaram que seriam reuniões relacionadas às PICS para se definir a metodologia de trabalho e buscar informações acerca de quais equipes já trabalham com alguma PIC (E7, E12). Dois dos pesquisados (E4, E9) relatam terem sido ofertadas capacitações sobre temáticas das PICS. Um respondeu que não sabia da existência de movimentos para a implantação da política (E8) e dois deixaram em branco a questão (E1, E10).

Um dos profissionais descreveu que em algumas ESFs existe projeto experimental das práticas integrativas com o apoio da universidade (E11). O apontamento desse sujeito se contrapõe a algumas afirmações nos estudos de Neves *et al*. (2012), onde dizem que a formação profissional em saúde ainda não vem sendo concomitante articulada com essa

realidade, que há uma incipiência e resistência dos órgãos formadores; e que há um descompasso entre a formação profissional em saúde e o que as políticas públicas vêm incentivando.

O fato de alguns enfermeiros (E1, E8, E10) não indicarem o uso de alguma terapia, fitoterapia por exemplo, uma das mais antigas com o uso das plantas, por não conhecer seus benefícios e sua indicação correta, demonstra que o profissional está sendo comprometido e responsável pela população que atende em sua unidade básica de saúde, não sendo imprudente, por não indicar se não está seguro da sua orientação (FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JR, 2014). Tal segurança pode ser desenvolvida por meio de capacitações que possibilitam a compreensão sobre essas práticas: quanto mais claro for o entendimento entre os profissionais, maiores serão as chances de se desenvolver e divulgar essa temática no âmbito das ESF.

Na questão referente às capacitações e cursos ofertados no município aos profissionais, seis referem que ocorreram; quatro dizem que não; um que não lembra; e mais um que deixou em branco a questão. Estudos de Losso, Freitas (2017), sobre a implantação das PICS na atenção básica, fazem referência à necessidade de ser avaliado o serviço em quatro dimensões: assistência, recursos humanos, recursos de materiais e gestão. Assistência refere-se às ações e às ofertas das PICS e à distribuição dos serviços no município. Recursos Humanos refere-se ao desenvolvimento de ações das PICS, tendo em vista ações das equipes de saúde e comunidade. Recursos de Materiais avalia a disponibilidade de materiais no município e insumos disponíveis para atendimento clínico na área. A gestão municipal tem a responsabilidade de ofertar educação continuada e permanente, investir na capacitação para profissionais na área de PICS, com vistas ao aprimoramento do trabalho.

Dentre os sujeitos que referiram a existência de capacitações sobre esta temática, quatro descrevem um evento municipal, realizado em 2016, na cidade de Candelária, divulgando ações já realizadas em outros municípios, apresentando as PICS, abordando sua importância para a



saúde aos enfermeiros, equipe do NASF, profissionais da área da saúde, agentes comunitários da saúde, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal. Dois dos profissionais relataram haver reuniões com agentes de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem abordando a temática (E7, E9). Cinco deixaram em branco a questão e um referiu ter realizado o curso de acupuntura particular (E8).

Na descrição de alguns profissionais enfermeiros (E3, E4, E5, E12), exprimem, de forma significativa, a motivação em relação ao processo de implantação das PICs, descrevem ter a possibilidade de participar de um evento em outro município e também de reuniões sobre esta temática. Losso e Freitas (2017) sugerem que o fator de motivação dos profissionais seja analisado na implantação das PICS, não caracterizando somente a capacitação e a educação permanente, mas o esforço singular dos enfermeiros pela sua autocapacitação. Em seus estudos, os autores, ainda descrevem que, no Brasil, tem um compartilhamento quanto à gestão e ao financiamento da AB, de responsabilidades entre as três instâncias de governo, podendo cada município ter autonomia para realizar as ações de saúde em seu território, sobre decisões relativas aos recursos humanos, à contratação, à formação e à capacitação, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Lima, Silva e Tesser (2013) sugerem engrenar uma progressiva construção de um campo comum de competências em PICs, sobre arranjos e apoio matricial, compartilhando pelos próprios profissionais da ESF na atenção primária e de outros serviços, de modo que as PICs se transformem em mais um recurso terapêutico e promotor da saúde, sendo profissionais compostos por elementos diferentes, praticantes de biomedicina e PICs.

Neste estudo, quando questionado os profissionais enfermeiros sobre quais seriam as necessidades e interesses da equipe de saúde para capacitações na área, oito demonstraram interesse e quatro não responderam à questão. Os sujeitos que responderam positivamente, citaram como necessárias algumas práticas. Três profissionais têm interesse em

fitoterapia, chás (E3, E9, E10), homeopatia, práticas corporais e mentais (podendo ser desenvolvidas por qualquer profissional da área de saúde) e acupuntura. Uma profissional (E8) tem interesse em realizar grupo de trabalho (antitabagista) e no Caps AD III; tinha projeto, e auriculoterapia. Uma diz: “A equipe apresenta bastante interesse, pois a comunidade faz uso frequente destas práticas” (E12). Um refere: “já participo, porém, mais capacitações seriam bem-vindas para toda a equipe” (E5). Dois relatam que há profissionais que têm interesse, porém os cursos na área são caros, necessitam de verba para desenvolver as PICs e, inclusive, informam que possuem projetos (E6, E7).

A ausência ou a insuficiência de incentivos para a qualificação profissional pode contribuir para a desmotivação das equipes da Atenção Básica. Assim, destaca-se a importância de gestores investirem em iniciativas de educação permanente para os profissionais, fortalecendo a participação, o comprometimento nas atividades e as necessidades demandadas pelo seu território (LOSSO; FREITAS, 2017). A afirmativa desses autores corrobora com os resultados desta pesquisa, onde detecta-se o interesse por parte de alguns enfermeiros: eles querem saber mais sobre essa terapia, pois elaboraram projetos e identificaram interesses na comunidade em desenvolver essas práticas.

Estudos de Santos e Trindade (2017) sobre essas práticas apontam que os profissionais não possuem conhecimentos sobre a fitoterapia, e citam como seu conhecimento sobre plantas medicinais, baseados na crença popular, com ou sem intervenção do saber científico, demonstrando sua compreensão sobre o assunto, se torna limitado. Mesmo considerando a importância do saber popular, se faz necessário a capacitação aos enfermeiros sobre PICs, sendo eles os multiplicadores de informações e esclarecimentos para a população, uma vez que eles possuem um vínculo maior com a comunidade (SANTOS; TRINDADE, 2017).

Lima, Silva e Tesser (2013) afirmam ser benéfico aos serviços de saúde se pensar em estratégias de educação permanente, pois é inviável, não recomendável, a existência de outros profissionais, além do médi-

co e do enfermeiro, como homeopata, massagista, acupunturista para assistência aos usuários. Destacam a possibilidade dos profissionais já inseridos (médicos e enfermeiros) serem enriquecidos em sua prática, aprendendo sobre as PICs (homeopatia, acupuntura, yoga, relaxamento, massagem reiki, e outros). A escolha destas atividades depende da estrutura e do espaço físico local.

No que se refere à estrutura para a implantação das práticas integrativas e complementares nas unidades de ESFs do município, nove enfermeiros descrevem que têm estrutura física; três dizem não ter estrutura física; três, inclusive, citam que as unidades ESF contam com ampla área e um prédio anexo, com academia de saúde (E2, E3, E9). Uma diz que “tem estrutura física, falta capacitar” (E1). “Em parte existe, o ideal seria um local para atendimento específico de PICs” (E5). Duas dizem que a maioria das unidades possui pátio para iniciar horta comunitária ou alguma sala de grupo para a prática de atividade física (yoga e outras), relatam que “a maior dificuldade é preparação do terreno e interesse por parte das equipes e comunidades” (E11, E12). Os sujeitos que responderam a falta de estrutura, registraram “falta estrutura física no ESF que atuo” (E4); duas relatam a falta de sala e de consultórios para as práticas e, “dependendo das práticas, sala de grupo ampla para atividades como yoga ou meditação, espaço reservado que permita relaxamento” (E6, E8).

Em estudo desenvolvido por Santos e Trindade (2017), os profissionais apresentaram dificuldades quanto à infraestrutura física e à organização do sistema de saúde nos municípios, haja vista que a solução, muitas vezes, independe de apenas uma ação isolada de um profissional. A implementação da fitoterapia, como política pública, requer mais do que mudança de pensamento, mais do que mudanças pontuais de um setor ou de outro, requer envolvimento de todos profissionais, gestores e usuários. Diante disso, a implantação de diferentes modalidades de terapias requer, num primeiro momento, a identificação das necessidades dos usuários e a aceitação dos mesmos e da equipe de saúde em relação a tal procedimento, evitando o enfrentamento de dificuldades e impedimentos.

Na descrição sobre os fatores facilitadores para o desenvolvimento destas práticas, três deixaram em branco a questão; duas apontam o amplo espaço das ESFs e sala anexo (E2, E9); e três citam interesse, boa vontade dos envolvidos, sensibilização dos profissionais e população, apoio e interesse da gestão, valorização dos talentos (E7, E8, E12). Apontam a capacitação de um grupo de profissionais para preparar os demais à implementação das PICs; as condições para adquirir materiais à realização das PICs e à formação específica para os profissionais do quadro efetivo que tenham interesse/perfil de trabalhar com o tema (E6, E4), além de equipes profissionais treinados para estas práticas e o apoio das coordenações e respectiva implementação. Citam ainda, como fonte de recurso, apoios intersetoriais e da Unisc (E3, E11).

Santos e Trindade (2017) abordam que os enfermeiros apresentam um olhar voltado para o holístico e empregam as práticas naturais em seus cuidados, mesmo sabendo que sua formação teve enfoque predominante no uso de medicamentos alopáticos. O interesse se destaca nos depoimentos escritos, e cabe aos profissionais se aprofundarem sobre as práticas e utilizá-las na promoção, para a melhoria no atendimento aos pacientes. Podendo formalizar o uso de plantas medicinais com segurança, com higiene e com bons resultados, por meio do conhecimento científico e especializado. Lima, Silva, Tesser (2013) salientam a possibilidade de se expandir as PICs para a atenção básica, em especial nas ESF, que é apontada como sendo o conjunto de temas que orientam o planejamento do trabalho da APS no SUS, estabelecendo uma estratégia de expansão das PICs, além de um complexo desafio para a sensibilização e a capacitação em PICs.

Na descrição dos fatores dificultadores na implantação das PICs apenas um sujeito deixou em branco a questão; outros profissionais citaram “ausência de estrutura física; falta de incentivo financeiro, verbas” (E4, E7, E10). Três sujeitos relataram muita demanda de trabalho, sobrecarga e poucos profissionais: demanda excessiva das unidades de saúde (falta de tempo); stress e sobrecarga dos profissionais. Dois referiram fal-

ta de profissionais qualificados e capacitados; poucos profissionais com formação específica em algumas terapias; preços dos cursos; e pouca capacitação ofertada pelo município” (E6). “Falta de profissionais qualificados e capacitados” (E12).

Os relatos dos sujeitos E6, E12 mencionando a falta de capacitação e a redução de profissionais especializados encontra sustentação nos achados da pesquisa de Lima, Silva e Tesser (2013) em que foram entrevistados seis sujeitos que trabalham no serviço especializado de Terapias e todos tinham curso superior, e cinco possuíam formação em alguma especialidade de práticas integrativas e complementares, sendo dois homeopatas, dois em acupuntura, uma em terapia holística comunitária. No entanto, entende-se que as PICs podem ser desenvolvidas em unidades básicas de saúde, desde que tenham condições de infraestrutura e pessoal qualificado para o desempenho destas atividades.

Foi citado ainda, por dois profissionais do presente estudo, a falta de adesão da população, “A falta de adesão da população, visto que o efeito não é muito imediato” (E9). “Falta de adesão dos pacientes em tratar corpo/ mente/ espírito” (E11). A descrição do sujeito pesquisado E9 contrapõe o estudo de Lima, Silva e Tesser (2013) no qual, pela adesão dos usuários, tiveram que criar estratégias de fila de espera, estabeleceram critérios de acesso às práticas (no caso da acupuntura por encaminhamento médico com 12 sessões no máximo), não havendo livre demanda e com ideia de ampliar os atendimentos com outras práticas como: lian gong, yoga, tai-chi-chuan, shiatsu, tui-ná e fitoterapia.

Esses mesmos autores destacam a concepção holística das terapias e relacionam diretamente com a compreensão ampliada e positiva de saúde, no âmbito das ações de promoção da saúde. Concepção que aparece na descrição de um sujeito desta pesquisa (E11) como algo dificultador, pela falta de adesão na implementação das PICs. Os autores enfatizam que a concepção holística possibilita o estímulo à saúde física, mental, social e espiritual, ampliando a concepção de saúde. Abordam que há pouco saber sobre a forma de adaptar, incluir e organizar as práticas integrativas

no Sistema Único de Saúde (SUS), dificultando sua implementação por falta, insuficiência de dados de produção de pesquisa e das limitações que exercem sobre essas práticas nos serviços de saúde.

Ainda, em relação aos fatores dificultadores sobre a visão dos profissionais, uma enfermeira pesquisada, com especialização em acupuntura, relata a influência da gestão sobre a implementação das PICs: “A visão negativa dos gestores, que preferem profissional médico, e não da enfermagem. Me ofereci para trabalhar na saúde do trabalhador e a secretaria de saúde disse-me que lá o médico (...) atuaria” (E8). Neste sentido, a queixa maior da trabalhadora se refere à dor crônica, à visão terapêutica da enfermeira em pensar a prática integrativa para amenizar a dor, uma vez que possui especialização em acupuntura e se ofereceu à gestora para implementar esse cuidado, e foi desmotivada, como expressa em sua fala. Diante de tal reação, pode-se questionar sobre as condições de conhecimento do gestor quanto a esse tipo de terapia.

A Acupuntura, no estudo de Silva e Tesser (2013), se apresenta como pouco conhecida, apesar de ser uma medicina milenar, mesmo tendo profissionais qualificados que só as utilizam quando outras medidas não têm resultados terapêuticos. Aos usuários que a utilizam, relatam melhora significativa no tratamento (dor e sintoma). No Brasil, a prática se consolidou no SUS por meio da PNPIC, e esclarece que vários conselhos de profissão da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade (Brasil, 2006). Nesse sentido, merece um destaque e especial atenção dos gestores a hipótese da utilização da acupuntura no SUS, evidenciando a redução de uso (desmedicalização), danos e gastos com medicamento consequente redução nos custos, gastos para o município (SILVA; TESSER, 2013).

Sousa *et al* (2017) retratam a falha quanto aos registros de assistência em acupuntura no sistema e identificaram fragilidades para a implementação desta prática no SUS, apesar do número de profissionais capacitados em municípios ser ainda incipiente, pois ainda não está bem definido o seu financiamento. Lima, Silva e Tesser (2013) descrevem um

recente e promissor experimento no sentido de expansão das PIC para ESF, em utilizar a competência de profissionais já existentes nos serviços com o apoio e a organização da gestão municipal, como um instrutor de seus colegas. Outra questão importante é a aceitação das PICs pela população usuária dos serviços de saúde. A identificação do interesse das pessoas em relação a essa prática terapêutica.

Questionados os profissionais enfermeiros quanto ao conhecimento de práticas de saúde utilizadas pela população, dois não responderam, cinco informam que uma das práticas mais utilizadas são das plantas medicinais (chás, horto, ervas, fitoterapias) (E2) “Chás e Ervas” (E3); “Penso que seria fitoterapia” (E4); “Chás” (E7); “Horto, trabalhos artesanais” (E11); “Uso de chás, por algumas famílias, as práticas de saúde mais utilizadas é a medicina tradicional”. Dois responderam: “Tratamento com medicamentos” (E9.) “Medicamentosa” (E12). A pesquisa de Neves *et al* (2012) ressalta que os profissionais apostam em estratégia que é conhecida e aprovada no meio científico, acreditando e recomendando o uso de medicamento alopático, por possuir estudos científicos e análise acuradas de sua eficácia e contraindicações previamente estabelecidas em suas bulas. A posição dos sujeitos (E9 e E12) quando apontam o uso de medicamentos no tratamento de seus usuários ressaltam que ocorre por ser conhecido e mais divulgado e seguro em seu uso.

O uso de fitoterápicos e plantas medicinais na atenção básica, no estudo de Figueiredo, Gurgel, Gurgel Junior (2014), descrevem como positivo por inúmeras situações: a possibilidade de os profissionais terem mais uma opção de tratamento: o custo benefício com uso de plantas medicinais e fitoterápicos; por terem menos potencial de efeitos adversos: a facilidade de acesso às plantas; e a valorização na troca de conhecimento equipe e comunidade, devendo ser este popular atualizado e disseminado aliado ao conhecimento científico. Deve haver uma complementação e não uma disputa. Bruning, Mosegui, Vianna (2012) afirmam positivamente em seu estudo, quando questionado sobre a implantação e o uso de plantas medicinais e fitoterapia em unidades básica de saúde, sendo

unânime a concordância dos profissionais, acreditando que isso auxilia na saúde geral da população por não apresentarem efeitos adversos.

Ainda sobre as práticas utilizadas na população nas ESF, dois enfermeiros informam grupo de atividade física e educação em saúde (E6). O Grupo de atividade física e educação em saúde, ainda com pouca participação”. (E10) “Atividade física.” Um (E5) “não soube informar”. Quando os sujeitos E6, E10 citam atividade física, remete as suas possibilidades, o que possuem para oferecer atividades de promoção da saúde; os indivíduos demandam somente as práticas possíveis de serem obtidas no serviço. Destaca-se que a busca pelas práticas se dá pela percepção do indivíduo e pelo que se oferta nos serviços, provendo um modo, uma técnica, de saberes e ações que por vezes integram cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura e fortalecimento na saúde do sujeito (LIMA; SILVA e TESSER, 2013). A oferta de PICS nos serviços da atenção básica, em especial, nas ESF, corrobora com o que preconiza o Ministério da Saúde, a qual foi criada a política com a proposta de prevenir os agravos, promover e reabilitar a saúde, devendo proporcionar uma relação com equipe multidisciplinar, e usuários do serviço (BRASIL, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, inicialmente, cinco Práticas Integrativas Complementares foram oferecidas em 2006. Em 2017, houve a inclusão de 14 e, hoje, em 2018, totalizam 29. A Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, alterou a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). São elas: acupuntura e medicina chinesa, fitoterapia (uso de plantas medicinais), medicina antroposófica, homeopatia, naturopatia, yoga, meditação, ayurveda, arteterapia, geoterapia, aromaterapia e dança circular, entre outras.

De acordo com os resultados desta pesquisa, no município estuda-

do tem se desenvolvido algumas experiências e atividades relacionadas com as práticas integrativas complementares preconizadas pelo SUS, de forma incipiente. Os profissionais enfermeiros reconhecem que há alguns movimentos em direção à temática, algumas são desenvolvidas nas Estratégia da Saúde da Família (ESF), juntamente com outras demandas do serviço, porém há lacunas no sentido do entendimento de como e quem pode realizá-las e de que forma organizá-las.

A falta de capacitação, a redução de profissionais especializados, a ausência de estrutura física e a falta de incentivo financeiro, assim como, a falta de adesão da população foram descritos como fatores que interferem no desenvolvimento das PICs na rede básica de saúde. Os profissionais possuem interesse em capacitações de práticas específicas, interesse na implementação das práticas integrativas, pois reconhecem a contribuição e os benefícios que as atividades proporcionam, sendo elas desenvolvidas com clareza, conhecimento e segurança. Os profissionais atribuem a necessidade de uma capacitação nos serviços e um direcionamento, pelos gestores, para a organização e a definição da forma de aplicação e dos locais adequados.

Resultados de estudos, incluindo este, apontam um crescente interesse por parte dos usuários e profissionais da saúde, na medida em que eles têm conhecimento dos benefícios e divulgam à comunidade informações sobre as práticas integrativas. Essa pode ser uma estratégia com potencialidade em direção à propagação da aplicabilidade da PNPIC nas ESFs. Deste modo, a divulgação de informações sobre as PICs e seus resultados, apontando benefícios à sociedade, poderá atrair um maior público com interesse nessas terapias.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf). Acesso em 14 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. História CNS. Ministério da Saúde Brasília, 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Acesso em 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf).

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo;1997 disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1971997\\_4253.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1971997_4253.html) Acesso em: 03 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS). Brasília, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics> Acesso em 27 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 18 de mar. 2018.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS): atitude de ampliação de acesso. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em 30 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 24 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnaps.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf) Acesso em: 28 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html). Acesso em: 12 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 853, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2006. Janeiro 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prto853\\_17\\_11\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prto853_17_11_2006_comp.html) Acesso em 02 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. Inclui novas Terapias à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prto849\\_28\\_03\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prto849_28_03_2017.html) Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na

Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUNING, Maria Cecília Ribeiro; MOSEGUI, Gabriela Bittencourt Gonzales; VIANNA, Cid Manso de Melo. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidade básica de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu- Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2675-2685, 2012.

DALMOLIN, Indiara Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. Práticas Integrativas e a Interface com a Promoção da Saúde: Revisão Integrativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2017.

FIGUEIREDO, Climério Avelino; GURGEL, Idê Gomes Dantas; JUNIOR GURGEL, Garibaldi Dantas. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: Construção, perspectivas e desafios. *Revista de Saúde Coletiva*, 2014.

LIMA KMSV, SILVA KL, CD de TESSER. Práticas integrativas e complementares e as Relação com a promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, São Paulo, nov.2013.

LOSSO, Luisa Nuernberg; FREITAS, Sérgio Fernando Torres De. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina. *Saúde debate*, Rio de janeiro, v. 41, n. 3, p. 171-187, set. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

NEVES, Rosália Garcia; PINHO, Leandro Barbosa de; GONZÁLES, Roxana Isabel Cardozo; Harter, Jenifer; SCHNEIDER, Jacó Fernando; BISSO LACCHINI, Annie Jeanninne. O Conhecimento dos Profissionais de Saúde acerca do uso de Terapias Complementares no Contexto da Atenção Básica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 4, núm. 3, jul-set, 2012, pp. 2502-2509 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.



RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa gabinete de consultoria legislativa Lei nº 12.560, de 12 de julho de 2006. (publicada no doe nº 132, de 13 de julho de 2006) Política intersectorial de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no estado do Rio Grande do Sul.

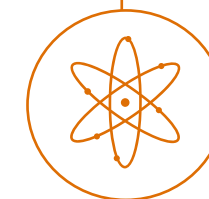
\_\_\_\_\_. Resolução Nº 695/13 – CIB/RS. Proposta de Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares – PEPIC/RS. Porto Alegre, RS, nov. de 2013.

SANTOS, Valéria Pereira; TRINDADE, Luma Mota Palmeira. A enfermagem no uso das plantas medicinais e da fitoterapia com ênfase na saúde pública. *Revista científica FacMais*, Inhumas, go, v. 8, n. 1, p. 17-34, mar. 2017.

SILVA, Emiliana Domingues Cunha da; TESSER, Charles Dalcanale. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186-2196, Nov. 2013.

SOUSA, L. A. de *et al.* Acupuntura no sistema único de saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. *Ciência & saúde coletiva*, São paulo, v. 22, n. 1, p. 301-310, out. 2017.

TELESI JUNIOR, Emilio. Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. São Paulo, 2016.



## PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR VIVENCIADAS POR CRIANÇAS DE 6 MESES A 2 ANOS DE IDADE

*Franciele Thaís Quoos Correa<sup>1</sup>*

*Fabiana Assmann Poll<sup>2</sup>*

### INTRODUÇÃO

Dentre as condições que interferem na saúde da criança, as práticas alimentares são de suma importância, de maneira que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que o aleitamento materno (AM) seja exclusivo até os seis meses de idade e que, a partir desta idade, até os dois anos, seja mantido o aleitamento somado a introdução gradativa de outros alimentos (WHO, 2012).

Em meio aos inúmeros benefícios que o leite humano oferece, vale ressaltar a aceitação de novos alimentos, uma vez que a criança amamentada fica exposta a diferentes sabores, o que favorece a aprovação da criança a uma alimentação mais variada e saudável (WHO, 2001).

A alimentação complementar precisa ser gradual e variada com a oferta de cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e hortaliças, (BRASIL, 2010; COELHO *et al.*, 2015), uma vez que as crianças desenvol

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, acadêmica do Curso de Nutrição.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Nutrição.

vem preferência pelos alimentos que lhes são familiares, ou seja, aqueles que são frequentemente oferecidos (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; BRASIL, 2015b; BIRCH; DOUB, 2014). Ao mesmo tempo, uma alimentação variada é primordial para alcançar a quantidade adequada de nutrientes essenciais (SCOTT; CHIH; ODDY, 2012).

No entanto, conforme Villa *et al.* (2015), a formação do hábito alimentar da criança é influenciada pelos pais por meio dos alimentos disponíveis no ambiente doméstico. Além disso, os pais tendem a ter o comportamento alimentar reproduzido pela criança e são importantes no estabelecimento de regras e normas relacionadas às práticas alimentares e ao estilo de vida.

Dessa forma, conforme Caldas, Oliveira e Santos (2012), a relação consumo alimentar e renda familiar devem ser considerados, uma vez que o custo da alimentação para a grande parte das famílias é elevado e absorve parcela significativa de suas finanças. Ainda, segundo esses autores citados anteriormente, as condições de renda satisfatórias estão atreladas à melhora no nível de instrução, favorecendo uma escolha adequada de alimentos e, assim, a alimentação saudável.

Diante disso, o objetivo da pesquisa foi avaliar as práticas de alimentação vivenciadas por crianças atendidas num serviço público de referência materno infantil, no município de Vera Cruz/RS, e sua associação com variáveis sociodemográficas e econômicas maternas.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal. Participaram da pesquisa mães, cujos filhos estavam na faixa etária entre seis meses a dois anos de idade, que frequentaram o Espaço Mamãe Criança, localizado no município de Vera Cruz/RS, para consultas médicas ou de puericultura, durante o mês de setembro de 2018.

O Espaço Mamãe Criança é um serviço público de referência ma-

terno infantil localizado no centro do município Vera Cruz/RS, na região do Vale do Rio Pardo, distante 166 quilômetros da capital.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o parecer número 2.757.992.

Foram definidos como critérios de inclusão: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; mães que frequentaram o Espaço Mamãe Criança, Vera Cruz-RS, no período de setembro do presente ano; mães que tinham filhos na faixa etária de seis meses a dois anos de idade. E como critérios de exclusão, mães que tinham idade inferior a 18 anos ou superior a 60 anos de idade; mães de crianças com exigências alimentares específicas, por motivo de doença ou necessidade especial.

Para a coleta de dados, foi feita uma entrevista em sala de espera, com aplicação de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, a fim de verificar o consumo alimentar das crianças e obtenção dos dados maternos.

Para a obtenção das informações alimentares utilizamos o questionário de Marcadores de Consumo Alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), contido no Ministério da Saúde (2015), que se refere ao que a criança comeu no dia anterior à pesquisa, com as seguintes adaptações: não foi questionada a frequência de consumo e a forma de preparo das refeições; foram inseridos no questionário outros tipos de leite, fórmulas infantis; separou-se em diferentes categorias - guloseimas e bebidas.

Os dados maternos contemplaram a idade, a escolaridade, a profissão, a renda, o número de filhos, a idade do filho (a) incluído na pesquisa, e se este filho (a) foi amamentado e a duração deste período, e ainda, a idade da criança quando foi iniciada a alimentação complementar.

Para fins de análise dos dados, a renda familiar foi classificada em: (A) Nenhuma renda; (B) Até 1 salário mínimo; (C) De 1 a 3 salários mínimos; (D) De 3 a 6 salários mínimos e (E) De 7 ou mais salários mínimos. Para relacionar com o consumo alimentar, essa variável foi reagrupada em três categorias: A-B; C; D-E.

A análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 (Chicago, IL). Realizou-se uma estatística descritiva para caracterizar a amostra pela média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo, bem como por meio de frequência e porcentagem. Os dados foram verificados quanto à normalidade e à homocedasticidade. Para a comparação da escolaridade materna, renda materna e duração AM com o consumo alimentar da criança utilizou-se o teste qui-quadrado (X<sup>2</sup>), empregando o nível de significância de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 24 mães e crianças. A idade média das mães estudadas foi de  $27,96 \pm 6,59$  anos, e das crianças foi de  $13,67 \pm 5,58$  meses, e demais dados da caracterização da amostra estão na Tabela 1.

**Tabela 1 - Análise descritiva da amostra (n=24)**

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade da criança (em meses)	13,67	$\pm 5,58$	6	24
Idade mãe (em anos)	27,96	$\pm 6,59$	19	44
Número de filhos	1,79	$\pm 1,41$	1	6
Idade máxima do AME (em meses)	4,62	$\pm 5,01$	0	24
Duração AM (em meses)	8,67	$\pm 7,91$	0	24
Idade que introduziu novos alimentos (em meses)	4,54	$\pm 1,35$	1	6

Em relação à escolaridade materna, verificou-se maior proporção das mães com Ensino Médio completo ou incompleto (61,7%), seguido do Ensino Fundamental completo (29,2%), e Superior completo (8,3%). Quanto ao trabalho materno, verificou-se maiores prevalências de agricultoras (33,3%), safristas (20,8%), seguido da referência de “estar desempregada” (16,7%). A renda familiar situou-se, predominantemente,

na faixa C (45,8%), seguido da B (37,5%) e da D (16,7%). Quanto ao AM, 95,8% referiram ter amamentado o filho incluído na pesquisa.

Na tabela 2 são descritos os alimentos consumidos pelas crianças no dia anterior à pesquisa, referidos pelas mães.

**Tabela 2 - Descrição do consumo alimentar da criança (n=24)**

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<b>Criança recebeu leite materno</b>		
Não	12	50,0
Sim	12	50,0
<b>Criança recebeu leite de vaca</b>		
Não	16	66,7
Sim	8	33,3
<b>Criança recebeu leite materno e leite de vaca</b>		
Não	23	95,8
Sim	1	4,2
<b>Criança recebeu leite materno e fórmulas infantis</b>		
Não	19	79,2
Sim	5	20,8
<b>Criança recebeu fórmulas infantis</b>		
Não	13	54,2
Sim	11	45,8
<b>Criança recebeu frutas</b>		
Não	1	4,2
Sim	23	95,8
<b>Criança recebeu refeição de sal</b>		
Não	0	0,0
Sim	24	100,0
<b>Criança recebeu hortaliças/legumes</b>		
Não	3	12,5
Sim	21	87,5
<b>Criança recebeu cereal/tubérculo/massa</b>		
Não	0	0,0
Sim	24	100,0
<b>Criança recebeu feijão</b>		

Não	3	12,5
Sim	21	87,5
<b>Criança recebeu carne ou ovo</b>		
Não	0	0,0
Sim	24	100,0
<b>Criança recebeu mingau</b>		
Não	12	50,0
Sim	12	50,0
<b>Criança recebeu biscoito sem recheio</b>		
Não	2	8,3
Sim	22	91,7
<b>Criança recebeu biscoito recheado, doces</b>		
Não	17	70,8
Sim	7	29,2
<b>Criança recebeu macarrão instantâneo</b>		
Não	17	70,8
Sim	7	29,2
<b>Criança recebeu café e chás</b>		
Não	10	41,7
Sim	14	58,3
<b>Criança recebeu salgadinho de pacote</b>		
Não	14	58,3
Sim	10	41,7
<b>Criança recebeu bebidas adoçadas</b>		
Não	18	75,0
Sim	6	25,0
<b>Criança recebeu suco natural de fruta sem açúcar</b>		
Não	14	41,7
Sim	10	58,3
<b>Criança recebeu suco natural de fruta com açúcar</b>		
Não	16	66,7
Sim	8	33,3
<b>Criança recebeu hambúrguer e/ou embutidos</b>		
Não	21	87,5
Sim	3	12,5

Com relação à escolaridade relacionada ao consumo alimentar, verificou-se estatística significativa quanto ao uso de fórmulas infantis as-

sociado ou não ao AM. Tal dado foi superior às mães com escolaridade maior, bem como a oferta de sucos naturais sem açúcar (Tabela 3).

**Tabela 3 - Relação entre a escolaridade da mãe e consumo alimentar da criança (n=24)**

Variável	Escolaridade					p
	Fundamen- tal incom- pleto	Funda- mental completo	Médio incompleto	Médio completo	Superior completo	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Criança recebeu leite materno</b>						0,147
Não	1 (4,2)	0 (0,0)	3 (12,5)	7 (29,2)	1 (4,2)	
Sim	6 (25,0)	0 (0,0)	2 (8,3)	3 (12,5)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu leite de vaca</b>						0,268
Não	6 (25,0)	0 (0,0)	2 (8,3)	6 (25,0)	2 (8,3)	
Sim	1 (4,2)	0 (0,0)	3 (12,5)	4 (16,7)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu leite materno e leite de vaca</b>						0,691
Não	7 (29,2)	0 (0,0)	5 (20,8)	9 (37,5)	2 (8,3)	
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu leite materno e fórmulas infantis</b>						0,037
Não	6 (25,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	9 (37,5)	0 (0,0)	
Sim	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (4,2)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu fórmulas infantis</b>						0,031
Não	6 (25,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	3 (12,5)	0 (0,0)	
Sim	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)	7 (29,2)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu frutas</b>						0,469
Não	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim	6 (25,0)	0 (0,0)	5 (20,8)	10 (41,7)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu hortaliças/ legumes</b>						0,305
Não	2 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim	5 (20,8)	0 (0,0)	4 (16,7)	10 (41,7)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu feijão</b>						0,892
Não	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (4,2)	0 (0,0)	

Sim	6 (25,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	9 (37,5)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu mingau</b>						0,379
Não	5 (20,8)	0 (0,0)	3 (12,5)	3 (12,5)	1 (4,2)	
Sim	2 (8,3)	0 (0,0)	2 (8,3)	7 (29,2)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu biscoito sem recheio</b>						0,151
Não	2 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim	5 (20,8)	0 (0,0)	5 (20,8)	10 (41,7)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu biscoito recheado, doces</b>						0,542
Não	4 (16,7)	0 (0,0)	3 (12,5)	8 (33,3)	2 (8,3)	
Sim	3 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	2 (8,3)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu macarrão instantâneo</b>						0,542
Não	4 (16,7)	0 (0,0)	3 (12,5)	8 (33,3)	2 (8,3)	
Sim	3 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	2 (8,3)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu café e chás</b>						0,143
Não	3 (12,5)	0 (0,0)	3 (12,5)	2 (8,3)	2 (8,3)	
Sim	4 (16,7)	0 (0,0)	2 (8,3)	8 (33,3)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu salgadinho de pacote</b>						0,338
Não	3 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	7 (29,2)	2 (8,3)	
Sim	4 (16,7)	0 (0,0)	3 (12,5)	3 (12,5)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu bebidas adoçadas</b>						0,301
Não	4 (16,7)	0 (0,0)	3 (12,5)	9 (37,5)	2 (8,3)	
Sim	3 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	1 (4,2)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu suco natural de fruta sem açúcar</b>						0,041
Não	5 (20,8)	0 (0,0)	5 (20,8)	4 (16,4)	0 (0,0)	
Sim	2 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6(25,0)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu suco natural de fruta com açúcar</b>						0,712
Não	5 (20,8)	0 (0,0)	3 (12,5)	6(25,0)	2 (8,3)	
Sim	2 (8,3)	0 (0,0)	2 (8,3)	4 (16,4)	0 (0,0)	
<b>Criança recebeu hambúrguer e/ou embutidos</b>						0,892
Não	6 (25,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	9 (37,5)	2 (8,3)	
Sim	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (4,2)	0 (0,0)	

Na Tabela 4 são descritos a relação entre renda da mãe e o consumo alimentar da criança. Podemos visualizar que há prevalência de uma ingestão maior de frutas, hortaliças/legumes e feijão por crianças de mães com renda nas categorias C e D-E (Tabela 4).

**Tabela 4 - Relação entre a renda da mãe e consumo alimentar da criança (n=24)**

Variável	Renda Familiar				
	A-B N (%)	C N (%)	D-E N (%)	P	
Criança recebeu leite materno					0,352
Não	3 (12,5)	6 (25,0)	3 (12,5)		
Sim	6 (25,0)	5 (20,8)	1 (4,2)		
Criança recebeu leite de vaca					0,918
Não	7 (29,2)	7 (29,2)	3 (12,5)		
Sim	3 (12,5)	4 (16,7)	4 (16,7)		
Criança recebeu leite materno ou leite de vaca					0,419
Não	8 (33,3)	11 (45,8)	4 (16,7)		
Sim	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Criança recebeu leite materno e fórmulas infantis					0,659
Não	8 (33,3)	8 (33,3)	3 (12,5)		
Sim	1 (4,2)	3 (12,5)	1 (4,2)		
Criança recebeu fórmulas infantis					0,155
Não	7 (29,2)	5 (20,8)	1 (4,2)		
Sim	2 (8,3)	6 (25,0)	3 (12,5)		
Criança recebeu frutas					0,419
Não	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Sim	8 (33,3)	11 (45,8)	4 (16,7)		

<b>Criança recebeu hortaliças/legumes</b>				0,634
Não	1 (4,2)	2 (8,3)	0 (0,0)	
Sim	8 (33,3)	9 (37,5)	4 (16,7)	
<b>Criança recebeu feijão</b>				0,057
Não	3 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim	6 (25,0)	11 (45,8)	4 (16,7)	
<b>Criança recebeu mingau</b>				0,904
Não	5 (20,8)	5 (20,8)	2 (8,3)	
Sim	4 (16,7)	6 (25,0)	2 (8,3)	
<b>Criança recebeu biscoito sem recheio</b>				0,793
Não	1 (4,2)	1 (4,2)	0 (0,0)	
Sim	8 (33,3)	10 (41,7)	4 (16,7)	
<b>Criança recebeu biscoito recheado, doces</b>				0,938
Não	6 (25,0)	8 (33,3)	3 (12,5)	
Sim	3 (12,5)	3 (12,5)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu macarrão instantâneo</b>				0,771
Não	7 (29,2)	7 (29,2)	3 (12,5)	
Sim	2 (8,3)	4 (16,7)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu café e chás</b>				0,133
Não	2 (8,3)	7 (29,2)	1 (4,2)	
Sim	7 (29,2)	4 (16,7)	3 (12,5)	
<b>Criança recebeu salgadinho de pacote</b>				0,481
Não	6 (25,0)	5 (20,8)	3 (12,5)	
Sim	3 (12,5)	6 (25,0)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu bebidas adoçadas</b>				0,739
Não	6 (25,0)	9 (37,5)	3 (12,5)	
Sim	3 (12,5)	2 (8,3)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu suco natural de fruta sem açúcar</b>				0,759

Não	5 (20,8)	6 (25,0)	3 (12,5)	
Sim	4 (16,7)	5 (20,8)	1 (4,2)	
Criança recebeu suco natural de fruta com açúcar				0,119
Não	6 (25,0)	9 (37,5)	1 (4,2)	
Sim	3 (12,5)	2 (8,3)	3 (12,5)	
Criança recebeu hambúrguer e/ou embutidos				0,232
Não	7 (29,2)	11 (45,8)	3 (12,5)	
Sim	2 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,2)	

Verificou-se que as crianças que receberam o aleitamento materno demonstraram, por mais tempo, um consumo alimentar mais saudável, com menor consumo de alimentos industrializados (Tabela 5).

**Tabela 5 - Relação entre a duração Aleitamento Materno (AM) e consumo alimentar da criança (n=24)**

Variável	Duração Aleitamento materno			P
	0-6 meses N (%)	7-12 meses N (%)	13-24 meses N (%)	
<b>Criança recebeu leite materno</b>				0,001
Não	10 (41,7)	2 (8,3)	0 (0,0)	
Sim	1 (4,2)	4 (16,7)	7 (29,2)	
<b>Criança recebeu leite de vaca</b>				0,918
Não	6 (25,0)	7 (29,2)	3 (12,5)	
Sim	3 (12,5)	4 (16,7)	1 (4,2)	
<b>Criança recebeu leite materno e leite de vaca</b>				0,209
Não	12 (50,0)	5 (20,8)	6 (25,0)	



Sim	0 (0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)
<b>Criança recebeu leite materno e fórmulas infantis</b>	0,685		
Não	10 (41,7)	4 (16,7)	5 (20,8)
Sim	2 (8,3)	2 (8,3)	1 (4,2)
<b>Criança recebeu fórmulas infantis</b>	0,104		
Não	4 (16,7)	4 (16,7)	5 (20,8)
Sim	8 (33,3)	2 (8,3)	1 (4,2)
<b>Criança recebeu frutas</b>	0,209		
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)
Sim	12 (50,0)	6 (25,0)	5 (20,8)
<b>Criança recebeu hortaliças/legumes</b>	0,180		
Não	1 (4,2)	0 (0,0)	2 (8,3)
Sim	11 (45,8)	6 (25,0)	4 (16,7)
<b>Criança recebeu feijão</b>	0,565		
Não	2 (8,3)	1 (4,2)	0 (0,0)
Sim	10 (41,7)	5 (20,8)	6 (25,0)
<b>Criança recebeu mingau</b>	0,042		
Não	3 (12,5)	4 (16,7)	5 (20,8)
Sim	9 (37,5)	2 (8,3)	1 (4,2)
<b>Criança recebeu biscoito sem recheio</b>	0,580		
Não	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)
Sim	11 (45,8)	6 (25,0)	5 (20,8)
<b>Criança recebeu biscoito recheado, doces</b>	0,066		
Não	10 (41,7)	5 (20,8)	2 (8,3)
Sim	2 (8,3)	1 (4,2)	4 (16,7)
<b>Criança recebeu macarrão instantâneo</b>	0,404		
Não	9 (37,5)	5 (20,8)	3 (12,5)
Sim	3 (12,5)	1 (4,2)	3 (12,5)
<b>Criança recebeu café e chás</b>	0,358		

Não	4 (16,7)	4 (16,7)	2 (8,3)
Sim	8 (33,3)	2 (8,3)	4 (16,7)
<b>Criança recebeu salgadinho de pacote</b>	0,046		
Não	8 (33,3)	5 (20,8)	1 (4,2)
Sim	4 (16,7)	1 (4,2)	5 (20,8)
<b>Criança recebeu bebidas adoçadas</b>	0,264		
Não	10 (41,7)	5 (20,8)	3 (12,5)
Sim	2 (8,3)	1 (4,2)	3 (12,5)
<b>Criança recebeu suco natural de fruta sem açúcar</b>	0,046		
Não	8 (33,3)	1 (4,2)	5 (20,8)
Sim	4 (16,7)	5 (20,8)	1 (4,2)
<b>Criança recebeu suco natural de fruta com açúcar</b>	0,127		
Não	7 (29,2)	6 (25,0)	3 (12,5)
Sim	5 (20,8)	0 (0,0)	3 (12,5)
<b>Criança recebeu hambúrguer e/ou embutidos</b>	0,827		
Não	11 (45,8)	5 (20,8)	5 (20,8)
Sim	1 (4,2)	1 (4,2)	1 (4,2)

## DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu identificar as práticas de alimentação vivenciadas por crianças de seis meses a dois anos de idade, atendidas num serviço público de referência materno infantil, e sua associação com variáveis sócio demográficas e econômicas maternas.

Os resultados obtidos no presente estudo referentes ao AM demonstraram que metade das crianças o recebeu, ao

passo que 45,8% receberam fórmula infantil e 33,3% leite de vaca (Tabela 2), associados ou não ao leite materno. Apesar da maior difusão do conhecimento de que o leite materno, oferecido de forma exclusiva, atende às necessidades de energia e de nutrientes do lactente até cerca de seis meses de vida, verifica-se que o início do processo de desmame continua sendo precoce (SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

Nesse contexto, Simon, Souza e Souza (2003) ainda destacam que, embora praticamente as mães, em países em desenvolvimento, iniciem a amamentação de seus filhos, poucas o fazem de modo exclusivo. Este fato que foi observado no presente estudo, cuja duração média do AME foi de  $4,62 \pm 5,01$  meses, do AM foi de  $8,67 \pm 7,91$  meses, e a alimentação complementar foi iniciada em média aos  $4 \pm 1,35$  meses.

No estudo atual, constatamos que 29,2% das crianças foram amamentadas no período de 13 a 24 meses, diferente do estudo que teve objetivo de descrever a situação da amamentação e identificar fatores associados ao desmame, em municípios do estado de São Paulo/SP, que foi observado que o AM nos primeiros quatro meses de vida raramente alcançou índices superiores a 30%, sendo fator de risco para essa situação a baixa escolaridade materna, a primiparidade e a maternidade precoce, termos de Venâncio *et al.* (2002).

Em relação à escolaridade materna, verificou-se maior proporção das mães com ensino médio completo ou incompleto (61,7%), seguido do ensino fundamental completo (29,2%), e superior completo (8,3%). Bueno *et al.* (2003) ao descrever a prática do AM de crianças nascidas em hospital universitário em São Paulo/SP, e identificar fatores associados com a duração do AM e AME, observaram que idade e escolaridade da mãe tiveram associação estatisticamente significativa, com a duração apenas do AME.

Outro fator que merece destaque está relacionado ao modo de seleção e à escolha dos alimentos utilizados na alimentação nas diversas classes sociais. Baseado em Correa *et al.* (2009), podemos afirmar que tais escolhas são definidas por especificidades econômicas, culturais e so-

ciais. No atual estudo, a renda familiar situou-se, predominantemente, na faixa C (de 1 a 3 salários mínimos) (45,8%), seguido da B (até 1 salário mínimo) (37,5%,) e da D (de 3 a 6 salários mínimos) (16,7%). Na Tabela 4 podemos visualizar que há prevalência de uma ingestão maior de frutas, hortaliças/legumes e feijão por crianças de mães com renda nas categorias C e D-E. Vieira *et al.* (2003) constataram que as mães adultas trabalham mais fora do lar para ajudar no orçamento familiar, conseguindo maior renda per capita que as mães adolescentes, o que interfere na aquisição de alimentos, importantes para um adequado crescimento e desenvolvimento de seus filhos.

Já sobre o custo dos alimentos, Soares (1997) verificou que não é o principal determinante das escolhas alimentares, mas sim o que as mães acreditam ser melhor para seus filhos. Ramos e Stein (2000) acrescentam que, na realidade brasileira, existem poucos estudos sobre os fatores que interferem no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil, sendo importante o desenvolvimento de novas investigações para conhecer como se dá a formação dos hábitos alimentares, bem como de que maneira as influências externas, como a mídia e os profissionais da saúde, podem interferir positivamente ou não neste processo.

O consumo de chás e café foi observado em 58,3% da amostra. Os valores encontrados na literatura oscilaram entre 29,8 e 84,4%, sendo maiores nos primeiros meses, com tendência à diminuição na medida em que aumentava a idade da criança (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015). O uso de chás na alimentação infantil tem como objetivo principal, não a nutrição infantil, mas sim a medicação, atendendo a fatores culturais que utilizam o chá como remédio. A influência rural observada em um estudo feito na cidade de Feira de Santana/BA pode ajudar a justificar os resultados encontrados, porque, sabidamente, as comunidades rurais têm hábitos mais tradicionais (VIEIRA; SILVA; ALMEIDA; CABRAL, 2004), que corrobora com os resultados do presente estudo.

A introdução de alimentos sólidos ou semissólidos foi realizada na Idade Média de  $4 \pm 1,35$  meses. Trata-se de um fator preocupante, visto

que a recomendação de introdução, em geral, é no sexto mês de vida para que a criança esteja fisiologicamente preparada para digerir alimentos sólidos (VIEIRA *et al.*, 2003).

Em contrapartida, nosso estudo mostrou a presença de alimentos básicos na rotina alimentar das crianças, 98% consumiam frutas, 100% refeição de sal, cereais e tubérculos, carnes ou ovos e 87,5% feijão. Semelhante ao estudo realizado por Kitoko *et al.* (2000), nas cidades de João Pessoa/PB e Florianópolis/SC, onde 59,5% e 83,5%, respectivamente, das crianças entre 6 a 9 meses, que receberam alimentação complementar, consumiam feijão e carne. No estudo de Schaurich e Delgado (2014), a maior parte das mães optou por iniciar a oferta de alimentos sólidos e semissólidos de maneira precoce, se comparados com as orientações dos órgãos de saúde nacionais e internacionais.

Quanto à introdução de alimentos industrializados, no presente estudo, merece destaque que 91,7% das crianças consumiram biscoitos sem recheio e 41,7% salgadinhos de pacote. Esses alimentos contribuem para o acréscimo da densidade energética na dieta, possuem índice glicêmico elevado e são isentos de outros nutrientes importantes para a criança, levando a criança à formação de maus hábitos alimentares e ao risco de carências nutricionais e morbidades na idade adulta (DIAS, 2013; HEITOR; RODRIGUES; SANTIAGO, 2011). O consumo de bebidas adoçadas foi praticado por 25% das crianças, comparado com o estudo de Marinho *et al.*, 2016) segundo faixa etária, de crianças assistidas na Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Macaé/RJ. Detectou-se que o consumo foi aumentando na medida de acordo com a idade, entre 6 e 12 meses, as crianças apresentavam consumo de refrigerantes, alimentos fontes de açúcar e suco industrializado, que variaram de 17,8% a 34,7%, e entre 18 a 24 meses, os percentuais atingiram 33,9% a 69,5%.

Para o cenário brasileiro, o estudo de Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009) propôs que a oferta precoce de doces e refrigerantes, assim como a tardia de legumes e frutas na alimentação infantil, associadas ao aumento da figura materna no mercado de trabalho, têm provável impac-

to sobre o aumento da obesidade no país.

Assim, a identificação dos padrões alimentares de crianças em seus primeiros anos de vida constitui importante objeto de estudo da epidemiologia nutricional, no sentido de compreender um dos fatores responsáveis pela saúde na infância (SOTERO; CABRAL; DA SILVA, 2015).

A contribuição desse estudo se dá no sentido de fornecer informações para o conhecimento e o estabelecimento de estratégias de orientação pelos profissionais da saúde, e também de possíveis políticas públicas de saúde materno infantil no município.

A limitação deste estudo se refere ao pequeno número amostral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o AM foi praticado por metade das mães a seus filhos, com duração menor do que a recomendada, tanto para o AME quanto para o AM. A introdução de alimentos sólidos ou semissólidos foi realizada precocemente, porém, nosso estudo mostrou a presença de alimentos básicos na rotina alimentar das crianças, comparados a percentuais menores de alimentos industrializados.

A renda familiar situou-se, predominantemente, na faixa C (de 1 a 3 salários mínimos) (45,8%), sem associação significativa com consumo alimentar. Sobre a escolaridade materna, verificou-se maior proporção das mães com Ensino Médio completo ou incompleto (61,7%). Houve associação entre escolaridade e uso de fórmulas infantis, junto ou não com leite materno, bem como com a inclusão de suco natural sem açúcar.

Percebe-se uma necessidade de reforçar as orientações alimentares em faixas etárias precoces da vida, bem como durante o pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade da alimentação e prolongamento do tempo de AM. Tratam-se de abordagens complexas, que envolvem além de políticas de saúde, também de trabalho, sociais e de educação da população.

## REFERÊNCIAS

BERNARDI, Julia Laura Delbue; JORDÃO, Regina Esteves; BARROS FILHO, Antônio Azevedo. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 26, p. 405-411, 2009.

BIRCH, Leann; DOUB, Allison. Learning to eat: birth to age 2 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 99, p. 723S-728S, 2014.

BUENO, M. B. *et al.* Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em 13 hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1453-1460, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

CALDAS, Bárbara Galvão; OLIVEIRA, Dayanne Alves Araújo Brito; SANTOS, Luana. Caroline. Estado Nutricional e caracterização socioeconômica de crianças integrantes do Programa Bolsa Família. *Pediatrics Moderna*, Minas Gerais, v. 48, n. 1, 2012.

COELHO, L. D. *et al.* Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2015.

CORREA, E. N. *et al.* Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009.

DIAS, Andréia Rocha. Alimentação complementar de crianças menores de dois anos residentes na Vila Planalto, Brasília - DF. 2013. 38 f. 2013. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Nutrição) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, 2010.

HEITOR, Sara Franco Diniz; RODRIGUES, Leiner Resende; SANTIAGO, Luciano Borges. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Campinas, v. 10, n. 3, p. 430-436, jul.set. 2011.

KITOKO, P. M. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Caderno de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 1111-1119, 2000.

MARINHO, L. M. F. *et al.* Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 977-986, 2016.

RAMOS, Maurem; STEIN, Lilian. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, v. 76, supl. 3, p. 229-37, 2000.

SIMON, Viviane Gabriela Nascimento; SOUZA, José Maria Pacheco de; SOUZA, Sonia Buongermino de. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 29-38, abr. 2003.

SOARES, Nádia. Prática alimentar de crianças menores de um ano: um subsídio para implementação das ações em nutrição e saúde. 1997. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), 1997.

SOTERO, Andréa Marques; CABRAL, Poliana Coelho; DA SILVA, Giselia Alves Pontes. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, n. 4, p.445-452, 2015.

SCOTT, Jane; CHIH, Tsz Ying; ODDY, Wendy. Food variety at 2 years of age is related to duration of breastfeeding. *Nutrients*, v. 4, p. 1464-1474, 2012.

SCHAURICH, Gisele Fernanda; DELGADO, Susana Elena. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 a 24 meses. *Revista CEFAC*, v.16, n. 5, p.1579-1588, 2014.

SCHINCAGLIA, R. M. *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, set. 2015.

VENÂNCIO S. L. *et al.* Frequências e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 313-8, 2002.

VIEIRA, M. L. F. *et al.* A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *Jornal de Pediatria*, 2003.

VIEIRA, Graciete; SILVA, Luciana; ALMEIDA, João Aprigio Guerra; CABRAL, Vilma. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. *Jornal de Pediatria*, v. 80, p. 411-6, 2004.

VILLA, J. K. D. *et al.* Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, n. 3, p. 302-309, 2015.

WHO. Word Health Organization. Obesity and overweight. 2012.

WHO. Word Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.



## PERFIL DE PACIENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM IST/AIDS, DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

Tiane Lopes Reis<sup>1</sup>

Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

O Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) estima que aproximadamente 734 mil pessoas estariam vivendo com HIV/AIDS no Brasil, no ano de 2014. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil novos casos de AIDS a cada ano e, a região Sul, uma média 8,6 mil casos novos (BRASIL, 2014). Em 2013, as taxas de detecção de AIDS das unidades da federação indicaram que os estados do Rio Grande do Sul (RS) e Amazonas (AM) apresentam as maiores taxas, com valores de 41,3 e 37,4 casos para cada 100 mil habitantes. Porto Alegre é a capital com maior taxa registrada em 2013, mais do que o dobro da taxa do estado do RS e quase cinco vezes a taxa do Brasil (96,2 casos para cada 100 mil habitantes) (BRASIL, 2014).

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, acadêmico do Curso de Enfermagem.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.

Foram registrados, desde o ano de 1980 até julho de 2014, 65% casos de AIDS em homens e 35% em mulheres, com maior concentração em indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos. Foram identificados 278.306 óbitos, tendo como causa básica a AIDS, sendo que o estado do Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de mortalidade de 2013 entre as unidades da federação (11,2 óbitos para cada 100 mil habitantes). Este índice é aproximadamente o dobro do coeficiente observado para o Brasil no mesmo ano. Do total de óbitos por AIDS no Brasil, 71,3% ocorreram entre homens e 28,6% entre as mulheres (BRASIL, 2014).

A AIDS trouxe consigo a exigência de novos paradigmas de cuidado que o profissional de saúde, de modo geral, e os enfermeiros, em particular, ainda procuram desenvolver, apesar de já terem decorrido 30 anos do início da epidemia e dos muitos avanços científicos alcançados. Os enfermeiros ampliaram consideravelmente a abrangência de suas ações na assistência ao paciente acometido pelo vírus ou pela doença, não só as restringindo ao âmbito da assistência hospitalar, mas também a outras áreas de atuação e, em especial, à prevenção da doença, podendo contribuir de maneira considerável com o desenvolvimento de novas descobertas científicas e tecnológicas.

Cabe ressaltar que o município de Santa Cruz do Sul ocupa o 41º lugar entre os municípios brasileiros com maior incidência de AIDS (SANTA CRUZ DO SUL, 2014) e que o serviço de saúde não possui os dados tabulados e compilados dos perfis dos pacientes atendidos. Desta forma, o estudo do perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/AIDS pode constituir-se em importante ferramenta para a situação da doença no município, contribuindo com o serviço especializado, de forma a facilitar o acesso aos dados do perfil dos pacientes acometidos, possibilitando traçar novas estratégias de controle e assistência.

Considerando-se que na enfermagem o objetivo de trabalho é o cuidado e que, para tal, se fazem necessários estudos que possibilitem progressivamente a melhora na assistência, a pesquisa em Enfermagem

pode contribuir para o fortalecimento da profissão e para a elaboração de um corpo de conhecimento especializado, específico e atualizado, buscando torná-lo de relevância social.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes HIV/AIDS assistidos no Centro de Atendimento Especializado em IST/AIDS do Município de Santa Cruz do Sul/RS, identificando dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos desses pacientes.

## METODOLOGIA

O presente estudo é de abordagem documental, retrospectiva e descritiva. O estudo foi realizado no Centro Especializado de Atendimento a Sorologia (CEMAS), no município de Santa Cruz do Sul, no ano de 2016. Primeiramente, solicitou-se a autorização da coordenação do CEMAS para o desenvolvimento da pesquisa. Após, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, atendendo a resolução 466/12 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, e aprovado sob o parecer: 1454192.

O município de Santa Cruz do Sul localiza-se na região conhecida como Vale do Rio Pardo, a 150 km de Porto Alegre. No último censo estima-se uma população de 127,516 habitantes, numa área de 733,4 Km<sup>2</sup>. (IBGE, 2014). Conta com uma rede pública de saúde com atendimento preventivo, atendimentos de média e alta complexidade. O município também conta com o atendimento de várias instituições privadas que auxiliam no tratamento dos municípios, laboratórios, clínicas, um hospital referência em oncologia, um hospital referência em alta complexidade de cardiologia e traumatológica.

O serviço CEMAS foi instituído em 1995 com o intuito de atender à população do município sobre questões relativas à Infecções Sexual-



mente Transmissíveis e AIDS e também como Centro de Referência para acompanhamento de pacientes HIV/AIDS dos municípios da 13ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Os casos novos de diagnóstico de HIV têm sido encaminhados, principalmente dos hospitais da região, e são pacientes já apresentando doenças oportunistas, o que representa aumento de notificação de AIDS. Este dado nos remete à evidência de diagnóstico tardio de AIDS.

Os dados do estudo foram secundários, oriundos dos prontuários dos pacientes. O serviço possuía 998 pacientes (dados de 2015) vindos de diversos municípios da região. Foram analisados os prontuários dos pacientes residentes em Santa Cruz do Sul, atendidos no CEMAS com diagnóstico nos anos de 2013 a 2015. Foi utilizado um formulário de coleta de dados elaborado para este estudo e, na sequência, estes dados foram analisados em planilhas de Excel.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados realizada nos prontuários dos pacientes do CEMAS, com diagnósticos estabelecidos no período de 2013 a 2015, apontou um total de 171 prontuários. A seguir, serão apresentados gráficos e tabelas sobre o perfil destes pacientes.

**Tabela 1 – Dados sócio demográficos (n=171)**

	2013	2014	2015	Total	%
<b>Sexo</b>					
Feminino	21	17	34	72	42%
Masculino		34	44	99	58%
<b>Faixa Etária</b>					
16 ≤ 25	5	6	9	20	12%
26 ≤ 35	15	16	18	49	29%
36 ≤ 45	9	7	27	43	25%

46 ≤ 55	7	11	10	28	16%
56 ≤ 60	6	10	17	33	19%
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto		1		1	1%
Ens.Fund.incom. /comp.	20	18	39	77	45%
Ens.Med.Incom. /comp.	8	21	19	48	28%
Ens.Sup.Incom. /comp.	2	8	4	14	8%
Ignorado	11	8	16	35	20%
<b>Raça/cor</b>					
Branco	21	40	50	111	65%
Negro	8	6	10	24	14%
Outros/ignorado		5	17	35	20%
<b>Estado Civil</b>					
Casado	18	25	21	64	37%
Solteiro	13	16	23	52	30%
Outros/ignorado	13	10	34	55	32%
<b>Número de Filhos</b>					
1 ≤ 2	13	15	25	53	31%
3 ≤ 4	6	10	14	30	18%
Ignorado	23	26	39	88	51%
<b>Profissões</b>					
Comércio	6	16	13	35	20%
Indústria	5	8	14	27	16%
Serviços	20	15	23	58	34%
Autônomo	1	1	3	5	3%
Outros/ignorado	13	14	20	47	27%
<b>Cidade de Nascimento</b>					
Santa Cruz do Sul	18	21	42	81	47%
Outros/ignorado	24	32	34	90	53%

Conforme os dados acima, no ano de 2013 tem-se o mesmo número de pacientes do sexo masculino e do sexo feminino; em 2014, o número de homens foi o dobro do número de mulheres; e, em 2015, o número de homens também foi maior que o número de mulheres. Dos 171 prontuários analisados nestes três anos, 58% são do sexo masculino e 42% são do sexo feminino. O percentual de homens diagnosticados

soropositivos é maior que o percentual de mulheres no Brasil, estando em conformidade com os dados da presente pesquisa (BRASIL, 2015b).

Quanto à faixa etária, a pesquisa nos mostra que a faixa com maior frequência de casos de AIDS encontra-se entre 26 a 35 anos, com um percentual de 26% em ambos os sexos. Em outro estudo, realizado na Bahia, dos 592,914 casos acumulados, entre 1998 e junho de 2010, a faixa etária com maior frequência em ambos os sexos foi de 30 a 49 anos (CASTRO *et al.*, 2013). Os casos de AIDS entre os homens permanecem maior do que os em mulheres. No entanto, esta diferença vem diminuindo ao longo dos anos (SILVA, 2011).

Quanto à escolaridade, verifica-se, nos dados acima, que a maioria dos pacientes da amostra tem Ensino Fundamental incompleto/completo. A escolaridade pode ser utilizada como marcador da situação socioeconômica, e o aumento na proporção de casos de AIDS naqueles indivíduos com menor escolaridade pode ser denominado pauperização da epidemia (SANTOS *et al.*, 2002).

Quanto à raça/cor, os dados dizem respeito à autodenominação do paciente ao se referir a sua origem e, do total da amostra, 65% dos pacientes referem ser brancos. Em pesquisa realizada entre os anos de 2000 a 2005, 59,6% dos pacientes se autodeclararam brancos (FRY *et al.*, 2007).

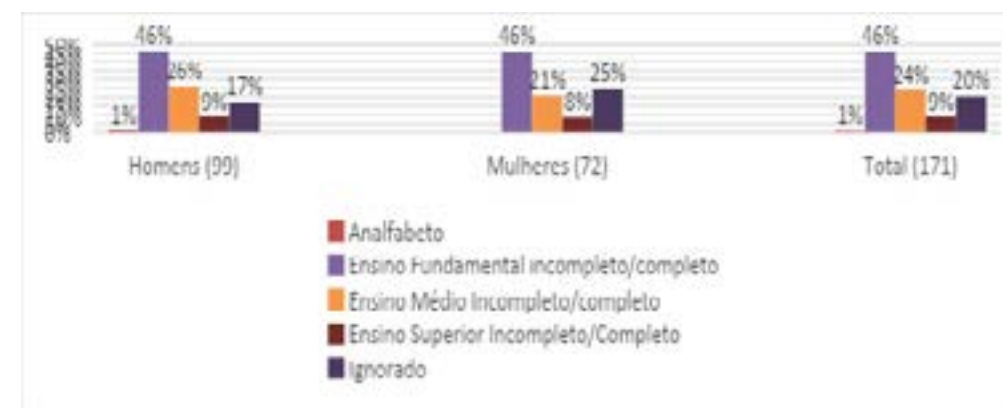
Quando analisado o estado civil dos pacientes, 37% referiram ser casados/ união estável. No estudo do perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS, do ambulatório de controle de HIV/AIDS de São José/ SC, foram apresentados dados diferentes: 36,5% dos pacientes da pesquisa referiram ser solteiros ou não vivem com companheiros e 27,1% eram casados (BERTONI *et al.*, 2010). Observou-se que, do total de pacientes analisados, 51% dos prontuários não tinham dados completos referentes ao número de filhos. Dos prontuários que tinham este dado, 31% dos pacientes possuíam 1 a 2 filhos e 18% tinham mais de três filhos.

Observa-se neste estudo que a maior parte dos pacientes se mantém no mercado de trabalho, a grande maioria encontra-se no setor de

serviços. Os indivíduos são residentes no município de Santa Cruz do Sul (100%) e, destes, 53% nasceram em outros municípios.

Em todas as faixas etárias observa-se pequena diferença entre o percentual de homens e mulheres, com exceção da faixa etária dos 36 a 45 anos, onde o percentual de mulheres é maior do que o dos homens. A faixa etária em que o HIV/ Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. No Brasil, chama atenção a análise da razão de sexos em jovens de 13 a 19 anos. Essa é a única faixa etária em que o número de casos de HIV/Aids é maior entre as mulheres. A inversão apresenta-se desde 1998. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham elevado conhecimento sobre prevenção do HIV/ Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento do HIV (BRASIL, 2015c).

**Gráfico 1 - Relação sexo/escolaridade**



Fonte: Dados da Pesquisa 2016.

Os dados acima mostram que, na relação entre sexo e escolaridade, a proporção de casos entre os indivíduos com Ensino Fundamental é de 46% para ambos os sexos; Ensino Médio 26% para o sexo masculino e 21% para o sexo feminino; Ensino Superior 9% para o sexo masculino e 8% para o sexo feminino. O grau de escolaridade dos pacientes HIV/

AIDS é menor do que o da população em geral, sendo que normalmente na população do sexo masculino é maior que o da população do sexo feminino (TORNAZELLI; CZERESNIA BARCELOS, 2003).

**Tabela 2 - Dados clínicos dos pacientes (n= 171)**

Variáveis	2013	2014	2015	Total	%
<b>1º Cd4*</b>					
Até 30 dias	22	35	62	119	70%
31 à 90 dias	9	9	6	24	14%
91 à 120 dias	1	2	3	6	4%
121 à ≤ 240 dias	5		2	7	5%
Ignorado	5	5	5	15	9%
<b>Valor do 1º Cd4**</b>					
≥ 350	16	20	32	68	40%
≤ 350	24	30	45	99	58%
Ignorado	2	1	1	4	2%
<b>IST***</b>					
Sim	15	6	22	43	25%
Não	22	42	52	116	68%
Ignorado	5	3	4	12	7%
<b>Uso de Drogas ilícitas</b>					
Sim	7	6	5	18	11%
Não	33	43	70	146	85%
Ignorado	1	2	3	6	4%
<b>Uso de Preservativos</b>					
Sim		1		1	1%
Não	40	49	78	167	98%
Ignorado	2	1		3	2%
<b>Parceria Sexual</b>					
Heterossexual	33	40	68	141	82%
Homo/Bissexual	5	9	8	22	9%
Ignorado	4	2	2	8	5%

<b>Exposição</b>					
Sexual	38	50	74	162	95%
Outros/ignorado	4	1	4	9	5%
<b>Uso de TARV****</b>					
Sim	42	48	70	160	94%
Não		3	8	11	6%
<b>Tipo TARV</b>					
Terapia tripla	15	32	67	114	67%
Biov+kalettra	13	9	6	28	16%
Biov+efavirenz	2	7	2	11	6%
Outros/não adesão	11	3	4	18	10%

Fonte: Dados da Pesquisa (2016) \* Células de defesa do organismo \*\* valores em mm<sup>3</sup> (valor de referência maior que 350) \*\*\* infecções sexualmente transmissíveis \*\*\*\* Terapia antirretroviral.

Ao analisar os dados clínicos dos pacientes desta pesquisa, observa-se que a maior parte dos pacientes realizou coleta dos exames de CD4 e Carga Viral, nos primeiros 30 dias após o diagnóstico do HIV, 30% dos pacientes da pesquisa levaram mais de 31 dias para realizar os exames. É fundamental para o acompanhamento médico a realização dos exames de contagem dos linfócitos T CD4, é o melhor indicador de como está funcionando o sistema imunológico e, por isso, a importância de se realizar o exame, o quanto antes, para que o médico possa avaliar as condições clínicas dos pacientes e iniciar com a TARV adequada (BRASIL, 2015b).

Em relação ao resultado dos exames de CD4, 58% dos pacientes tinham resultado inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>. A contagem de células de CD4+ é um dos critérios para avaliação e diagnóstico de AIDS, indivíduos que apresentam contagem de CD4+ inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>, são considerados e notificados como pacientes AIDS (BRASIL, 2004). O CD4+ é um marcador importante de prognóstico, usado no critério diagnóstico da AIDS (BRASIL, 2013). Em um estudo realizado no município de Tubarão/ SC, que o percentual de pacientes com CD4+ inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> também foi maior que os com CD4+ superior a este valor

(SCHUELTER – TREVISOL *et al.*, 2013).

Do total dos pacientes desta pesquisa, 68% referem não ter apresentado outra IST associada a infecção por HIV. Outra pesquisa apresentou dados semelhantes, onde o percentual de pacientes que não apresentaram outras ISTs associadas ao HIV/AIDS foi maior do que os que apresentaram ISTs (FERREIRA; OLIVEIRA; PANLAGO, 2012).

Nos prontuários analisados encontrou-se um percentual de 85% dos pacientes que referem não utilizar drogas ilícitas; 11% refere em algum momento ter feito uso de drogas e, deste total, um paciente refere possível contaminação pelo vírus HIV por possível compartilhamento de seringas. Em outro estudo, de um total de 85 pacientes que faziam uso de drogas, cinco referem contágio do HIV por compartilhamento de seringas (BERTONI *et al.*, 2010).

É sabido que a melhor forma de prevenção para qualquer tipo de ISTs, é por meio da utilização de preservativos. No entanto, 98% dos indivíduos desta pesquisa afirmam não utilizar regularmente este método de proteção. A camisinha é o método mais eficaz para se prevenir contra muitas infecções sexualmente transmissíveis, como a Aids, alguns tipos de hepatites e a sífilis, por exemplo. Além disso, evita uma gravidez não planejada (BRASIL, 2015d).

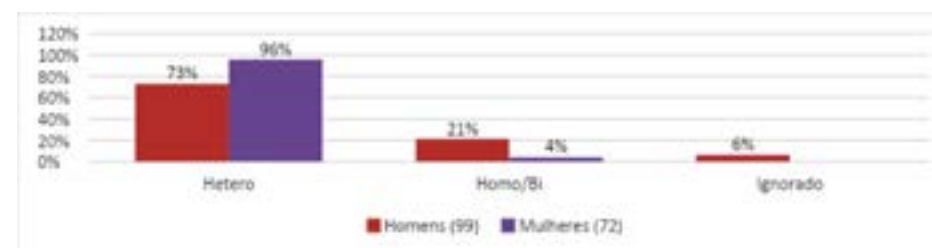
Dos pacientes deste estudo, 82% se intitulam heterossexuais. Em um estudo realizado no município de São Paulo, 34,3% dos pacientes afirmaram ser heterossexuais (GABRIEL; BARBOSA; VIANNA, 2005).

Em relação ao tipo de exposição ao vírus, 95% dos pacientes do estudo acreditam ter se contaminado por via sexual, um paciente refere contaminação por compartilhamento de seringas, e um paciente afirma contaminação por meio de um transplante de órgãos, 3% referem desconhecer como contraíram a doença, ou não opinaram. Em pesquisa realizada no Ambulatório de Controle de IST/AIDS em São José - SC, 82,3% dos pacientes, referem contágio por via sexual (BERTONI *et al.*, 2010). Na presente pesquisa 94% dos pacientes retiram os medicamentos (TARV), referindo uso regular dos mesmos. Em estudo do estado de Santa Catarina/ Brasil (2010), de um total de 426 pacientes desta pesquisa,

305 (71%), referem uso regular de TARV.

O medicamento mais utilizado pelos pacientes do estudo é a Terapia Tripla, que se encontra na primeira linha de escolha para o tratamento. A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN (BRASIL, 2016). Estes dados estão de acordo com a pesquisa.

### Gráfico 2 - Relação sexo/parceria sexual

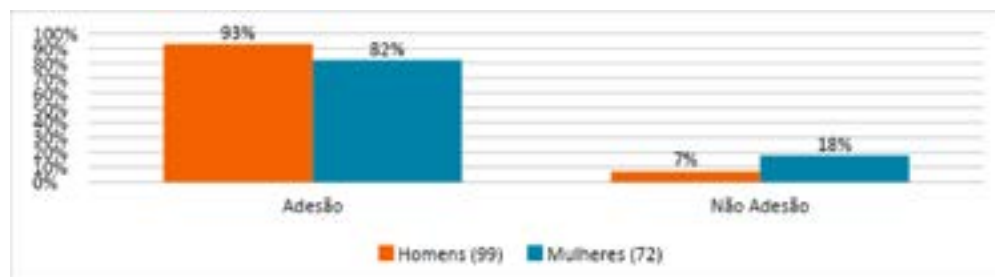


Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

No gráfico acima observa-se que tanto homens quanto mulheres referem, na grande maioria, relação heterossexual; uma pequena porção refere relação homossexual/ bissexual e, destes, a maior parte é composta por homens. Destes, 95% referem contágio pelo vírus por meio de relação sexual.

O MS apresenta os seguintes dados quanto à forma de transmissão do HIV/AIDS, entre os maiores de 13 anos de idade, prevalece a sexual. Nas mulheres, 86,8% dos casos registrados em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens, 43,5% dos casos se deram por relações heterossexuais, 24,5% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical (BRASIL, 2015e). No presente estudo, não foi identificado pacientes com contaminação por HIV/AIDS por transmissão vertical. No gráfico a seguir é apresentada a análise da relação do sexo e da adesão a TARV.

### Gráfico 3 - Relação sexo/adesão ao TARV



Fonte: Dados da Pesquisa 2016.

Analisando a relação sexo e a adesão ao tratamento, observa-se que 93% dos pacientes do sexo masculino e 82% dos pacientes do sexo feminino fazem uso da medicação TARV. Em relação aos fatores inerentes à adesão, nota-se, em outro estudo, que a maioria dos participantes adere ao tratamento medicamentoso, fato que se deve aos benefícios oriundos da TARV, os quais proporcionam maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos pacientes. Os resultados realmente indicam que, apesar dos efeitos colaterais dos medicamentos, grande parte continua com a medicação (ALMEIDA *et al.*, 2011).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos 171 prontuários, com relação aos dados socio-demográficos, verificou-se que a amostra estudada, em sua maioria, apresenta perfil de adultos jovens, na faixa etária dos 26 aos 35 anos, sexo masculino, com baixo nível de escolaridade, brancos, casados, com um a dois filhos, trabalham no setor de serviços, e residem no município de Santa Cruz do Sul.

Na relação sexo/faixa etária, é possível visualizar na faixa dos 26 a 35 anos, o mesmo percentual de homens e mulheres infectados pelo vírus

HIV/AIDS, e na faixa dos 36 a 45 anos, um percentual maior de mulheres infectadas. No que diz respeito a relação sexo e escolaridade, observou-se o mesmo percentual de homens e mulheres com Ensino Fundamental incompleto/completo, e um maior percentual de homens com Ensino Médio incompleto/completo e nível superior incompleto/completo.

Com relação aos dados clínicos, verificou-se que os pacientes, em sua maioria, levaram até 30 dias para realizar o primeiro exame de CD4; a principal via de infecção pelo HIV foi a sexual; não apresentam outra IST associada ao HIV/AIDS; não utilizam regularmente o preservativo; são heterossexuais e estavam em uso de TARV com terapia tripla (ARV).

No que diz respeito à relação sexo e parceria sexual, a grande maioria dos pacientes é heterossexual. No entanto, existe um percentual mais elevado de homens, homossexuais e bissexuais: 95% do total de indivíduos da pesquisa se contaminaram por via sexual. Em relação ao sexo e à adesão ao tratamento antirretroviral, o percentual de homens que fazem ao tratamento é maior do que o de mulheres.

Com este estudo pode-se constatar que a AIDS ainda é uma doença muito frequente, que acomete, na grande maioria das vezes, a população de menor renda e escolaridade. A informação continua sendo a melhor forma de prevenção, é necessário intensificar ações para todos os públicos, independentemente da idade, escolaridade ou classe social, intensificar ações de diagnóstico para evitar o adoecimento, milhares de pessoas vivem com o vírus HIV e desconhecem. Conclui-se que é necessário disseminar informações de prevenção, diagnóstico precoce e reforço na adesão a TARV a fim de evitar o adoecimento, minimizando as internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas que acometem os pacientes imunodeprimidos.

A assistência a esses pacientes representa um desafio em diversos aspectos, sobretudo pela ausência de um tratamento efetivo que conduza à cura, além das barreiras sociais e econômicas que interferem na adesão ao regime terapêutico. É de suma importância a existência de profissionais qualificados, sensíveis, e dispostos a escutar. O conhecimento científico



auxilia a sanar as inúmeras dúvidas dos pacientes, mas a sensibilidade, o momento de ouvir, fazer o vínculo que aproxima o paciente ao serviço, faz com que ele volte, todos os meses, para buscar seus medicamentos, aproximando o paciente da equipe. Estes momentos são fundamentais para reforçar a importância da adesão e minimizar as angústias de um paciente frente a uma doença sem cura e tão estigmatizada.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Cristina. Dados Epidemiológicos do CEMAS Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: CEMAS, 2015.

ALMEIDA, E. L. *et al.* Adesão dos portadores do hiv/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Revista mineira de enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 208-216, 2011.

BERTONI, R. F. *et al.* Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do ambulatório de controle de DST/AIDS de São José, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 39, n.4, p.75-79, 2010.

BISSON, M. P.; CAVALLINI, M. E. *Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Atendimento inicial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/atendimento-inicial>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Acompanhamento médico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Por que usar camisinha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST e AIDS. *Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:< [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06consenso.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06consenso.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2015.

CASTRO, A. P. *et al.* Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com hiv/aids em hospital de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 37, n.1, p. 122-132, 2013.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANLAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 1, p.75-84, 2012.



FLY, P. H. *et al.* AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 497-523, 2007.

GABRIEL, R.; BARBOSA, D. A.; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com hiv/aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte – município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 509-513, 2005.

SANTA CRUZ DO SUL. Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. 2014 – 2017. Santa Cruz do Sul: [s.n.], 2014.

SANTOS, N. J. S. *et al.* A aids no estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 2, p. 286-310, 2002.

SCHUELTER-TREVISOL, F. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Revista Epidemiologia & Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2013.

SILVA, R. A. R. *et al.* A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. *Revista de Enfermagem UFPE*, n. 7, v. 10, p. 6039-6046, 2013.

TORNAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1049-1061, 2003.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *A ONU e a resposta à aids no Brasil*. 2013. Disponível em: < [unids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGUÊS.pdf](http://unids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGUÊS.pdf) >. Acesso em: 11 set 2015.



## CURSO DE DESIGN DE SOBRANCELHAS PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE COMO UMA ALTERNATIVA PARA A MELHORA DA SUA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PRESÍDIO REGIONAL DE SANTA CRUZ DO SUL

*Claudia Regina Müller<sup>1</sup>*

*Ana Lúcia Kittel<sup>2</sup>*

*Nelci de Moraes Pedroso de Oliveira<sup>2</sup>*

*Larissa de Freitas Schultz<sup>2</sup>*

*Loriani Paula de Moraes<sup>2</sup>*

*Mariana Quevedo<sup>2</sup>*

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve um aumento significativo da população privada de liberdade no sistema prisional brasileiro, sobretudo da população feminina, observando-se um crescimento de 5.601 para 37.380 mulheres (aumento de 567,4 %), entre os anos 2000 e 2014, enquanto a média de crescimento da população masculina, no mesmo período, foi de 220,20%.

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Vida.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Vida, acadêmico do Curso de Estética e Cosmética.

No Rio Grande do Sul (RS), dados disponibilizados pela Superintendência dos Serviços Penitenciários, em 2016, informam que o percentual da população prisional feminina se mantém em torno de 5 a 9%, assemelhando-se aos dados nacionais e internacionais (SECRETARIA DE SAÚDE, 2020).

Esse aumento da população privada de liberdade é preocupante, pois estas pessoas vivem em precárias condições de saúde, o que torna o ambiente insalubre, de alto risco e favorável à proliferação de doenças, como a tuberculose e as enfermidades sexualmente transmissíveis. Além disso, a maioria da população carcerária é física e mentalmente mais suscetível ao adoecimento, sobretudo ao sofrimento crônico, que gera desconforto físico e psíquico (LIMA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2013).

Com relação à população feminina, esta encontra-se mais vulnerável ao adoecimento em comparação aos homens, principalmente com relação a sua saúde mental, pois, além dos aspectos biológicos, existem também características vinculadas ao feminino, tais como sensibilidade, emoção, tristeza e angústia (CANAZARO; ARGIMON, 2010; SANTOS; RODRIGUES, 2010). Neste sentido, a saúde mental feminina dentro do sistema prisional é um problema de saúde pública e de segurança, pois está comprovado que há uma prevalência maior de adoecimento das mulheres privadas de liberdade, comparado à mulher não submetida à privação de liberdade, demonstrando a necessidade de o sistema prisional assegurar um cuidado integral e interdisciplinar (LOPES; MELLO; ARGIMON, 2010).

Um estudo realizado por Santos e colaboradores (2017), em um presídio do estado do Rio de Janeiro, verificou que as condições vivenciadas pelas mulheres no ambiente prisional contribuem para provocar medo, ansiedade, solidão, angústia, tristeza e revolta, sentimentos estes que tem por consequência o estresse e a depressão. Além disso, também foi observado que outras situações afetam a saúde mental dessas mulheres, como o uso indevido de medicamentos controlados, distúrbios do

sono, normas e rotinas coercitivas, tempo ocioso, exposição à violência, falta de visita íntima e a interrupção do laço familiar, principalmente com relação aos filhos.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência e a importância de proporcionar educação em saúde e beleza para mulheres privadas de liberdade no Presídio Regional de Santa Cruz do Sul, como uma alternativa para melhorar a saúde mental das mesmas, diminuindo a possibilidade de adoecimento, por meio do bem-estar, melhora da autoestima e melhora da qualidade de vida.

## METODOLOGIA

O subprojeto Saúde e Beleza, do projeto Pró-Saúde da UNISC, elaborou um curso de *Design* de Sobrancelhas, o qual foi ofertado para as mulheres do Presídio Regional de Santa Cruz do Sul,

Foram realizadas três aulas para cada turma de cela (Turma 1 – Cela 1; Turma 2 – Cela 2), no período de maio a agosto de 2019. Foi utilizado um material impresso sobre *Design* de Sobrancelhas, desenvolvido pelas bolsistas do projeto, no qual as apenadas puderam aprender sobre o pelo, biossegurança, materiais utilizados no *design*, tipos de sobrancelhas, pontos para marcação e medida no paquímetro, método de marcação com utilização de lápis, modelagem com pinça e como corrigir as sobrancelhas.

Além da parte teórica, também foram realizadas aulas práticas para elas treinarem entre elas, obterem o aproveitamento máximo de aprendizado e criarem destreza. O intervalo entre as aulas foi entre 15 dias e 1 mês, para dar tempo dos seus pelos crescerem e poderem praticar novamente na próxima aula.

Após a finalização do curso, as apenadas responderam a um questionário de satisfação elaborado pelo grupo Pró-Saúde e utilizado em todas as ações do grupo. O questionário possui perguntas objetivas diretas

e perguntas objetivas com pontuação (de 0 a 4). Além disso, possui espaço para alguma sugestão, crítica ou elogio. O entrevistado não precisa se identificar.

## RESULTADOS

A Turma 1 foi composta por 10 alunas e, a Turma 2, por seis alunas. Todas as presidiárias participaram ativamente da atividade, algumas mais tímidas no início, outras já mais ativas desde o início.

O curso iniciou com a aula teórica, expondo-se todo o conteúdo, de forma bem detalhada, a fim de facilitar a compreensão das mulheres. Teve-se o cuidado de explicar, desde todas as questões de biossegurança, quando se trabalha com pessoas, até os formatos de sobancelhas e o *design* propriamente dito. Nesta aula, as apenas interagiram bastante, sempre tirando suas dúvidas.

As próximas aulas foram de aulas práticas, onde as apenas treinavam entre elas, com o auxílio das bolsistas, que pacientemente explicavam cada detalhe.

A atividade propiciou uma interação das bolsistas com as presidiárias, que se mostraram entusiasmadas com o aprendizado desta técnica, e com a possibilidade de trabalharem na área da estética após sair da prisão. Além disso, proporcionaram momentos de descontração para as apenas, que, por vezes, chegavam mal-humoradas e, aos poucos, iam tornando-se mais receptivas. Verificou-se que a atividade proporcionou bem-estar a elas, o que reflete indubitavelmente na sua saúde mental, uma vez que melhora a qualidade de vida por aumentar a autoestima e resgatar a autoconfiança.

Ao final da oficina, as apenas responderam a um questionário de satisfação, no qual se observou que 100 % delas relataram um elevado grau de satisfação. No espaço para sugestões, solicitaram que o grupo

fosse lá mais vezes, com outros tipos de cursos, e até mesmo com este mesmo curso de *Design* de Sobrancelhas, para refazerem e aprenderem mais sobre o assunto. Também solicitaram um curso de maquiagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oficina de *Design* de Sobrancelhas para as mulheres apenas do presídio Regional de Santa Cruz do Sul alcançou seus objetivos, proporcionando a elas uma capacitação profissional, como forma de incentivá-las a praticar algum ofício no final da sua pena e obterem, dessa forma, alguma renda. As avaliações realizadas pelas apenas, ao final da oficina, demonstraram elevada satisfação delas. A oficina de *Design* de Sobrancelhas deixou as apenas entusiasmadas e com interesse em aprender, pois oficinas como essa são de suma importância, uma vez que contribuem à ressocialização.

Além disso, cumpriu com o objetivo de proporcionar momentos prazerosos para as apenas, contribuindo, dessa forma, com a saúde mental delas. A privação da liberdade e a consequente ruptura dos laços afetivos com a família e os amigos, causa um impacto muito grande na saúde mental dessas mulheres. Além disso, o contato com as pessoas do grupo Pró-Saúde durante as oficinas, acabou por reforçar os laços sociais, sendo importante para a reintegração dessas mulheres na sociedade.

Neste sentido, observa-se a importância de ações como esta, as quais levam a uma parcela discriminada da população, não só a sua qualificação profissional, mas também proporcionam momentos de bem-estar, o que conduz a uma melhora da qualidade de vida destas mulheres dentro do sistema prisional, refletindo-se diretamente na melhora da saúde mental de todas.

## REFERÊNCIAS

CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 26, n.7, p.1323-33, 2010.

DOS SANTOS, M. V. *et al.* Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro. *Texto contexto Enferm.* v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017.

LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde Debate*. v. 37, n. 98, p.446-89, 2013.

LOPES, R. M. F.; MELLO, D. C.; ARGIMON, I. I. L. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. *Ciências Cognição*. v.15, n.2, p.121-31, 2010.

SANTOS, M. A. M.; RODRIGUES, G. B. A ressocialização do preso no Brasil e suas consequências para a sociedade. *E-civitas III*. v.1, p.1-46, 2010.

SECRETARIA DA SAÚDE. Saúde Prisional. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/saude-prisional>, acesso em 18 de junho de 2020.

SILVA, N. C. *et al.* Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária. *Arq Catarin Med*. v. 40, n. 1, p. 72-6, 2011.

SOUZA, K. M. J. *et al.* Delay in the diagnosis of tuberculosis in prisons: the experience of incarcerated patients. *Texto Contexto Enferm.* v. 2, n.1, p.17-25, 2012.

SOUZA, M. C. P. *et al.* Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Rev. Interd.* v. 6, n. 2, p.144-51, 2013.



## ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA MELHOR IDADE

Náthalie da Costa<sup>1</sup>

Tatiele Mallmann<sup>1</sup>

Ieda Cristina Morinel<sup>2</sup>

Ângela Cristina Ferreira da Silva<sup>3</sup>

Lisiane Lisboa Carvalho<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é processo natural, que cresce cada vez mais com o aumento da expectativa de vida, fazendo necessárias adaptações internas em todos os sentidos dentro de suas comunidades. Segundo Mendes *et al* (2005), a população nesta faixa etária aumentou significativamente a partir dos anos 60, percebendo seu vínculo com as descobertas tecnológicas na saúde, tendo como grande exemplo a vacina. Refere-se, prin-

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, acadêmico do Curso de Fisioterapia.

<sup>2</sup> Servidora pública, Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Fisioterapia.

principalmente à prevenção de doenças agudas e à oferta de tratamentos sofisticados gratuitos para algumas doenças crônicas. Já no Rio Grande do Sul, Gottlieb *et al* (2011) expõe a alta expectativa de vida e uma rapidez no aumento da linha de envelhecimento no estado, tendo como característica a alta taxa de incidência e prevalência de doenças relacionadas a cultura e estilo de vida. Conforme Kronbauer (2009), em Santa Cruz do Sul, o idoso corresponde à 10,3% da população, encontrada em sua maioria no meio urbano, tendo probabilidade de estar em um cotidiano e levar um estilo de vida com características reflexas do Estado do Rio Grande do Sul.

Segundo estudos, o aumento da terceira idade significa um desafio para a saúde pública, quando o número alarmante será de dois bilhões de idosos no mundo, em 2050, desencadeando estratégias para o desenvolvimento de uma vida mais estável e saudável para eles (FRANCISCO *et al*, 2017).

Destaca-se que o crescimento da população na faixa etária acima de 60 anos é evidenciado no dia a dia. Assim, ressalta-se que é preciso mudanças nas políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, considerando as modificações orgânicas, fisiológicas, psicológicas e sociais ocorridas e buscando investimentos na assistência à saúde em todos os ambientes por eles frequentados (FREIRE *et al*, 2015).

Conforme Lima e Delgado (2010), as modificações morfofisiológicas surgem e podem estar relacionadas aos hábitos de vida de cada um, mas há necessidade dele ser considerado uma pessoa com habilidades funcionais, mesmo que o processo de envelhecimento afete de alguma forma. Para minimizar alguns agravos próprios do processo de envelhecer, o trabalho dinâmico e constante com os idosos na sua comunidade é uma estratégia importante neste contexto.

A importância de promover o cuidado e a autodescoberta são alguns dos pilares que movem os centros de convivência. É neste espaço que se desenvolve a educação em saúde por meio de rodas de conversas, oficinas, atividades físicas, jogos e danças. O protagonismo do grupo é

fundamental para a efetiva educação em saúde como estratégia de qualidade de vida e bem-estar individual e coletivo, preventivos e recuperativos, tanto no âmbito funcional como social (FRANCISCO *et al*, 2017).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência e a importância de levar educação em saúde para um grupo do centro de convivência da melhor idade.

## METODOLOGIA

Por intermédio deste artigo organizado e aplicado por alunas do PET- Saúde Gradua SUS, procurou-se levar, de forma descritiva, as atividades desenvolvidas com pessoas na faixa etária de 60 até 80 anos de idade. Em forma de relato de experiência, qualificamos o desempenho do público e da atividade. A ação desenvolvida teve como objetivo trabalhar educação em saúde de forma dinâmica, além de proporcionar bem-estar e integração do grupo por meio de atividades sociais.

O local escolhido foi um centro de convivência da melhor idade no bairro Cristal, na cidade de Santa Cruz do Sul, localizada no Estado do Rio Grande do Sul. Neste mesmo local realizou-se seis encontros com grupos que variaram de 10 a 18 pessoas, no período de junho de 2017 a maio de 2018, com pausa no período de férias.

## RESULTADOS

As atividades foram desenvolvidas pensando em levar informações referentes à saúde de forma dinâmica. Procurou-se seguir uma linha de atividades com o propósito de promover o desenvolvimento social, psicológico e físico, tanto individual como em grupo.

Seguindo um pensamento de levar reflexão ao grupo, expomos algumas situações como a dinâmica da teia da amizade: um participante

iniciava com um rolo de barbante, amarrava um laço no seu dedo, falava algo que gostava para quem iria passar o rolo, e assim se sucedia até a última pessoa pegar o rolo. Então, teria se formado uma teia deixando a mensagem que precisamos uns dos outros para que possamos fazer as nossas atividades no dia a dia, além de dar ênfase à boa comunicação entre o grupo. Para desfazer a teia, fomos retirando os nós e dizendo o que não gostávamos. Seguindo essa linha, realizamos em outro encontro a dinâmica das qualidades, onde havia crachás com qualidades, cada um escolheria uma pessoa que se encaixasse em uma qualidade, sem repetir o participante. A atividade dos crachás deixou a mensagem de como é importante elogiarmos uns aos outros e, para complementar a dinâmica, tivemos uma conversa referente ao setembro amarelo, mês dedicado à prevenção de suicídios. Além destas dinâmicas, proporcionamos momentos de descontração com um jogo de bingo e pinturas das mãos para a confecção de árvores alusivas aos meses do Outubro Rosa, ligado ao autoexame de câncer de mama e cuidados da saúde da mulher; e Novembro Azul, que tem como tema a prevenção do câncer de próstata e a saúde do homem. Na atividade do bingo estimulamos o lado social e a descontração psicológica. Por outro lado, quando confeccionada as árvores, tivemos a oportunidade de levar as informações sobre os assuntos com rodas de conversa e folders.

Seguindo as percepções sociais, levamos assuntos de saúde em geral, como em uma atividade onde fizemos perguntas relacionadas à saúde do idoso em fichas. Cada um retirava uma e, então, respondia conforme seu conhecimento sobre o assunto. No fim da discussão sobre a questão, ganhava um chaveiro confeccionado pelos participantes do PET com imagens da resposta correta. Nos próximos encontros fizemos uma roda de conversa sobre saúde bucal, estimulada com imagens e com folders. Também falamos sobre a tuberculose e as formas de prevenção, fazendo, em um segundo momento, cartazes com imagens de alerta pintadas com as mãos dos participantes na cor vermelha. Em todas as rodas a participação do grupo foi ativa, conseguindo, assim, esclarecer diversas dúvidas.

Para estimular a parte física, desenvolvemos, durante a maioria dos encontros, alongamentos finais. Além de planejar um só voltado para isso, também realizamos massagens uns nos outros. Neste encontro fizemos circuito com bastões, bolas e cadeira, com um segundo momento voltado para jogos com bola, onde, conseqüentemente, aconteceu a integração do grupo e o desenvolvimento de exercícios, tirando-os de suas acomodações. Pensando no desenvolvimento motor e na criatividade, realizaram confecções de cartões de natal, onde eles deviam pintar imagens e decorar o cartão conforme seus gostos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades, seguindo as linhas de pensamento biopsicossocial, foram de extrema importância para que o grupo relatasse experiências, assim fazendo uma troca e construção de conhecimentos.

Ao fim das atividades, percebe-se a grande necessidade e a importância de levar não só a educação em saúde, mas também promovê-la por meio de atividades dinâmicas e que interessem ao grupo. Demonstrase que essa forma de abordagem é essencial para os resultados positivos quanto à saúde desta população.

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO, M. P. S de; DIAS, M. O. Adaptações dos idosos institucionalizados. *Milenium*, 40: 161-184. 2011.
- FREIRE, G. V. *et al.* Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. *R. Interd.* v. 8, n. 2, p. 11-19, abr. mai. jun. 2015.



GOTTLIEB, M. G. V. *et al.* Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14(2):365-380; 2011.

KRONBAUER, G. A. *et al.* Nossos Velhos: perfil demográfico dos idosos de Santa Cruz do Sul. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 81-93, 2009.

LIMA, A. P. de; DELGADO, E. I.. A melhor idade do brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento (REFUM)*, v.1 n.2 p76-91., set./out. 2010.

MENDES, M. R. S. S. B. *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* 18(4):422-6; 2005.

OLIVEIRA, F. A. *et al.* Estratégias educativas para promoção da saúde de idosos de um centro de convivência. *Conexão UEPG*, Ponta Grossa, v. 13 n.3 - set./dez. 2017.



## EXPERIENCIANDO A MULTIDISCIPLINARIDADE NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Ana Zoé Schilling<sup>1</sup>

Náthalie da Costa<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

A integração entre as diversas áreas está sendo cada vez mais exigida aos profissionais de saúde, porém a formação deles ainda se faz por meio de um modelo segmentado. Como discutido por Vasconcelos, Oliveira-Costa e Mendonça (2016), é preciso entender que para adquirir resultados positivos o diálogo é essencial, e conceituar o que de fato é relevante para manter a promoção e prevenção em saúde de uma comunidade é imprescindível.

Na prática profissional, os clientes e pacientes devem ser vistos no seu contexto biológico, psicológico e social para que, dessa forma, tenham melhor qualidade de vida. A saúde, seja de uma comunidade ou de um indivíduo, depende do olhar integral de um profissional, assim intervindo em todos os fatores de risco à saúde dos mesmos. A integralidade, sendo

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Curso de Fisioterapia.

<sup>2</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem.

um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), necessita ser estimulada já na graduação para que seja uma luta comum e constante entre os profissionais de assistência à saúde (SILVA, MIRADA, ANDRADE, 2017).

Por isso, a interdisciplinaridade e as trocas de conhecimento se fazem importantes desde a graduação. Comentando por Soratto e colaboradores (2015), o trabalho em equipe na saúde é um grande desafio, pensando que o trabalho individual carrega características próprias e, a partir disto, práticas diferentes de cuidados. No entanto, a construção de elos entre essas diferenças possibilita conhecimentos gigantes e, consequentemente, melhores práticas. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de monitoria em uma disciplina de trabalho multidisciplinar na atenção básica durante a graduação na área da saúde.

## METODOLOGIA

Foi ofertada, no primeiro semestre de 2018, a disciplina optativa denominada de “Práticas Interdisciplinares e Vivências Comunitárias em Saúde”, construída nos moldes do Programa de Educação para o Trabalho (PET- GraduaSUS). O PET foi uma parceria entre a Universidade de Santa Cruz do Sul e Ministérios da Saúde e Educação para formular políticas indutoras visando a um trabalho interdisciplinar entre os cursos da saúde em diversos campos, entre eles: estratégia de saúde da família (ESF), centro materno-infantil e vigilância sanitária. Nestes locais, o conhecimento era construído com alunos, professores e profissionais da saúde, sendo eles quem mobilizaram a ideia de uma disciplina que suprisse a necessidade do conhecimento teórico-prático de saúde coletiva. A disciplina recebeu um professor e monitores com experiência na prática de saúde coletiva. Formaram-se grupos de alunos da área da saúde para que, durante 30 horas, desenvolvessem atividades em uma ou mais comunidades, como: ESFs, casas geriátricas, escolas, entre outros; sendo

as outras 30 horas dedicadas aos conteúdos de saúde pública, educação para a saúde, trabalho em equipe e multidisciplinaridade, além do tempo destinado para planejamentos e elaboração de tarefas.

A partir da oferta da disciplina de Práticas Interdisciplinares e Vivências Comunitárias em Saúde, matricularam-se, no primeiro semestre de 2018, alunos dos cursos de Odontologia, Educação Física, Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia. Já no primeiro semestre de 2019, o grupo de alunos foi constituído a partir dos cursos de Fisioterapia, Odontologia, Enfermagem, Biomedicina, Serviço Social e, no segundo semestre, a turma foi formada por alunos de Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia e Nutrição. Cada grupo pôde escolher os locais onde seriam realizadas as atividades práticas, bem como quais seriam desenvolvidas, conforme as necessidades dos grupos sociais. As atividades eram idealizadas e planejadas em sala de aula juntamente com o professor da disciplina e o tutor do grupo, sempre no encontro antecedente à visita. E, ao final da disciplina, os acadêmicos desenvolveram seminários de apresentação dos resultados alcançados em cada comunidade.

Um dos objetivos foi de estimular a reorientação na formação em saúde, por meio da interdisciplinaridade e da integração ensino-serviço-comunidade. Isso propiciou que os alunos desenvolvessem habilidades críticas com seus conhecimentos individuais adquiridos até o momento na graduação, além de explorá-los na discussão em grupo. E, a partir disto, praticar a ética, a proatividade, a flexibilidade e a responsabilidade profissional.

## RESULTADOS

No primeiro semestre de oferta da disciplina, o grupo de alunos dos cursos de Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia e Educação Física decidiu realizar atividades nas seguintes comunidades: o sexto e sétimo ano de uma escola estadual, um presídio regional e um mosteiro.

Como estratégia de aproximação e diagnóstico, aos três locais foi levado um questionamento sobre o conceito de saúde para que, assim, os alunos conseguissem entender as necessidades de cada comunidade.

Na escola se trabalhou, no sexto ano, com hábitos saudáveis de vida, por meio da proposta de uma mini gincana, quando se dividiu a turma em duas equipes, desafiando-as a algumas questões sobre o assunto, podendo ser discutida a resposta entre os grupos; e o vencedor seria aquele com mais respostas correta. No sétimo ano, utilizando-se de caça-palavras sobre doenças cardiovasculares junto a seus fatores de risco, se conversou sobre o tema. Após a discussão, formou-se uma roda onde se passou uma caixa entre os escolares com diversas imagens e questões referentes às drogas e às infecções sexualmente transmissíveis (IST). A partir dos conceitos descritos pelos escolares, os acadêmicos iam guiando-os sobre o assunto.

Em um segundo momento da disciplina, o grupo trabalhou com os homens responsáveis pela cozinha do presídio regional, onde tiveram a oportunidade de tirar dúvidas deles sobre questões de saúde mental. Este tema também foi trabalhado com as mulheres apenadas, porém tirando dúvidas em relação à saúde delas, sobre a importância dos exames específicos e a autoestima. Para ambos se propiciou momentos de relaxamento a partir de música e automassagem. Por fim, os acadêmicos optaram por fazer um último encontro em um mosteiro como forma de trocas de experiências sobre saúde e espiritualidade por meio de relatos de uma das integrantes da congregação religiosa.

No primeiro semestre de 2019, os locais foram escolhidos por intermédio de discussões entre os acadêmicos de Odontologia, Enfermagem, Serviço Social e Biomedicina, sendo eleita, primeiramente, uma casa geriátrica. Sobre as atividades a serem desenvolvidas nesta casa, surgiu a ideia de que conhecêssemos o grupo de idosos e suas limitações por meio da dinâmica do espelho, onde eles se olhavam em um espelho dentro de uma caixa e descreveriam o que viam. Assim, desenvolvemos encontros dentro das limitações de cada um, com jogos, dinâmicas e conversas para

troca de informações de cada área. Num segundo momento, foi escolhida uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, onde a interdisciplinaridade se mostrou presente na organização de salas de esperas, com a construção de cartazes e folders para a distribuição aos pacientes a partir dos seguintes temas: Maio Vermelho, cujo tema é sobre câncer bucal, vacinação e doação de sangue. Além disso, aconteceu uma capacitação com a enfermeira responsável sobre testes rápidos para detecção de hepatite B e C, sífilis e HIV.

No segundo semestre, foram visitados: escola estadual, cooperativa seletiva solidária, unidade de tratamento e recuperação, associação de auxílio aos necessitados e um projeto social. Na escola estadual, o grupo trabalhou com alunos surdos, sendo um desafio aos acadêmicos entender as necessidades destes escolares em um primeiro momento. Após conhecer a comunidade inserida, desenvolveram atividades de saúde bucal. O grupo que trabalhou na cooperativa seletiva solidária conheceu o processo de trabalho e questionou esses trabalhadores por meio de uma roda de conversa para, então, traçar estratégias. Assim, viram a necessidade de levar assistência de saúde bucal, dedicando um turno só para fazer avaliação e informações individuais sobre o assunto. Na unidade de tratamento de recuperação, foram propostas dinâmicas aos moradores, como: apresentação, confecção de mandalas e conversas guiadas para trocas de experiências. O grupo que trabalhou na Associação de Auxílio aos Necessitados procurou atividades de interação de dança, música e conversas com os idosos. Além disso, realizaram um dia de testes rápidos de hepatite B e C, sífilis e HIV. E ainda teve um grupo de acadêmicos que optou por atividade em um projeto social, composto por crianças e adolescentes carentes das mais variadas idades, localizado no Country Club de Santa Cruz do Sul, e com um espaço amplo, com pátio aberto, pista de caminhada, ginásio, salão de jogos, praça, campo de futebol, biblioteca, entre outros. Depois de conhecer o espaço e os alunos, desenvolveram educação em saúde bucal e hábitos alimentares de forma lúdica, explorando os diversos ambientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o trabalho interdisciplinar ser um desafio para todos os estudantes, durante o caminho houve um processo de construção sobre as atividades, onde cada área e conhecimentos foram de suma importância para desenvolver-se. Tornou-se perceptível, em todos os semestres, a necessidade que os alunos tiveram de serem flexíveis e saírem de suas zonas de conforto.

Com as discussões que se fizeram durante os semestres em aula e nos grupos, foi possível ver reflexos na aplicação das atividades e no respectivo aproveitamento, fazendo com que se agregasse conhecimento a todos futuros profissionais. Este conhecimento possibilitou a troca de saberes e melhor qualidade nas atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças às populações atendidas. Nesta construção, cada estudante pôde se perceber neste processo e contribuir para que haja bons resultados.

É dentro desta disciplina que os alunos criam um olhar humano à saúde das populações que trabalham. Dessa forma, foi um semestre de experiências inovadoras com renovação de conceitos particulares de cada acadêmico, independente da área.

## REFERÊNCIAS

SILVA, M. V. S. da; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. D. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface, Botucatu*, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017. Disponível em: 10.1590/1807-57622016.0420. Acesso em: 20 de jun. de 2020.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; PIRE, D. E. P. de; SCHOLLER, S. D.; SIPRIANO, C. A. de S.. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/ prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.

VASCONCELOS, W. R. M. de; OLIVEIRA- COSTA, M. S. de; MENDONÇA, A. V. M.. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. *Revista Eletrônica de Comunicação de Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1-11, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16970>. Acesso em: 2 de jun. de 2020.



Leia também:

**Ensino, pesquisa e extensão:  
História da reorientação profissional  
da saúde na UNISC - TOMO 1**

Chana de Medeiros da Silva

Claudia Regina Muller

Everton Luiz Simon

Lia Gonçalves Possuelo

Lisoni Muller Morsch

(Org.)

