



UNIVERSIDADE E SOCIEDADE EM DIÁLOGO

EQUIDADE, DIVERSIDADE E POLÍTICAS AFIRMATIVAS

Wellington Pinheiro dos Santos
Jowania Rosas de Melo
Maria Christina de Medeiros Nunes
Edilson Fernandes de Souza

UNIVERSIDADE E SOCIEDADE EM DIÁLOGO

EQUIDADE, DIVERSIDADE E POLÍTICAS
AFIRMATIVAS

Wellington Pinheiro dos Santos
Jowania Rosas de Melo
Maria Christina de Medeiros Nunes
Edilson Fernandes de Souza



Reitor: Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado
Vice-Reitor: Prof. Sílvio Romero de Barros Marques
Pró-Reitor de Extensão: Prof. Edilson Fernandes de Souza
Diretora de Extensão Acadêmica: Maria Christina de Medeiros Nunes
Diretora de Extensão Cultural: Prof. Marcos Galindo
Coordenador de Gestão da Extensão: Demócrito José Rodrigues da Silva
Coordenador de Gestão da Informação: Prof. Wellington Pinheiro dos Santos
Coordenadora de Gestão Organizacional: Eliane Aguiar
Coordenadora de Gestão da Produção Multimídia e Audiovisual: Jowania Rosas de Melo

Diagramação:

Priscila Vitalino

Capa:

Priscila Vitalino

Coordenação Geral:

Prof. Wellington Pinheiro dos Santos

Revisão:

Os textos são de responsabilidade dos autores.

Impresso nas oficinas gráficas da Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco,
Av. Acadêmico Hélio Ramos, 20, Cidade Universitária, em 2013.

Diretora da Editora: Profa. Maria José de Matos Luna

Catálogo na fonte:
Bibliotecária Joselly de Barros Gonçalves, CRB4-1748

U58	Universidade e sociedade em diálogo : equidade, diversidade e políticas afirmativas / organizadores : Wellington Pinheiro dos Santos, Jowania Rosas de Melo, Maria Christina de Medeiros Nunes, Edilson Fernandes de Souza. – Recife : PROEXT, 2014. [151] p. : il. Vários autores. ISBN 978-85-415-0404-1 (e-book) 1. Universidade Federal de Pernambuco. 2. Extensão universitária – Recife (PE). 3. Comunicação e cultura. I. Santos, Wellington Pinheiro dos (Coord.) II. Melo, Jowania Rosas de (Org.) III. Nunes, Maria Christina de Medeiros (Org.) IV. Souza, Edilson Fernandes de (Org.). 378.175 CDD (23.ed.) UFPE (BC2012-073)
-----	--

APRESENTAÇÃO

Esta edição do caderno Universidade e Sociedade em Diálogo, com o tema “Equidade, diversidade e políticas afirmativas”, é uma coleção dos resultados dos principais trabalhos apresentados nos eventos conjuntos Universidade e Sociedade em Diálogo 2012, XII Encontro de Extensão (ENEXT), e do V Fórum de Extensão Pesquisa Ensino, ocorridos nos dias 13 e 14 de dezembro de 2012.

Os resultados estão em formato de capítulo de livro, e consistem em relatos de experiência, ensaios e trabalhos em pesquisa-ação, distribuídos ao longo de quatro eixos temáticos: a) Tecnologia e Trabalho; b) Educação e Direitos Humanos; c) Comunicação e Cultura e d) Saúde e Meio Ambiente.

Nesta edição do caderno Universidade e Sociedade em Diálogo foram compostos 21 capítulos:

“Ação Fisioterapêutica Acessível e de Baixo Custo a Idosos Comunitários com Osteoartrite do Projeto Boa Idade: Um Relato de Experiência”;

“Uso da dramatização para prevenção ao consumo de álcool, crack e outras drogas”;

“Combate ao tabagismo em hipertensos e diabéticos atendidos no loteamento conceição/Vitória de Santo Antônio - PE: relato de experiência de integrantes do grupo Hiperdia/UFPE na praça”;

“Atendimento multidisciplinar de pacientes com DTM”;

“PROEXT-UFPE-PIBEX-Interiorização”;

“Implantação de pousada-escola em Fernando de Noronha / PE”;

“Curso de Extensão Saúde Vocal e Atividade Docente - a importância de uma prática bem orientada - relato de uma experiência”;

“Educação em Saúde como ferramenta na promoção da saúde à pessoa idosa”;

“Educação, sexualidade e subjetividades contemporâneas: uma experiência de formação docente em diálogo com o cinema”;

“Entre Refletir Processos Grupais e Construir Trajetórias: uma Possibilidade de Trabalho com Grupos”;

“Estimulando o Desenvolvimento de Comportamentos Resilientes em um Grupo de Dependentes Químicos Internados em uma Comunidade Terapêutica”;

“Homens, gênero e práticas de saúde: ação extensionista na região de Suape”;

“Monitoramento de parasitoses em crianças de uma creche pública na cidade do Recife”;

“Música para o Coração e a Alma na UTI”;

“O Caminho: Grupo de humanização”;

“Percepções da comunidade local sobre as transformações socioculturais ocorridas na Serra Negra (Bezerros - PE): um estudo fenomenológico hermenêutico interpretativo”;

“Práticas laboratoriais para escolas públicas”;

“Programa de Educação Alimentar e Nutricional e Ecologia por uma Cultura de Paz - NEPAZ – UFPE”;

“Promoção de Saúde Bucal para Portadores da Doença de Alzheimer”;

“Pró-Parkinson: Fisioterapia”;

“Pró-Parkinson: serviço de assistência fonoaudiológica ao paciente com doença de Parkinson Saúde Alimentar para a maturidade: relato de experiência”.

Todos esses textos servem como uma amostra do quanto a nossa instituição avançou e tem avançado na perspectiva da sua missão extensionista, buscando a construção de espaços de diálogo entre a Universidade e os diversos setores da Sociedade, proporcionando interações dialógicas com vistas à transformação social.

Boa leitura!

Edilson Fernandes de Souza | Pró-Reitor de Extensão da UFPE

AÇÃO FISIOTERAPÊUTICA ACESSÍVEL E DE BAIXO CUSTO A IDOSOS COMUNITÁRIOS COM OSTEOARTRITE DO PROJETO BOA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ihana Thaís Guerra de Oliveira Gondim¹; Renato Alves da Silva²,
Amanda Gusmão de Lima³, Angélica da Silva Tenório⁴, Márcia
Alessandra Carneiro Pedrosa de Castro⁵

¹Graduanda de Fisioterapia- CCS – UFPE, E-mail: ihanafisio@hotmail.com; ²Graduando de Fisioterapia- CCS – UFPE, E-mail: renatoa95@gmail.com ; ³Graduanda de Fisioterapia- CCS – UFPE, E-mail: amandagusma@hotmail.com ; ⁴Professora adjunta do Departamento de Fisioterapia e vice coordenadora do Projeto Boa Idade- CCS- UFPE, E-mail : tenorioangelica@yahoo.com.br; ⁵Professora adjunta do Departamento de Fisioterapia e coordenadora do Projeto Boa Idade- CCS-UFPE, E-mail: macpedrosa@yahoo.com.br, telefone: (81)21268811

Resumo

Diante do envelhecimento populacional, destaca-se a importância de ações voltadas às doenças crônico-degenerativas. O estudo visa apresentar ação acessível e de baixo custo do “Projeto Boa Idade: Assistência Fisioterapêutica para Idosos com Osteoartrite” Trata-se de um relato de experiência de ação extensionista realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no período de 19 de Maio a 19 de Dezembro de 2012. O público-alvo consistiu em 14 idosos (60 anos ou mais) com Osteoartrite (OA), segundo critérios diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). A ação incluiu avaliação, protocolo de tratamento e análise do impacto das atividades para usuários e demais envolvidos. Traz como diferenciais o baixo custo e o paciente como integrante ativo no tratamento. Dos usuários, observou-se melhora no aspecto funcional, cognitivo- comportamental e maior informação acerca da patologia. Para discentes e docentes, tratou-se de uma ferramenta prática na consolidação e troca do aprendizado.

Palavras- Chave: fisioterapia; idoso; osteoartrite.

Resumen

Con el envejecimiento de la población, existe la importancia de acciones para enfermedades crónicas degenerativas. El estudio procura presentar acción accesible y con bajo costo del “ Proyecto Buena Edad: Fisioterapia para Ancianos con Osteoartritis”. Es un relato de experiencia de acción de ampliación hecha en el período de 19 de Mayo hasta 19 de Diciembre de 2012. El Proyecto fue destinado a 14 ancianos (60 años o más) con OA de acuerdo con criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR). La acción incluyó evaluación, protocolo de tratamiento y análisis de la repercusión de las actividades en usuarios e otras partes interesadas. Trae como diferenciales el costo bajo y el paciente como miembro activo en su tratamiento. En los usuarios, se observó mejora en el aspecto funcional, cognitivo-conductual y más información sobre la patología. Para los estudiantes y profesores, fue una herramienta práctica de consolidación y cambio del aprendizaje.

Palabras clave: fisioterapia; anciano; osteoartritis.

Introdução e Objetivos

A osteoartrite (OA) é uma doença degenerativa osteoarticular, decorrente da perda progressiva e reparação inadequada da cartilagem e remodelagem óssea subcondral. Apresenta etiologia multifatorial, associada a condições como sobrecarga mecânica, fatores genéticos e alterações bioquímicas da cartilagem e membrana sinovial. Manifesta-se por artralgia, rigidez e limitação da função articular ¹⁻³.

Trata-se de uma afecção dolorosa pouco frequente antes dos 40 a 45 anos, porém com alta incidência após os 60 anos de idade. Já após os 75 anos, 85% dos indivíduos apresentam evidência clínica ou radiológica desta patologia, sendo as mulheres mais afetadas que os homens ². No Brasil, não existem dados precisos sobre a prevalência, porém segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia ⁴, esta afecção representa 30 a 40% de todas as consultas em ambulatórios de reumatologia. É uma das causas mais frequentes de dor no sistema musculoesquelético e de incapacidade para o trabalho no Brasil e no mundo, sendo responsável por 7,5% de todos os afastamentos do trabalho junto à Previdência Social.

Com o envelhecimento da população brasileira, a perspectiva é que aumente o número dos casos de OA e de suas repercussões clínicas. Uma vez que afeta os indivíduos em múltiplas dimensões: do nível orgânico ao social, o tratamento deve ser multidisciplinar e buscar a melhora funcional, mecânica e clínica ⁵. A ação integrada do fisioterapeuta junto a outros profissionais permite, precocemente, propor tratamento adequado, visando não apenas à reabilitação, mas à prevenção de danos e deformidades, evitando a incapacidade funcional ⁶.

O presente relato de experiência apresenta uma ação fisioterapêutica de baixo custo e que pode ser realizada em diversos ambientes, desde centros de ensino e pesquisa até a unidade de saúde da família. Como se trata de um atendimento em grupo, também contribui para facilitar o acesso da população idosa ao tratamento fisioterapêutico.

Dessa forma, o estudo tem como objetivo descrever a ação acessível e de baixo custo realizada no “Projeto Boa Idade: Assistência Fisioterapêutica para Idosos com Osteoartrite”.

Marco Teórico

A OA acomete principalmente as articulações dos joelhos, quadris, mãos e coluna vertebral ⁷. O quadro clínico abrange: dor espontânea localizada (no início dos movimentos, após sobrecarga articular, variações climáticas bruscas e estresse emocional); rigidez articular pós-reposo; parestesias; espasmo muscular; crepitações articulares palpáveis; limitação da amplitude de movimento (ADM); deformidades; sinais inflamatórios articulares; derrame articular; osteófitos e nódulos ósseos ². Há ainda diminuição da acuidade proprioceptiva, com consequente diminuição do equilíbrio. Não obstante, ocorre fraqueza muscular, prejudicando a estabilidade articular e a funcionalidade ^{8,9}.

Apesar de se tratar de uma doença progressiva, é possível modificar seu curso através do tratamento sintomático precoce e da prevenção de deformidades e incapacidade funcional ^{1,6}. Vários recursos terapêuticos são propostos na literatura para minimizar os efeitos da OA (reduzir a dor, prevenir a perda de força muscular e do sentido de posição articular e melhora funcional), envolvendo terapia manual, cinesioterapia, termoterapia ¹⁰⁻¹². Além disso, programas educativos através de palestras e distribuição de cartilhas, esclarecendo o paciente quanto à doença, também podem colaborar ⁵.

Recursos cinesioterapêuticos podem ser empregados no tratamento desses pacientes, podendo-se utilizar técnicas de exercícios de cadeia cinética aberta (CCA) e fechada (CCF). No entanto, há controvérsias quanto a melhor técnica a ser empregada. A CCA é quando o segmento distal de uma extremidade move-se livremente no espaço. Já a CCF, quando as articulações terminais encontram resistência externa considerável a qual impede ou restringe sua movimentação livre. Segundo Moreira-Pfrimer⁷, dentre as vantagens da CCA, estão: ser a melhor opção quando não é possível apoiar ou deve-se restringir o apoio de peso corporal; possibilitar o treinamento de grupos musculares específicos e um maior controle do movimento. Por outro lado, a CCF possui como vantagem: possibilitar a ação de mais grupos musculares ao mesmo tempo; proporcionar maior desenvolvimento de equilíbrio e propriocepção e ser fundamental para o controle postural na posição ereta. Kisner e Colby ¹³, afirmam que ambas são efetivas na redução de déficits no desempenho muscular dos membros superiores e inferiores e que fortalecer músculos fracos é crucial para obter um equilíbrio muscular em volta da articulação. Diante disso, atividades de fortalecimento tem eficácia comprovada na literatura e devem fazer parte do plano de tratamento ⁵.

Ainda em relação à cinesioterapia e terapias manuais, técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP), mobilização intra-articular e exercícios de alongamento contribuem para redução do quadro algico e melhora funcional. Os alongamentos diminuem as retrações e encurtamentos miofasciais, além de descomprimirem as articulações, garantindo, assim, a nutrição e hidratação cartilaginosa ¹⁴. Ressaltando que tudo deve ser realizado com cautela e respeitando os limites de cada um. A mobilização passiva impede contraturas e favorece a ADM além de aumentar a lubrificação da articulação e acelerar o processo de regeneração da cartilagem ¹³. As *pompas* podem ser utilizadas na região das articulações para combater a degeneração cartilaginosa, pois restabelecem o equilíbrio hídrico da cartilagem, ou, ao menos, limitam o seu ressecamento. As manobras realizadas no sentido da descompressão articular são a base de tratamento, sendo as de joelho utilizadas no tratamento da gonartrose (osteoartrite de joelho) ¹⁵.

Especialmente nos pacientes com gonartrose, onde é frequente a diminuição do equilíbrio e aumento do risco de quedas, os exercícios de equilíbrio e propriocepção também são de

grande importância. Revisão sistemática recente⁹ mostrou através de estudos de excelente qualidade metodológica que os exercícios terapêuticos são capazes de melhorar o equilíbrio de mulheres com OA.

A reeducação postural também é importante, pois as deformidades posturais são muitas vezes causa ou consequência da OA. Esta pode aliviar as tensões articulares⁵.

Práticas educativas mostram-se de suma importância para orientar, apresentar o tratamento fisioterapêutico e seus benefícios, além de motivar o paciente. Segundo Silva et al¹⁶, a motivação é fundamental para a aderência e, consequentemente, para o sucesso do programa. Medidas educativas para OA de joelho têm eficácia comparável a tratamento com analgésicos ou anti-inflamatórios tradicionais (AINH) e redução do peso¹⁶.

Por fim, é importante que haja uma equipe treinada e que o programa envolva o máximo de condutas eficazes adequadas aos recursos disponíveis e ao público alvo.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da ação extensionista “Projeto Boa Idade: Assistência Fisioterapêutica para Idosos com Osteoartrite” realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no período de 19 de Maio a 19 de Dezembro de 2012. O público alvo consistiu em 14 idosos (60 anos ou mais) de ambos os sexos, usuários do NAI, encaminhados pelo Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, ou residentes na circunvizinhança. O diagnóstico de OA foi estabelecido a partir de critérios clínicos e radiológicos do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)¹⁷.

O Projeto visou proporcionar aos pacientes reduções da condição dolorosa, melhoria da função neuromuscular, equilíbrio e mobilidade funcional. Além disso, permitia aos alunos envolvidos a aplicação prática dos conhecimentos teóricos relacionados ao tratamento da osteoartrite e servir como campo para elaboração de trabalhos científicos.

A equipe era formada por 2 professores e 7 graduandos (fixos) do 4º ao 8º período do curso de Fisioterapia da UFPE, campus Recife. Antes de dar início ao tratamento, nos meses de Março e Abril de 2012, foram realizados levantamentos bibliográficos de técnicas de avaliação e tratamento as quais eram discutidas em reuniões científicas para planejamento

das atividades e estabelecimento de protocolo. Ainda em Abril, nas duas semanas que precederam o início das atividades, concluímos o protocolo, sendo realizado o treinamento dos instrumentos de avaliação e tiradas dúvidas quanto ao tratamento.

Ao participarem do Projeto, pacientes (14) eram submetidos a uma avaliação inicial que constava de anamnese, exame físico e aplicação de questionário específico para osteoartrite- WOMAC (*Index Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis*).

Na anamnese foram pesquisados: aspectos sociais, história clínica; história familiar; consumo de álcool e de cigarros; atividade física; limitações nas atividades de vida diária (AVDS); medicações em uso e história de quedas e fraturas no último ano.

No exame físico, foram aferidos os sinais vitais e mensurados a altura, o peso e os parâmetros de função neuromuscular, tais como: força de preensão manual, oscilação postural e mobilidade funcional. Para tais, aplicaram-se testes funcionais: Dinamômetro de preensão manual, teste de subir e descer degraus e TUG (Timed Up & Go).

O teste de força de preensão manual foi realizado com o dinamômetro de mão (*Saehan Corporation*®, modelo SH5001), com o braço em posição neutra, cotovelo flexionado a 90° e antebraço entre a pronação e supinação. O paciente foi instruído a apertar o instrumento com o máximo de força, utilizando a mão dominante. Durante o teste foi utilizado pelo examinador o comando verbal “mais força” para incentivar o paciente a realmente realizar o teste com sua força máxima. Três medidas foram realizadas e a média entre elas foi calculada¹⁸⁻²⁰.

O teste de subir e descer degraus consistiu em cronometrar o tempo que o idoso levava para subir e descer cinco degraus de uma escada. O cronômetro era disparado quando o idoso colocava o pé no primeiro degrau no momento da subida e o tempo era finalizado quando o mesmo apoiava os dois pés no chão após descer do último degrau. O teste era repetido três vezes e a média de tempo era obtida. Resultados desse teste podem caracterizar déficits musculoesqueléticos²¹.

O Timed Up and Go (TUG) foi usado para avaliar a mobilidade funcional dos participantes. O TUG não requer equipamento especial e poderia ser facilmente incluído como parte da rotina de avaliação de idosos²² sugerindo, também, o risco de quedas. Consiste em levantar-se de uma cadeira, andar três metros, dar a volta e retornar. O paciente, sentado e com o dorso apoiado na cadeira, deve receber a

instrução “vá” para realizar o teste e o tempo será cronometrado a partir da voz de comando até o momento em que ele apoie o dorso no encosto da cadeira novamente. O teste deve ser realizado uma vez para familiarização e três vezes para tomada do tempo e cálculo de média.

O questionário WOMAC é um instrumento válido e confiável, específico para OA, traduzido e adaptado para a língua portuguesa ²³. Este questionário é composto por três domínios: Dor (5 questões), Rigidez (2 questões) e Funcionalidade (17 questões), cujas perguntas devem ser respondidas sobre a percepção nas últimas 72 horas. Os escores são apresentados pela escala de Likert ^{23,24}, na qual cada questão tem um escore que varia de 0 a 100, assim distribuídos: nenhuma = 0; pouca = 25; moderada = 50; intensa = 75; muito intensa = 100. Para se chegar a um escore final, somam-se os valores em cada questão, obtém-se a média, e os valores são apresentados para cada seção ou domínio. Maiores escores indicam pior quadro de dor, rigidez ou funcionalidade.

A partir dos achados, traçou-se um perfil do grupo e, uma semana depois, iniciou-se o tratamento. As sessões ocorriam duas vezes por semana, sendo a duração de duas horas cada. Cada dia, uma dupla ou trio de alunos ficava responsável por elaborar as atividades. Antes de estas serem aplicadas aos idosos, um roteiro deveria ser apresentado aos demais alunos e aos docentes que coordenavam o Projeto para possíveis modificações e familiarização do que foi proposto. Caso atividades planejadas não fossem de conhecimento de todos os alunos, treinamento das manobras era realizado em grupo com posterior acompanhamento da execução da técnica. As sessões eram compostas por: aferição dos sinais vitais, 10 min de aquecimento/alongamento, 50 min de treinamento de força muscular e/ou equilíbrio e coordenação, seguidos por 10 min de relaxamento/atividade educativa.

No aquecimento, atividades dinâmicas e música foram utilizadas. No alongamento, atenção foi dada à região cervical, tronco e membros superiores e inferiores. Cada postura era mantida por 15 a 30 segundos.

No treino de força, trabalhou-se tronco (sobretudo musculatura eretora da espinha e paravertebral), abdômen (atenção especial para o músculo transverso abdominal), membros superiores (de forma global) e inferiores (ênfase para músculos flexores e extensores do joelho). Faziam-se duas a três séries com seis a dez repetições, intercaladas

por repouso de 1 minuto e com cargas progressivas (peso do corpo, gravidade, bolas, resistência manual, resistência elástica, pesos livres) de acordo com a necessidade e condição física de cada participante. Para tanto, utilizava-se CCA e CCF. Os exercícios eram realizados empregando diagonais do FNP e/ou de forma tradicional.

Para os treinos de equilíbrio e coordenação foram utilizados materiais acessíveis: caixas de papelão, garrafas descartáveis, fitas, papéis, tecidos, faixas crepes, colchonetes. Atividades poderiam ser integradas ou não em circuitos. Os circuitos abrangiam: exercícios de apoio bipodal e unipodal (com ou sem apoio, em superfície estável e/ou instável); treino de marcha (superfície estável e instável, com e sem mudanças de direção, de olhos abertos e/ou fechados); estímulos proprioceptivos (faixas crepes, bolas); exercícios multissensoriais.

Os treinos de força, equilíbrio e coordenação poderiam ser intercalados durante a semana ou integrados na mesma sessão. De acordo com as condições clínicas, pacientes poderiam ou não ser submetidos à terapia manual, prevalecendo a *pompage*, massoterapia e mobilização articular. Para tanto, destinava-se parte da sessão.

Nas atividades de relaxamento, optou-se pelo uso de música, automassagem, conscientização corporal e atividades de descontração e aprendizado. Nas atividades educativas, o autocuidado foi incentivado através de peças, debates e aulas expositivas (patologia, alimentação, atividade física, quedas) e entrega de cartilhas e panfletos educativos.

Além dos momentos voltados aos usuários, a equipe se reunia periodicamente para discutir artigos científicos da área, avaliar as atividades e articular com setores do NAI. O impacto das atividades era mensurado a partir da assiduidade dos idosos (monitorados através de ata de presença); da aquisição de maior conhecimento sobre osteoartrite, quedas e envelhecimento saudável, além da diminuição das queixas dos usuários (relativas a dor, quedas e incapacidade funcional) mediante relatos diários; interesse dos extensionistas do Projeto através da qualidade das atividades propostas (criatividade, respaldo científico e comprometimento).

Resultados e Discussão

Nas sessões iniciais destinadas a avaliação, verificou-se por parte dos usuários o estranhamento inicial do que estava sendo proposto. Isso se deveu ao fato de a maioria não saber o que era a Fisioterapia e

de como esta poderia ajudar no tratamento de sinais e sintomas inerentes à patologia. Foi necessário, antes de tudo, informar os usuários sobre a Fisioterapia e a importância daqueles dados que seriam coletados para o tratamento.

Após a semana de avaliações, deu-se início ao tratamento. Os momentos de aferição de pressão arterial mostraram-se importantes uma vez que serviam não apenas como preditor da saúde cardíaca do paciente, mas também para momentos de conversa questionando-os se sabiam o que era pressão baixa/ alta e o que poderia estar por trás. Procurava-se saber do idoso se estava passando por problemas e como estava sua dieta. Com a sucessão dos encontros, alguns idosos levavam cadernos que usavam como diários para anotar os resultados da pressão e mostrar ao médico. Nesse momento, atentava-se sobre o quão seria importante a presença de uma equipe multiprofissional no Projeto.

Durante o aquecimento (fig. 1), notava-se a aceitação das atividades lúdicas e uso de músicas da preferência deles. Sentiam-se motivados pela competitividade e momentos de descontração. No alongamento (fig. 2), também, houve a necessidade de promoção à conscientização corporal.

Durante os treinos de fortalecimento (fig. 3, 4, 5 e 6), equilíbrio e coordenação (fig. 7 e 8) as dificuldades foram: 1. A correta execução dos exercícios, havendo a necessidade de passar por um tempo de aprendizagem; 2. propor atividades em que todos, mesmo com suas limitações individuais, fossem capazes de realizar. Alguns tinham as atividades adaptadas para suas limitações (maior comprometimento, presença de entorse ou fratura). A terapia manual teve boa aceitação (fig. 9).

A hora de relaxamento (fig. 10) era a mais esperada por todos. Muitas vezes, os idosos já procuravam um lugar para se deitar. Ao sair da sessão, consideravam-se prontos para retornarem a sua residência. Quando não havia atividade de relaxamento, faziam-se atividades educativas (fig. 11). Na orientação sobre a patologia e cuidados com a saúde e prevenção de quedas, observou-se que eles responderam bem a uma oficina de teatro (onde eles eram os personagens da história) e a uma palestra (cuidados no dia a dia) dada pelos estudantes com posterior entrega de cartilha informativa. A palestra foi uma oportunidade a mais para eles tirarem dúvidas.

No que se refere à satisfação dos usuários, pôde-se notar melhora no aspecto funcional, cognitivo- comportamental e uma maior informação acerca da patologia e tratamento da osteoartrite.

Alguns relatos: “estou mais forte”, “mais firme”, “mais seguro em andar”, “tropeçando menos”, “com mais saúde”, “melhor da cabeça”, “passeando mais”, tendo “mais cuidado com os remédios que tomo”, “falei com a vizinha do projeto e de como se cuidar”, “melhorei a alimentação”. Pôde-se perceber ainda que os idosos eram motivados pelo convívio social, gostavam das atividades em grupo, de competir, diziam se falar por telefone e ligar para saber por que o colega faltou, alguns ainda marcaram viagem. O relato mais impactante foi de uma senhora que disse que “o Projeto foi um refúgio para a depressão”. Em datas comemorativas sempre havia festas. No dia do fisioterapeuta, extensionistas e professores se depararam com um cartaz da homenagem feita pelos idosos desejando felicidades e agradecendo pelo Projeto. No dia de encerramento, uma carta de uma idosa participante do Projeto, representando os demais, dizia: “Gostaríamos de fazer um pequeno agradecimento a todos que participaram deste projeto tão maravilhoso que nos enriqueceu de informações e melhorou bastante nossa saúde”. Diante disso, alunos e professores mostravam-se sempre motivados em suas atividades. Além de possibilitar aplicar os conhecimentos teóricos na prática, houve o processo de humanização por parte dos envolvidos.



Figura 1. Atividade de aquecimento com música



Figura 2. Atividade de alongamento



Figura 3. Atividade de fortalecimento do tronco e membros superiores



Figura 4. Atividade de fortalecimento dos membros inferiores em cadeia fechada (Mini- agachamento)



Figura 5. Atividade de fortalecimento de membros inferiores em cadeia aberta



Figura 6. Atividade de fortalecimento de membros inferiores com FNP



Figura 7. Atividade de equilíbrio e coordenação. Treino de marcha com obstáculos de garrafa pet



Figura 8. Exercício multissensorial onde para cada cor há um comando.



Figura 9. Uso de Pompage de joelho na Terapia Manual



Figura 10. Atividade de Relaxamento através de automassagem com bola de isopor



Figura 11. Atividade Educativa com posterior entrega de cartilha sobre o que é osteoartrite

Considerações Finais

As atividades desenvolvidas no “Projeto Boa Idade” trazem como diferenciais o baixo custo e o paciente como integrante ativo no tratamento, podendo ser realizadas desde centros de ensino e pesquisa até a unidade de saúde da família. Dos usuários, observou-se melhora no aspecto funcional, cognitivo- comportamental e maior informação acerca da patologia. Para discentes e professores, tratou-se de uma ferramenta prática na consolidação e troca do aprendizado.

Referências

- COIMBRA, I. B. et al. Osteoartrite-artrose: tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 44, n. 6, p.450- 453, 2004.
- RADL, A. L. M. Osteoartrose. In: CHIARELLO, B. et al (ed.). **Fisioterapia Reumatológica**. Barueri: Manole, p. 66-84, 2005.
- GUILAK, F. NIH Public Access. **Best Pract Res Clin Rheumatol.**, v. 25, n. 6, p. 815-823, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA-Principais doenças e orientações ao paciente- Osteoartrite-artrose. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Pagina=reumatologia/principaisDoencasEorientacoesPacienteResultados.asp> Acesso em: 07/03/2012.
- COIMBRA, I. B. et al. “Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose)”. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.42, n.6, p.371-374, 2002.
- MARQUES; A.P.; KONDO, A. A fisioterapia na osteoartrose: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.38, n. 2, 1998.
- MOREIRA-PFRIMER, L. D. F. Atividade física adaptada à osteoartrite, fibromialgia e dor miofascial. In: TEIXEIRA, L (ed.). **Atividade Física Adaptada e Saúde**. São Paulo: Phorte, p. 153-167, 2008.
- HASSAN, B. et al. Static postural sway, proprioception, and maximal voluntary quadriceps contraction in patients with knee osteoarthritis and normal control subjects. **Ann. Rheum. Dis.** v. 60, p. 612–18, 2001.
- SILVA, A. et al. Efeito de exercícios terapêuticos no equilíbrio de mulheres com osteoartrite de joelho: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 16, n. 1, 2011.
- AGEBERG, A.; LINK, A.; ROSS, E. M. Feasibility of neuromuscular training in patients with severe hip or knee OA: The individualized goal-based NEMEX-TJR training program. **BMC Musculoskeletal Disorders**. v. 11, n. 126, 2010.
- ASSUNÇÃO, M. L. A. C.; RAMOS, A. A. T.; LIMA, B. A. Termoterapia profunda como tratamento fisioterapêutico na osteoartrite. **Revista Ciências Médicas**. v. 19, p. 73-79, 2010.
- HALE, L. A.; WATERS, D.; HERBISON, P. A randomized controlled trial to investigate the effects of water-based exercise to improve falls risk and physical function in older adults with lower-extremity osteoarthritis. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 93, n.1, p 27-34, 2012.
- KISNER, C.; COLBY, L. A. Exercícios Terapêuticos: **Fundamentos e Técnicas**. Barueri: Manole, 2009.
- ACHOUR JÚNIOR, A. **Exercícios de alongamento: anatomia e fisiologia**. Barueri: Manole, 2002.
- BIENFAIT, M. **Estudo e Tratamento do Esqueleto Fibroso: Fâscias e Pompas**. São Paulo: Summus, 1995.
- SILVA, N.A.; MONTANDON, A.C.O.S., CABRAL, M.V.S.P. Doenças osteoarticulares degenerativas periféricas. **Einstein**. 2008.
- HOCHBERG, M.C. et. al. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. **Arthritis Rheum**. v. 43, n.9, p. 1905-15, 2000.
- HAIDAR, S.G.; KUMAR, D; BASSI, RS; DESMUKH, SC. Average versus maximum grip strength: Which is more consistent? **J Hand Surg Br**. v. 29, n. 1, p. 82-4, 2004.
- DIAS, J.A. et al. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano**. v. 12, n. 3, p. 209-16, 2010.
- IKEMOTO, Y. et. al. Force-time parameters during explosive isometric grip correlate with muscle power. **Sport Sci Health**. v. 2, n. 2, p. 64-70, 2007.
- VASCONCELOS, KSS; DIAS, JMD and DIAS, RC. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite

de joelho. **Rev. bras. fisioter.** [online]. v.10, n.2, p. 213-218, 2006. ISSN 1413-3555.

PODSIADLO D, RICHARDSON S. The Timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*; v. 39, p. 142-148, 1991.

IVANOVITH, M.F. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Wester Ontario and McMaster Universities) para a língua portuguesa. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2002.

GOMES, W.F. Impacto de um programa estruturado de fisioterapia aquática em idosas com osteoartrite de joelho. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

USO DA DRAMATIZAÇÃO PARA PREVENÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS.

José Mauro da Silva Melo
Discente de Enfermagem do CAV/UFPE
Bolsista do PET Saúde/PRÓ-Saúde
jmauromelo@hotmail.com

Pedro Bruno dos Santos Xavier
Discente de Educação Física do CAV/UFPE
Bolsista do PET Saúde/PRÓ-Saúde
brunoxaviervt@hotmail.com

Amanda Maria Tavares dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão
Tutora do PET Saúde/PRÓ-Saúde
Preceptora do PET Saúde/PRÓ-Saúde
amandamts@gmail.com

Maria Estela Pedroso de Barros
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão
Preceptora do PET Saúde/PRÓ-Saúde
mariaestelapedroso@hotmail.com

Fernanda Jorge Guimarães
Docente do CAV/UFPE Núcleo de Enfermagem
Tutora do PET Saúde/PRÓ-Saúde
ferjorgui@hotmail.com

Jaqueline Galdino Albuquerque
Docente do CAV/UFPE Núcleo de Enfermagem
Tutora do PET Saúde/PRÓ-Saúde
jaquelinealbuquerque@hotmail.com

Resumo

Trata-se de um relato de experiência referente às atividades destinadas ao público adolescente relativas à prevenção ao uso abusivo do álcool e consumo de outras substâncias psicoativas desenvolvidas pelo grupo de PET Saúde Mental/PRÓ-Saúde/CAV. Foi utilizada a dramatização como estratégia educativa para abordagem dos seguintes temas: uso abusivo do álcool, tabaco e medicamentos; e problemas familiares decorrentes do consumo dessas substâncias. Os princípios norteadores do Método de Paulo Freire foram incorporados em todo o processo de realização da atividade, desde a elaboração do teatro até a discussão junto ao público-alvo. Com esta atividade, percebemos maior dedicação dos discentes na elaboração do roteiro que norteou o teatro, com a temática do álcool e

outras drogas. A dramatização associada ao Método de Paulo Freire estimulou a reflexão dos acadêmicos sobre a realidade, possibilitou a construção coletiva do conhecimento, superou paradigmas educacionais e conciliou o pensamento crítico-reflexivo com um ensino horizontal.

Palavras-Chave: Educação em saúde, alcoolismo e prevenção primária.

Abstract

The present study was conducted by group PET Saúde Mental/Pró-Saúde/CAV. This study aimed report the activities related to prevention of alcohol and other psychoactive substances for teenage audiences. The dramatization was used as an educational strategy for addressing the following topics: Abuse of Alcohol, Tobacco and medicaments; and also family problems arising from the consumption of these substances. The guiding principles of Paulo Freire's method were incorporated during all the process of the activity, since the preparation of the script until the discussion with the audience. Com esta atividade, percebemos maior dedicação dos discentes na elaboração do roteiro que norteou o teatro, com a temática do álcool e outras drogas. The dramatization associated with Paulo freire's method allowed: the audience's reflection about the reality; collective construction of knowledge; overcame educational paradigms; and conciliation of critical thinking and learning.

Keywords: health education, alcoholism and primary prevention.

Introdução

O uso de substâncias psicoativas lícitas como álcool e tabaco, e ilícitas é um fenômeno mundial que tem transcendido a categoria de “problema de saúde”. No Brasil, conforme o I levantamento nacional sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários revela que 22,8% da população de faixa etária entre 12 e 65 anos já fez uso de qualquer droga ilícita. Em função do caráter legal, o álcool e os produtos de tabaco são as de maior prevalência de uso com percentual de 74,6 e 44%, respectivamente (BRASIL, 2010).

O primeiro contato com estas drogas tem acontecido cada vez mais precocemente, por volta dos dez anos de idade, e a bebida alcoólica é a

substância mais frequente. Os resultados do último levantamento nacional sobre consumo de drogas VI LEVACOL mostrou que 60,5% dos adolescentes na faixa etária 12 a 17 anos já experimentaram bebidas alcoólicas ao menos uma vez na vida, sendo mais prevalente no sexo masculino (BRASIL, 2010b).

Existem evidências de que o uso experimental de drogas na infância e puberdade pode levar ao uso abusivo e mesmo dependência na vida adulta, e pode provocar maiores danos quando coexistem comorbidades e um contexto sócio-familiar de risco (SANCHEZ, 2003).

A exposição a fatores de risco comportamentais se acentua na adolescência, período que marca uma série de mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Assim, a família constitui-se como um importante ponto de apoio e suporte, pois fornece o espaço de crescimento, desenvolvimento e independência. Portanto, é considerada fundamental para a “sobrevivência”, proteção e socialização de seus membros, assim como a transmissão dos valores sociais e culturais (MALTA, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas são preveníveis e devem ser encarados com maior seriedade e prioridade por parte de políticas públicas para evitar danos à saúde. O Brasil através do decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras drogas, assumindo uma posição de combate ao consumo de substâncias psicoativas. Essa medida foi adotada como resposta à crescente demanda por cuidados nessa área com o objetivo estruturar, integrar, articular e ampliar as ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social dos usuários (BRASIL, 2010).

Quanto ao atendimento em Saúde Mental, no estado de Pernambuco, a realidade não difere do contexto nacional, sendo priorizadas as ações de desinstitucionalização, com redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, bem como o fechamento destes e o fortalecimento das redes locais e regionais de cuidado a saúde mental e ao enfrentamento de crack, álcool e outras drogas, inclusive com o incentivo a capacitação profissional, implantação dos consultórios de rua e as casas de acolhimento transitório. Entretanto, as necessidades dos usuários não conseguem ser satisfeitas pela rede de serviços.

No município da Vitória de Santo Antão/ PE, por sua vez, a demanda de cuidados em saúde mental é um desafio para os gestores de saúde, e, quando se

trata de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, encontra diversas barreiras no cuidado a essa clientela, pois dispositivos substitutivos são insuficientes.

Diante disso, o Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco e a Secretaria de Saúde do município da Vitória de Santo Antão/ PE, elaboraram conjuntamente uma proposta de intervenção educativa voltada para a prevenção ao uso abusivo do álcool/tabaco e consumo de outras substâncias psicoativas no âmbito escolar e na atenção primária. A proposta foi contemplada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde e iniciou suas atividades em 2011. Em 2012, as ações foram inseridas dentro do PRÓ-Saúde.

Na temática de prevenção de substâncias psicoativas, o grupo de PET Saúde Mental (PET/ SM) tem buscado uma educação transformadora com práticas educativas horizontais estimulando a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, pleno exercício de construção da cidadania, promoção da saúde e prevenção de doenças.

A família, a comunidade, a sociedade e o poder público são co-responsáveis por assegurar os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990). Neste contexto, a educação assume papel fundamental, pois é o elemento responsável em formar e informar o jovem para que ele possa assumir o controle de sua vida, tornando-o independente e autônomo, repercutindo em escolhas conscientes.

A escola é um local estratégico para o desenvolvimento de ações educativas na prevenção do uso e abuso de drogas, por abrigar um público composto de crianças e jovens, onde estes permanecem grande parte de sua vida com média de cinco horas diárias e com frequência média de 95% para idade de 7 a 14 anos (IBGE, 2010). Constitui assim um espaço propício para desenvolvimento biopsicossocial com incentivo ao conhecimento e enfrentamento das problemáticas sócias como as drogas (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a articulação entre educação e saúde constitui uma das mais ricas formas de interdisciplinaridade (FERNANDES, 2010). Com o novo paradigma do SUS que estimula a participação social, a saúde passa a existir com enfoque ampliado no sentido da preparação dos indivíduos, ditos agentes sócias, para escolher seus caminhos e lutar

por uma vida mais saudável, conhecedores dos seus direitos e deveres, exercendo assim a cidadania e o controle social (SOUZA, 2005).

A incorporação da educação em saúde às práticas de estratégia de promoção a saúde, bem como na prevenção de uso e abuso de substâncias psicoativas, mostra-se necessária, principalmente quando está fundamentada na troca de conhecimentos, estabelecendo mais do que ensino e aprendizagem, um ato de criar, transformar e construir saberes (FERNANDES BACKES, 2010).

A partir do exposto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada por estudantes de graduação da área da saúde integrantes do PET Saúde Mental/PRÓ-Saúde quanto à utilização da dramatização como estratégia de ensino-aprendizagem para abordagem de temas referentes à prevenção ao consumo do álcool e outras drogas.

Marco Teórico

Promoção da Saúde

Entendemos que a promoção da saúde é um paradigma que ganhou notoriedade com a Carta de Ottawa em 1986, ao definir que a melhoria da qualidade de vida resulta de um conjunto de vários fatores como: sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos (BRASIL, 2009).

O paradigma da promoção a saúde deve ser entendido como processo cooperativo e horizontal da comunidade contextualizada e não apenas das pessoas doentes ou sob-risco de adoecer, com a necessidade da produção do conhecimento e de práticas no campo da saúde associadas a diretrizes do SUS a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade (OLIVEIRA, 2009).

A promoção se concretiza na comunidade quando ocorre a democratização do atendimento e do acesso ao conhecimento, com o empoderamento do povo e participação popular para provocar mudanças necessárias.

A educação em saúde é um importante instrumento para promoção da saúde, definida como a combinação de experiências de ensino-aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voltadas à saúde, (CANDEIAS, 1997).

Essa estratégia se desenvolve mediante a

utilização de uma metodologia crítica emancipatória e contribui para a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença em acordo com os interesses populares (ALMEIDA, 2011).

O novo paradigma holístico da saúde pública resulta em mudanças importantes também na concepção de educação em saúde. Na saúde pública tradicional, a educação em saúde estava voltada basicamente para a prevenção de doenças. Com a nova abordagem passa a ter enfoque nos indivíduos no sentido da preparação destes para escolherem seus caminhos e lutarem por uma vida com mais saúde (SOUZA, 2005).

Dessa forma, surge a necessidade de uma abordagem educacional baseada em uma pedagogia que tenha seu enfoque nos sujeitos que agora passam a ser o centro das transformações. Nesse contexto encontra-se a concepção dialógica de Paulo Freire que amplia as fronteiras da educação, transpondo barreiras convencionais com ações de impacto baseadas na autonomia, liberdade e dialogicidade (ALMEIDA, 2011).

Método Paulo Freire

O método de Paulo Freire não é uma técnica de alfabetização, embora tenha surgido como alternativa de alfabetização de adultos, mas um processo coerente com o posicionamento teórico filosófico que tem como objetivo a conscientização, privilegiando a ação e o diálogo. Caracteriza-se pela autonomia, pensamento crítico-reflexivo, ensino-aprendizagem horizontal onde alunos e professores são cooperadores do conhecimento (ARAÚJO, 2009).

O diálogo entre profissionais e usuários gera uma prática problematizadora que possibilita o desenvolvimento da educação horizontal, em que os sujeitos adotam uma postura ativa em seus ambientes políticos e sociais. Esse método assume grande importância na atuação da promoção da saúde (FERNANDES e BACKES, 2010).

Oliveira (2009b) ressalva que o método de Paulo Freire na educação em saúde é uma combinação de oportunidades que proporcionam a manutenção da saúde e sua promoção, com a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

Os estudos Freireanos são reconhecidos mundialmente e percebidos em várias áreas do saber. O grande destaque está no fato de sua pedagogia

possibilitar a construção de um caminho novo, tanto pra os profissionais quanto para os usuários, onde ele é construído no próprio caminhar. Os indivíduos vão descobrindo as realidades nas quais estão inseridos, transformando-a e reescrevendo sua própria história através de uma educação genuinamente do povo e feita pedagogicamente pelo povo (ARAÚJO, 2009).

Deste modo, a educação popular promove a participação dos sujeitos sociais, incentivando, a reflexão, o diálogo, a expressão da afetividade, potencializando a criatividade e a autonomia. Sendo aplicada na saúde, permite a inserção dos usuários no processo de formulação e gestão da política, direcionando-se para o cumprimento efetivo dos princípios ético-políticos do SUS (BRASIL, 2007).

Atualmente, existem inúmeras maneiras de se trabalhar educação em saúde, mas, considerando no que estas abordagens estão fundamentadas, pode-se agrupá-las em dois modelos: a educação em saúde tradicional e a radical (SOUZA, 2005).

O método tradicional segue os pressupostos da antiga saúde pública, centrando na mudança individual, seguindo o foco embasado nos princípios da ideologia do individualismo e do behaviorismo. É caracterizado pelo ensino verticalizado e passivo onde o professor é o detentor do conhecimento e o aluno é o objeto que deve ser preenchido. Assim, não permite o desenvolvimento crítico e formação de agentes sócias (SOUZA, 2005).

Paulo Freire entende esse método como um processo de educação bancária em que o conhecimento é depositado, sem co-construção, co-participação e reflexão (FREIRE, 1997).

O método radical compreende a complexidade da nova saúde pública e tem como objetivo principal promover a saúde, pela conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, com estímulo à identificação dos problemas, suas origens, e construção de planos de ação capazes de transformar a realidade (FREIRE, 1996).

Método

Trata-se de um relato de experiência construído a partir das vivências de estudantes de graduação da área da saúde integrantes do PET SM/ PRÓ-Saúde.

O sistema de saúde e as instituições formadoras vêm unindo forças para implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que tem por objetivos: substituir o modelo assistencial tradicional, reorganizar o serviço e efetivar programas tais como o Programa

de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). O PRÓ-SAÚDE busca a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (SANTOS, 2011).

O PRÓ-SAÚDE desenvolve varias estratégias dentre elas, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) que tem como objetivo a integração ensino-serviço-comunidade atuando junto aos acadêmicos na graduação e pós-graduação, inserindo estes nos serviços de saúde. Com atuação em três modalidades diferentes e complementares de PET-SAÚDE: Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental. Sempre estimulando a atuação profissional pautada na cidadania e pensamento crítico-reflexivo através da educação com a integração entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2010).

A ação foi realizada em novembro de 2012 e o público-alvo foi composto por estudantes de escolas municipais da Vitória de Santo Antão/ PE. Utilizou-se a dramatização como estratégia educativa para a abordagem dos seguintes temas: uso abusivo de álcool, tabaco e medicamentos; e problemas familiares decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

Inicialmente, realizou-se uma dinâmica “quebra-gelo” para apresentação do grupo de PET e dos participantes. A apresentação inicial importante para que todos conheçam a proposta de trabalho, objetivos, idoneidade e relevância do projeto. Associou-se esse primeiro momento a uma dinâmica de grupo com o intuito de buscar uma maior aproximação entre educandos e educadores.

Após essa etapa, procedeu-se à dramatização. Essa técnica é definida como a ação que dá forma teatral a algo, e possibilita representar uma situação ou fato, enfatizá-lo de modo dramático e comovente. Esta estratégia gera a espontaneidade, cria o desafio de transpor os conteúdos teóricos, e possibilita ao facilitador a oportunidade de trabalhar situações que envolvam o enfrentamento e a resolução de problemas (BONAMIGO, 2010).

A dramatização foi elaborada e realizada por seis estudantes de graduação em Enfermagem e Educação Física sob a supervisão de preceptores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidade de Saúde da Família (USF) do município citado e tutores docentes do CAV/UFPE.

O teatro abordou o tema “saúde mental na

família por um fio” e foi composto por quatro personagens: mãe, pai e dois filhos. A ideia central apresentada foi uma mãe com problemas de saúde (hipertensão e estresse) associados ao alcoolismo na família (esposo), violência doméstica, automedicação e ingestão excessiva de medicamentos para controle da ansiedade; dificuldades na educação da filha adolescente de comportamento rebelde e usuária de bebida alcoólica; ausência de autoridade paterna; e omissão do filho mais velho acerca dos problemas vivenciados na família.

A dramatização durou aproximadamente 20 minutos e, posteriormente, realizou-se uma discussão sobre as situações mostradas.

Resultados e Discussão

Com a dramatização percebemos maior atenção e dedicação dos discentes integrantes do PET/SM na elaboração do roteiro relacionado com a tema: uso abusivo do álcool e consumo de outras substâncias. A escolha por esse método, no processo de educação em saúde, favoreceu a abordagem da temática de forma democrática e participativa. A atuação possibilitou aos discentes assumir funções e papéis de outros, dessa forma, houve significação no conhecimento.

Em atividades de extensão, como esta, o discente é instigado a trazer para a comunidade toda a informação relevante para promover a saúde de forma participativa. Ele assume o papel de educador em saúde e começa a pensar como tal, sendo desafiado a aplicar em sua práxis as ideias de uma educação transformadora e não apenas ser mais um indicador de problemas, mas um de soluções (ROSA, 2008).

A prática dos profissionais de saúde ainda encontra-se defasada no que diz respeito a práticas educativas participativas, pois o estudante está habituado a replicar em sua vida profissional de forma mecânica e pouco reflexiva o que aprendeu no espaço de sala de aula. Assim, dentro da problemática do álcool e outras drogas é notório a falta de preparo de profissionais de saúde para lidar com essa clientela e muitos vinculam essa dificuldade à sua formação profissional (ROSA, 2008).

Diante disso, a Universidade no decorrer da graduação deve fornecer as condições para que o aluno adquira as competências necessárias ao exercício da profissão. O futuro profissional deve ser preparado para atuar na saúde com redução da demanda das drogas e para assistir os indivíduos e

comunidades inseridas nesse contexto.

Os processos de ensino da Universidade compõem estratégias variadas que devem ser escolhidas de acordo com os objetivos a serem alcançados e dos assuntos a serem tratados. Dessa forma, as ações desenvolvidas no PET/SM têm o objetivo de construir diálogos e instigar o reconhecimento de situações de risco, de forma que promova a problematização pelos educandos (TOBASE, 2007).

O Método de Paulo Freire permitiu abordar toda a complexidade do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas através do ensino-aprendizagem horizontal em que o conhecimento é construído por meio de um pensamento crítico-reflexivo e não transferido. Ademais, estimula os participantes a promoverem a sua própria saúde, por meio da conscientização crítica sobre os aspectos da realidade pessoal e coletiva, sempre respeitando a autonomia dos sujeitos.

Assim, a dramatização como outros métodos não tradicionais de ensino tem sido utilizada para preencher lacunas como a falta de linguagens compreensível para estabelecer um processo de interação efetiva entre educandos e educadores, principalmente quando se tem em vista a ação educativa na perspectiva de formação de sujeitos éticos e cidadãos e para a transformação da sociedade (OLIVEIRA, 2009).

A apresentação teatral permite uma exposição dialógica de assuntos complexos, de modo dinâmico e interativo. É um recurso didático democrático e bem recebido por parte das pessoas envolvidas, tanto as que atuam quanto as que assistem. Portanto, é considerada uma forma atrativa e descontraída de ensino, além de estimular a criatividade dos alunos o que pode enriquecer substancialmente a exposição. Além disso, embora não seja consensual, alguns autores referem que a dramatização é uma estratégia superior aos métodos tradicionais quando se tem por objetivo estimular a participação dos envolvidos (BONAMIGO, 2010).

Quanto ao público-alvo, em diversos pontos da peça teatral, notou-se o envolvimento emocional e pessoal dos adolescentes, haja vista que as situações abordadas são reflexo do que possivelmente essa clientela vivencia em sua realidade. Além de conseguirem elencar os principais riscos e problemas abordados, observou-se boa interação entre os sujeitos.

A dramatização facilitou a aprendizagem pelas inter-relações vivenciadas no processo, ditadas pelo

próprio público em ato dialógico e reflexivo. O grupo motiva o indivíduo e o indivíduo motiva o grupo; o indivíduo aprende com o grupo e o grupo com ele, assim há uma alternância de ensino aprendizagem (KALINOWSKI, 2011).

Considerações Finais

A utilização do método de Paulo Freire na ações de educação em saúde promoveu, de forma crítica e reflexiva, o aprimoramento dos conhecimentos técnico-científico dos discentes, preceptores e tutores.

A experiência da dramatização permitiu aos acadêmicos abordar a problemática do uso de álcool, crack e outras drogas de forma dinâmica, com maior participação e descontração dos adolescentes. A dramatização estimulou a reflexão dos estudantes da graduação acerca da realidade, possibilitou a construção coletiva do conhecimento, superou paradigmas educacionais e conciliou o pensamento crítico-reflexivo com um ensino horizontal.

Ressaltamos a importância das ações de educação em saúde como estratégias eficazes na prevenção ao consumo de álcool, crack e outras drogas voltadas para o público adolescente e jovem, pois estimulam o diálogo entre educadores e educandos, valorização do conhecimento popular, expressão de sentimentos, troca de experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas.

Referências

- ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Vol. 19, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_22.pdf> Acesso em: 23 jan. 2013.
- ARAÚJO, C. R. S. **O Método Paulo Freire**. Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade de Agudos. Faculdade Agudos, São Paulo, 2009.
- BONAMIGO, E. L.; DESTEFANI, A. S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Revista Bioética**, vol.18, n.3, 12 dez. 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/> Acesso em: 23 jan 2013.
- BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 22 jan. 2013.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: **Funasa**, 2007.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 22 jan. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Alcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília – SENAD, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais>> Acessado em 23 jan. 2013.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – 2010. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais>> Acessado em 23 jan. 2013.
- BRASIL. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa-fé de Bogotá. Brasília: MS, 1996.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas** / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**, Vol. 21, n.2 abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0034-891019970002&script=sci_issuetoc> Acesso em: 23 jan. 2013.
- FERNANDES, C.; NASCIMENTO, G. Promoção e prevenção da saúde de crianças, adolescentes e jovens: saúde é matéria de escola? **Salto para o futuro: saúde e educação**. ano. XVIII bol. 12 ago. 2010.
- FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 63, n.4, mai. 2010.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes

necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1997.

IBGE - Instituto de Geografia e Estatística. **Censo Escolar** 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>> Acesso em: 23 jan. 2013.

KALINOWSKI, C. E.; MASSOQUETTI, R. M. D. Metodologia participativas no ensino da enfermagem: relato de experiência. X Congresso Nacional de Educação- EDUCERE. I seminário Internacional de representações sócias, subjetivas e educação formação para mudanças no contexto da educação: políticas, representações sócia e práticas. Curitiba. Paraná. nov. 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5514_2595.pdf> Acesso em: 23 jan 2013.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, pesquisa nacional de saúde dos escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. vol. 14, n. 1, 21 fev. 2011.

OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SILVA, F. M.; MACIEL, L. E. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14, n.2, 18 ago 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200032&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 23 jan. 2013.

OLIVEIRA, E. et al. **Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública. Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2009.

ROSA, M. S. G.; TAVARES, C. M. M. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. Vol. 12, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000300023&script=sci_arttext> Acesso em: 23 jan 2013.

SANCHEZ, Z. M.; Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase

na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.9, n.1, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100005> Acessado em 23 jan. 2013.

SANTOS, R. M. Contribuições do PET para a formação de profissionais de saúde: a experiência do PET-SAÚDE/VS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. Vol.32, n.91, dez. 2011.

SOUZA, A. C. et AL.. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Vol. 26, n. 2, ago. 2005. Disponível em: < Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4547>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

TOBASE, L.; GESTEIRA, E. C. R.; TAKAHASHI, R. T.; Revisão de literatura: a utilização da dramatização no ensino de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 9, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a17.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

COMBATE AO TABAGISMO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS NO LOTEAMENTO CONCEIÇÃO/VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTEGRANTES DO GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA

Vanessa Karla Santos de Souza, Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão; E-mail: vanessa2010karla@hotmail.com;

Diego Rafael Ferreira de Oliveira, Acadêmico do Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão; E-mail: bio_diegorafael@hotmail.com;

Silvana Gonçalves Brito de Arruda, professora Doutora do Núcleo de Nutrição – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão; E-mail: silgbrito@hotmail.com;

Marina de Moraes Vasconcelos Petribú, professora Doutora do Núcleo de Nutrição – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão; E-mail: mpetribu@hotmail.com;

Marcleineide Nóbrega de Andrade Ramalho, professora Mestra do Núcleo de Enfermagem – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão; E-mail: marclineide@ig.com.br;

Cíntia Virgínia Pereira da Cruz, Enfermeira da UBS do Loteamento Conceição – Vitória de Santo Antão, E-mail: cintia_virginia@hotmail.com.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo e um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, (onde 200 milhões são constituídos de mulheres), sejam fumantes. Por ano, 5 milhões de pessoas morrem devido ao tabagismo, sendo 200 mil no Brasil. (WHO, 2004). O tabagismo é um grave problema de saúde pública gerado pela dependência da nicotina e está inserido na Classificação

Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial da Saúde. Além de ser importante fator de risco isolado para cerca de 50 doenças, entre as quais estão incluídas as neoplasias, doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar, entre outras, deve-se levar em consideração que o tabagismo é um problema que também atingem pessoas que não fumam (tabagismo passivo), no qual o indivíduo quando exposto a fumaça dos produtos do tabaco, apresenta um grande risco de desenvolver doenças como infarto e infecções respiratórias, entre outras. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2011), a esperança de vida do brasileiro é 74 anos e 29 dias, porém, mesmo com a melhoria na qualidade de vida das pessoas, observa-se um aumento no número de pessoas acometidas por doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM). Dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010), apontam em 25% o número de pessoas acometidas por HAS, onde mais de 50% são idosos. A HAS é uma enfermidade de natureza multifatorial, que pode provocar danos em órgãos-alvo como coração e rins, por exemplo, quando não tratada de forma eficaz, podendo associar-se com outras doenças, o que provoca graves consequências no paciente (PERES, MAGNA, VIANA, 2003). A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) define o DM como uma síndrome de alterações metabólicas e hiperglicemia devido à deficiência absoluta ou relativa da secreção de insulina e / ou redução de sua eficácia biológica. O diabetes está se tornando a epidemia do século e já afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões. No Brasil 5,6% da população adulta têm o diagnóstico de diabetes mellitus. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por estudantes de enfermagem integrantes do grupo HIPERDIA/Projeto UFPE na Praça, formado por docentes, acadêmicos e residentes da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que realiza atividades com hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde do Loteamento Conceição, localizado no município de Vitória de Santo Antão - PE. Foi realizado um trabalho relacionado ao “tabagismo e suas consequências”, onde pode se destacar como principais focos da atividade a promoção da saúde, prevenção e sensibilização da clientela assistida, além de realização de consultas de enfermagem, avaliação e orientação nutricional, além de atividades educativas, onde foram utilizados cartazes para

exposição do tema abordado. Pesquisas revelam que a enfermagem tem um papel primordial em ações de educação em saúde, principalmente no que diz respeito ao tabagismo (GONÇALVES et al, 2006). A abordagem do tema envolveu aspectos importantes, como conceitos, causas desencadeadoras da dependência de tabaco, consequências do tabagismo, tomada de decisão e medidas para se desvincular da dependência, com o objetivo de alertar a população para esse problema de saúde pública, pois fumar é um hábito que pode trazer sérias consequências para a saúde do fumante e o bem estar social. As estratégias utilizadas consistiram na informação e sensibilização da clientela assistida sobre os danos causados pelo uso do tabaco. As ações propostas foram desenvolvidas com enfoque na promoção à saúde e prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo, sempre correlacionando a HAS e o DM ao uso do cigarro, expondo as consequências dessa associação nociva e tirando várias dúvidas que surgiram no decorrer da ação. Dessa forma, chega-se a conclusão que a atividade realizada foi bastante produtiva para os acadêmicos, pois estes compreenderam a importância de trabalhar essa temática junto a população, pois o debate abriu espaço para os integrantes tirarem suas dúvidas e levantarem questões interessantes acerca do tema. Outro ponto a ser ressaltado foi o desenvolvimento de atividades multidisciplinares em educação em saúde. Esse tipo de intervenção multiprofissional, o qual integra alunos e preceptores dos vários cursos, é uma oportunidade ímpar de se começar a vivenciar as políticas atuais de saúde, as quais envolvem profissionais de diversas áreas numa interação para atender as necessidades dos sujeitos da forma mais completa possível. Esse fato pode ser amplamente vivenciado na Estratégia Saúde da Família, provavelmente futuro ambiente de trabalho para esses acadêmicos e futuros profissionais da saúde.

Palavras-chave: Tabagismo, Promoção da Saúde, Enfermagem

Anexos

A - DADOS DA AÇÃO		
1. Título do Projeto a qual está vinculado: UFPE NA PRAÇA: promovendo a saúde em Vitória de Santo Antão		
2. Título do Trabalho: COMBATE AO TABAGISMO EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS NO LOTEAMENTO CONCEIÇÃO/VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE INTEGRANTES DO GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA		
B - DADOS DO COORDENADOR		
Nome: Silvana Gonçalves Brito de Arruda		CPF: 32343930449
Centro/Departamento/Órgão Suplementar: Centro Acadêmico de Vitória/Núcleo de Nutrição		
Telefones	Residencial: (83) 32456262 Celular: (81) 88498945 Fax/Ramal UFPE:	E-mail(s): silgbrito@hotmail.com
C - DADOS DOS AUTORES		
1. Nome Completo: Silvana Gonçalves Brito de Arruda		
CPF: 32343930449	Telefones (83) 32456262 (81) 88498945	E-mail(s): silgbrito@hotmail.com
2. Nome Completo: Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho		
CPF: 03529408409	Telefones (83) 32248009 (83) 99219650	E-mail(s): marclineide@ig.com.br
3. Nome Completo: Marina de Moraes Vasconcelos Petribú		
CPF: 04556764459	Telefones (81) 33274607	E-mail(s): mpetribu@hotmail.com
4. Nome Completo: Cíntia Virgínia Pereira da Cruz		
CPF: 06785027497	Telefones (81) 35261857	E-mail(s): cintia_virginia@hotmail.com
5. Nome Completo: Diego Rafael Ferreira de Oliveira		
CPF: 06434865422	Telefones (81) 98064433	E-mail(s): bio_diegorafael@hotmail.com
6. Nome Completo: Vanessa Karla Santos de Souza		
CPF: 04942399483	Telefones (81) 88066398	E-mail(s): Vanessa2010karla@hotmail.com

ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES COM DTM

Marilene de Oliveira Trindade¹; Teresa Cristina de Siqueira²

; Augusto César Menezes de Araujo Pereira³; Joelma Maria Pereira Ribeiro⁴; Priscilla Albuquerque Monteiro⁵

Pós Doutora Adjunto III do Departamento de Prótese e Cirurgia Buco Maxilofacial da Faculdade de Odontologia UFPE, Coordenadora do Projeto de Extensão: Atendimento Multidisciplinar de pacientes Bruxistas. Email: marilene08@hotmail.com

Psicóloga; Especialista em TCC, Voluntária da Extensão de DTM da UFPE.

Biólogo, Voluntária da Extensão de DTM da UFPE.

Cirurgiã Dentista, Voluntária da Extensão de DTM da UFPE.

Fisioterapeuta, Voluntária da Extensão de DTM da UFPE.

Introdução

A disfunção tempomandibular (DTM) é um conjunto de alterações de etiologia multifatorial, manifestada nas estruturas musculoesqueléticas do aparelho mastigatório (Brugnera Junior et al, 2003) Rodrigues; Siriani; Bérzin (2004) citam que as DTMs são caracterizadas por apresentar sintomas severos e sinais clínicos, como dor na articulação temporomandibulares ou nos músculos da mastigação, mudanças nos sinais eletromiográficos nos músculos posturais, posição de dormir, hábitos ocupacionais, alterações funcionais na respiração e deglutição, traumatismos, problemas psicológicos de personalidade e comportamento, estresse, envolvimento de alterações sistêmicas, fibromialgia e ainda há divergências quanto ao papel da oclusão na etiologia das DTMs.

Nos pacientes portadores da DTM o desconforto esta muito mais para ser de origem miogênica (hiperatividade muscular) do que intracapsular. A análise das causas de dor muscular e desconforto deve incluir uma acurada descrição do relacionamento entre a oclusão, o posicionamento e a condições das articulações temporomandibulares (ATM) (DAWSON, 2003). Os sinais e sintomas de DTM são caracterizados por sensibilidade nos músculos mastigatórios, cabeça e pescoço; dor nas ATMs; movimentos mandibulares limitados; ruídos articulares; e deformidades faciais. Dores de cabeças são frequentemente listadas como reclamações (Sinamoto, 2003).

As informações sobre dores de cabeça, ouvido e pescoço, ou alguma alteração auditiva são extremamente valiosas. Caso contrario, se existir queixa de dor e não há nenhuma dificuldade funcional, a fonte articular fica praticamente excluída, sendo considerados fatores orgânicos e neurológicos (Marciel, 2003).

Okeson (2006) observa ainda que pacientes com dor ocasionadas pela DTM descrevem mais fadigas, distúrbios do sono, depressão e transtornos menstruais. O grau de sofrimento é determinado pela atenção dada à lesão, consequência e significado psicológico da dor na área lesada e influencia na qualidade de vida.

O protocolo de tratamento da DTM segundo Nunes (2000); Venancio (2002) consiste em: repouso mandibular (dietas leves, cuidados com movimentos de hipersolicitação); antiinflamatórios não-esteroides; relaxante muscular; ansiolíticos que atuem principalmente sobre a fase REM do sono, fisioterapia; psicologia; ajuste oclusal inicial; terapias com placa articular e procedimentos cirúrgicos.

Tratamentos reversíveis utilizando Placas Oclusais, Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), Massoterapia e Terapia-Cognitivo-Comportamental, são os mais indicados como terapêutica inicial da DTM. A meta de um planejamento apropriado deve ser a de se obter equilíbrio muscular e harmonia no posicionamento mandibular, proporcionado pelos dentes e articulações temporomandibulares. Arellano (2002).

A placa Oclusal tem como objetivo proporcionar a estabilidade ortopédica, melhora da função do sistema motor-mastigatorio, redução da atividade muscular anormal e proteção dos dentes ao atrito das cargas mastigatórias adversas. Atuam diretamente nos sintomas de forma rápida e efetiva, funcionando também como auxiliar no diagnostico. O uso da placa de mordida estabilizadora mostrou a possibilidade da execução de um método reversível e não invasivo de tratamento. O sucesso ou falha na terapia com placas oclusais rígidas depende da seleção, confecção e ajuste desses aparelhos como também da cooperação do paciente, Okeson 2000.



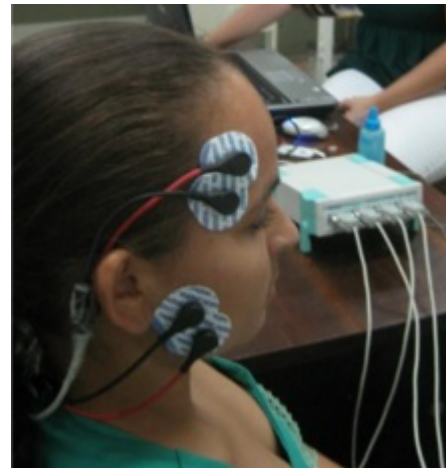
Placa Estabilizadora

Okeson 2000 admite que existem muitas evidências que mostram que a terapia por placas oclusais tem uma taxa de redução que varia de 70-90% dos sintomas em muitas DTMs. Uma mudança nos impulsos é verificada quando um aparelho oclusal é colocado entre os dentes, diminuindo assim o bruxismo induzido pelo SNC. Portanto o aparelho não cura o bruxismo, mas inibe sua tendência enquanto se faz o uso dele.

DAO & Lavigne em 1998 verificaram a existência de várias hipóteses propostas para explicar a eficácia desses aparelhos rígidos, incluindo a reposição do côndilo e/ou disco articular, a redução da atividade eletromiográfica dos músculos da mastigação, a modificação de hábitos nocivos e mudança na oclusão dos pacientes. Eles concluíram que algumas dessas teorias são pobres e inconsistentes e os argumentos que as embasam são vagos. Contudo, os resultados dos procedimentos clínicos controlados dão suporte a eficácia das placas estabilizadoras no controle da dor miofacial, devendo ser utilizadas mais como uma forma alternativa de tratamento definitivo.

A eletromiografia cinesiologica, além de representar uma ferramenta sensível de avaliação das funções musculares tem sido utilizada na área odontológica, desde o primeiro estudo realizado por Moyers em 1949.

Ela é considerada por alguns autores como uma ferramenta controversa no estudo da função muscular (PINHO et al 2000). Muitos estudos têm mostrados características específicas do sinal eletromiográfico como indicativo de distúrbios temporomandibulares, como por exemplo, a hiperatividade muscular (Kobayashi et al. 2001).



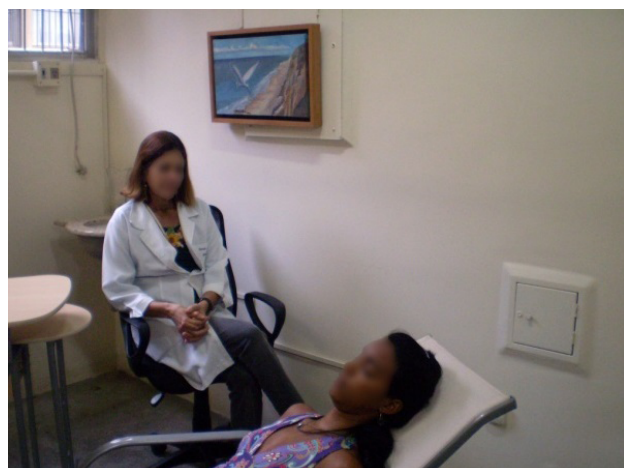
Eletromiografia de superfície dos músculos masseter e temporal.

A eletromiografia pode ser utilizada como instrumento cinesiológico para o estudo das funções musculares em atividades específicas. Auxilia no diagnóstico das DTMs, já que permite a análise do comportamento muscular de maneira não invasiva e, portanto, estéril.

Ruf et al (1987), com o propósito de avaliar a influência da indução ao estresse na atividade eletromiográfica dos músculos temporais anteriores e masseteres bilaterais, realizaram um estudo em 15 universitários de um curso de odontologia. A primeira coleta foi realizada anteriormente ao exame prático para a admissão no semestre subsequente do curso, e a segunda realizada durante o exame de admissão. Os autores observaram na segunda coleta, um aumento significativo da atividade elétrica dos músculos estudados, tanto na posição clínica de repouso mandibular quanto da atividade funcional. Concluíram dessa forma, que em situações estressantes há um aumento na atividade elétrica dos músculos mastigatórios, provavelmente do apertamento dentário.

Quanto ao perfil emocional e comportamental do paciente com DTM, a ficha de anamnese odontológica tende a identificar a imagem que o indivíduo tem de seus sintomas e o quanto esses estão interferindo em sua rotina diária. (Cestari K. 2002). As principais áreas emocionais para se avaliar são: depressão, ansiedade, estresse e hábitos comportamentais (Marciel 2003). Tanto a estrutura da personalidade quanto o estado emocional do doente interferem na tolerância da dor (Loduca A. 2003). O estresse produzido pelo corpo pode ser liberado para o meio externo através de gestos e ações corporais, ou, ainda, ser descarregado internamente por meio da elevação do tônus da musculatura,

principalmente cabeça e pescoço (Okeson 2006).



Tratamento psicologia

No ano de 2005, Lavigne et al. faz referencia que a prevalência de ranger de dentes é mais elevada em pacientes adultos que vivem sob tensão emocional, que são hiperativos, agressivos ou que apresentam personalidade compulsiva.

Lavigne et al 2008 avaliaram pacientes jovens e não encontraram ansiedade do tipo patológico, de acordo com os critérios de diagnostico do DSM-IV. Referem que a maioria desses pacientes apertam os dentes em períodos intensos de deveres familiares, aumento da carga de trabalho, tarefas importantes a serem executadas em curto período de tempo, junto com o desejo de manter um alto padrão de desempenho.

A TENS (eletroestimulação Transcutânea do Nervo) é uma modalidade terepeutica indicada para o controle da dor causada por traumatismos musculares, osteoarticulares e nervos periferios. Rosa et al (2002). Observaram redução significativa da dor de origem muscular em pacientes com DTM após o emprego do TENS.

Ação analgésica do TENS compreende despolarização das células nervosas; liberação de mediadores antialérgicos (endorfinas) no nível de sinapses; aplicação dos princípios do controle porta. Ação distracional, onde a alta frequência, por seu efeito agradável, desvia a atenção do estímulo da dor, concentrando-a na sensação do agradável torpor produzido.

O beneficio imediato do TENS é a possibilidade de reduzir o uso de medicamentos e seus diversos níveis de efeitos adversos Broseeau L. et al (2002). A terapia utilizando a estimulação elétrica tem sido de grande aceitação como método alternativo ou de suporte associado à outra modalidade (Chen H. 2004). Buzinelli et al avaliaram a atividade eletromiografica antes e após a aplicação da TENS

e da estimulação eletromagnética em dez pacientes portadores de DTM. Como resultados encontraram diminuição no grau de fadiga muscular e aumento da atividade dos músculos temporal e masseter, em máxima contração voluntaria, após as sessões. Gonzalves et al identificaram alívio indireto da dor em pacientes com DTM com uma única aplicação da TENS de baixa frequência por trinta minutos. Rodrigues-Bigaton et al compararam as condições dolorosas pré e pós a tens de baixa frequência num total de dez aplicações, duas vezes por semana e duração de trinta minutos, em mulheres com DTM constataram redução na intensidade de dor.

Alvarez-Arenal et al demonstraram que 15 aplicações da TENS de baixa frequência, em sessões de 45 a 60 minutos, e utilização de placa oclusal em pacientes com bruxismo distribuídos em dois grupos de tratamento, não foram suficiente para reduzir significativamente os sinais e sintomas de DTM, inclusive a dor.

A Laserterapia é um dos recursos fisioterápico para o tratamento de DTM. Se caracteriza por ter uma potente ação analgésica, antiinflamatória, trófica celular, pela ativação de produtos de ATP e síntese proteica, além de efeitos cicatrizantes e regenerativos. É bem indicada nos casos de Triggers points, neuralgias de trigêmeo e disfunção crônicas.



Laserterapia na região da ATM.

Mello; Mello (2001), Afirmam que a luz laser é caracterizada por apresentar sempre ondas eletromagnéticas com o mesmo comprimento de onda, mesma direção, mesma frequência e cor, diferenciando da luz normal que possui distintos comprimentos de onda, em todas as direções, e o resultado de vários espectros.

Os lasers de baixa intensidade também denominados laser mole laser frio, laser terapêutico ou “soft-laser”, emitem radiações de baixa potencia,

sem potencial destrutivo, e possui uma ação fotoquímica de analgesia, antiinflamatória e de bio-estimulação tecidual. Entre os lasers de baixa intensidade, encontram-se os lasers (He-Ne [Hélio-neônio]), diodo (arseniato de gálio – AsGa) e arseniato de gálio e alumínio –AsGaAl.

As Características da luz do laser são monocromaticidade, coerência e unidirecionalidade.

Segundo Brugnera 2003, o controle da dor tem sido historicamente a maior indicação terapêutica do laser. Sua ação analgésica e resultado do impedimento da formação do potencial de ação no nervo periférico afetando a condução do estímulo nervoso. A interrupção dos impulsos evocados do nociceptores para a medula espinhal e o mecanismo neurofisiológico no qual se baseia a ação terapêutica analgésica do laser.

Através da vasodilatação local, ocorre uma renovação do sangue, conseqüentemente um aporte de monócitos e neutrófilos, promovendo a reabsorção do exudato fibrinoso, acelerando a reação antiinflamatória. (Catone, 1997)



Tratamento Ultrassom

Muitos trabalhos científicos têm relatado a eficácia do Ultrassom ao alívio da dor, tanto aguda como crônica. No entanto, para que o alívio da dor seja eficaz, é necessário atentar para os parâmetros de estimulação (Biasotto-Gonzalez 2005). As vibrações mecânicas, produzem vários efeitos fisiológicos como aumento da extensão do colágeno, pró-inflamatórios e auxiliar no controle da dor (Biasotto-Gonzalez 2005).

O envolvimento de fatores psicológicos associados à presença de dor na região da ATM pode dificultar a avaliação e o verdadeiro significado dos sintomas. Esta situação pode aumentar a ansiedade do paciente que espera por um diagnóstico definitivo e imediato. Ou ao contrário, é comum o doente

ter a expectativa de que seu caso exige métodos sofisticados de diagnóstico. A noção que o indivíduo tem sobre sua doença e o que ele entende por saúde podem estar distorcidos por falta de informações ou por obstruções presentes na rede de comunicação que se estabelece entre ele e aqueles que o cercam. (LODUCA,2003).

Antes de selecionar o fármaco para tratamento de DTM, é fundamental avaliar as características da dor, entre elas: origem (miofacial, vascular, neurogênica, óssea), tempo de duração (aguda ou crônica), e intensidade (leve, moderada, severa). Mais pesquisas devem ser feitas para determinar os fatores prognósticos na população com DTM, avaliando quais as drogas tem maior balanço favorável entre analgesia, melhora funcional e efeitos colaterais.

Segundo Simamoto et al (2003) e Piozzi e Lopes (2002), dois aspectos importantes devem ser considerados em relação às DTMs: essas desordens apresentam caráter remissível, autolimitante ou flutuante com o tempo, ou seja, grande parcela das pessoas que apresentam algum sintoma voltara à normalidade sem nenhum tipo de tratamento e que há DTMs que são cíclicas e não curáveis, devendo-se apenas manter o controle dos sintomas.

Metodologia

Método de confecção da Placa Oclusal: Maior numero possível de contatos oclusais, retenção e estabilidade, guias escursivas, superfície oclusal plana e lisa, alteração mínima da dimensão vertical de oclusão, contatos oclusais em céntrica para todos os dentes antagonistas, presença de guia protrusiva e bilateral, separação dos dentes posteriores durante os movimentos de trabalho, de não trabalho e na protrusiva de aproximadamente 2mm, presença de rampas para as guias em caninos alem de contato bilateral com os caninos nas excursões protusivas.

Os eletrodos de superfície utilizados nos exames eletromiograficos convertem o sinal elétrico resultante da despolarização muscular, em um potencial elétrico capaz de ser processado por um amplificador, sendo a diferença de potencial elétrico, fator a ser processado. A amplitude ou a altura dos potenciais depende da diferença de potencial entre os eletrodos, onde quanto maior a diferença de potenciais, maior será a amplitude ou voltagem dos potenciais elétricos.

O sinal eletromiografico será retificado através do processamento matemático que realiza a raiz

quadrada da média elevada ao quadrado, conhecida como Root Mean Square (RMS). Este sinal passará por um filtro passa baixa para uma apresentação do envoltório da curva. Pode-se assim fazer o processamento do sinal de acordo com objetivo específico do trabalho.

A cada início e término de sessão do TENS adotou-se a escala visual analógica (EVA) como instrumento de avaliação dos resultados, pois a mesma permite a graduação da sensação dolorosa pelo paciente em uma escala de zero a dez.

Foram atendidos um total de dezoito pacientes, com sessões realizadas uma vez por semana, dos quais oito foram submetidos ao uso de Tens de alta frequência (pulso quadrado bifásico simétrico, 100 Hz, 80 μ s) e intensidade no limiar agradável individual de cada paciente, por vinte e cinco minutos. E os outros dez pacientes, foram tratados com ultrassom, no modo pulsado (50%), frequência de 1 MHz e potência 0,03 W/cm², por cinco minutos, bilateralmente no músculo masseter e temporal (fibras anteriores).

Na DTM, o laser atuou no relaxamento da musculatura mastigatória e cervical, especialmente nos músculos pterigoideos lateral e medial, masseteres, temporais, supra e infra-hioideos, esternocleidomastóideos, escalenos e trapézio (fibras superiores e mediais); na diminuição do grau de sensibilidade dos trigger points; na aceleração e reparação tissular na ATM, atuando sobre ligamentos, capsula articular, disco articular e superfícies articulares; no mecanismo de reflexo proprioceptivo.

O laser utilizado localiza-se no espectro magnético de 780 a 904 nm. As doses por pontos de 6,0 a 10,0 J/cm², porém dores agudas necessitam de doses em torno de 60% mais altas. A frequência dele em irradiação varia de 2 a 5 vezes por semana.

Cuidados tomados (Venancio; Camparis; Lizarelli (2002)): quanto mais profundo a lesão, maior a quantidade de energia e necessária para que o tecido alvo seja sensibilizado; peles muito escuras ou muito claras pedem uma dose maior de energia; lasers infravermelhos de baixa potência com emissão de radiação pulsada são os mais indicados para o tratamento de DTMs, por tem maior poder de penetração; a resposta do paciente deve ser observada a cada aplicação, verificando a necessidade de alteração da dose.

O trabalho que vem sendo desenvolvido pela fisioterapia consiste na aplicação de eletrotermoterapia, através da utilização de equipamentos de eletro estimulação transcutânea

(Tens), e de Ultra Som, para efeitos principais de analgesia e antiinflamatório, tratando-se a articulação temporomandibular e região Peri articular anterior, principalmente no músculo masseter e temporal (fibras anteriores).

A cada início e término de sessão adotou-se a escala visual analógica (EVA) como instrumento de avaliação dos resultados, pois a mesma permite a graduação da sensação dolorosa pelo paciente em uma escala de zero a dez (Franco 2011).

Foram utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais como: Registro de pensamentos automáticos, questionamento socrático, registro diário de dor, distração, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Ao final do tratamento psicológico o paciente será capaz de identificar o momento do estresse e perceber o apertamento diurno, relaxando a musculatura da ATM. Devera saber utilizar a técnica da distração, não ficando focada na dor. Devera elaborar pensamentos alternativos funcionais. Com a terapia Cognitivo-comportamental o paciente aprende novas habilidades, como identificar e alterar pensamentos distorcidos por pensamentos reais.

Os recursos de avaliação são: entrevista psicológica, escala visual analógica, escala numérica, questionário de dor McGill, Inventário de Beck de depressão e ansiedade e diário de dor.

Resultados

Resultados esperados (Venancio; Camparis; Lizarelli (2002)): Menos desconforto a palpação; diminuição da dor ao movimento passivo ou ativo; diminuição da tensão muscular; diminuição do tamanho e da sensibilidade dos trigger-points; aumento da mobilidade e força muscular).

Quanto à laserterapia, trata-se de uma modalidade de tratamento que se tornou bastante conhecida em virtude de se estar mostrando bastante efetiva no tratamento de DTMs. Além de reduzir custos também diminui a demanda por tratamentos mais agressivos, como cirurgias ou uso de medicamentos. Em geral, os pacientes mostram-se muito receptivos e rapidamente observam melhoras, inclusive de efeitos psicológicos positivos, principalmente em pacientes crônicos.

Devido à natureza dos sinais e sintomas das Disfunções temporomandibulares os tratamentos simples e conservadores têm sido preferidos aos invasivos (Franco 2011), nesse contexto a fisioterapia pode ser um recurso

eficaz nos casos de DTM (Michelotti 2005) especialmente naqueles em que a dor persiste.

Este tratamento tem mostrado excelentes respostas terapêuticas uma vez que, a fisioterapia é considerada um procedimento simples, reversível e não invasivo, de baixo custo, que favorece a comunicação e a confiança paciente-profissional. (Michelotti 2005)

Considerações Finais

Cabe aos profissionais envolvidos investigar como o indivíduo lida com sua dor e identificar se ele assume postura passiva ou ativa em relação ao tratamento recomendado (LAPLATINE, 1991) para possibilitar o aconselhamento relativo a melhora de vida e a conscientização do paciente em relação ao seu problema (VONKORE, 1991). A equipe deverá trabalhar na elucidação e condução para a comprovação das diversas etiologias e ao mesmo tempo sistematizar a implementação do tratamento transdisciplinar entre profissionais dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos (SERAIDARIAN, 2002) e arte educador.

importante para tratamento de pacientes com dor e disfunção é lembrar que o problema pode ser crônico e que a medicação pode produzir um problema de dependência a longo prazo. Okeson 2000 afirma que o papel da toxicologia na DTM é coadjuvante. Sendo seu uso mais eficiente como parte de um programa mais amplo, que envolva outras opções terapêuticas conservadoras.



Simpósio Anual de DTM – Odontologia da UFPE.

Com base nas interrogações dos pacientes de DTM da Clínica Odontológica da UFPE, tomou-se a decisão de realizar um Simpósio direcionado a aproximadamente 300 pacientes oriundos da Clínica de DTM, onde os profissionais envolvidos explanaram sobre suas atividades dentro do Projeto de Extensão de tratamento interdisciplinar a pacientes com DTM, desde o diagnóstico até o tratamento, interagindo com a platéia formada de pacientes e alunos dessa instituição de ensino inseridos no projeto.

Quando ao uso de terapêutica medicamentosa, Petterson Et al 2000, salientam que um princípio

Referências

BRUGNERA, JA. Atlas de laserterapia Aplicada à Clínica Odontológica. São Paulo, 2003.

RODRIGUES, D.; Siriani. A.O.; Bérzin, F. Effect of conventional TEENS on pain and eletromyographic activity of mastigatory muscles in TMD patients. Dissertação Mestrado; 2004.

DAWSON, P.E. Uma nova definição para o relacionamento oclusal para condições variantes da articulação temporomandibular, **Jornal Multidisciplinar da dor Craniofacial**. 2003.

SINAMOTO Jr, P.C.; FERNANDES, N.A.J.; NEVES, F. D.; BELLOMO Jr., D. C.; MOTA, A. S. Disfunção temporomandibular (DTM): Diagnostico e tratamento- Relato de caso associado a trismo. **JBA**, 2003.

MARCIEL, R.N. Atm e dores crânio faciais: Fisiopatologia básica. Editora Santos, 1º Ed. 2003

OkESON, J.P. Dores Bucofaciais de Bell: Tratamento Clínico da dor bucofacial. Quintessence Editora Ltda. 2006

VENANCIO, R.A.; CAMPARIS, C.M.; LIZARELLI R.F.Z. Laser no tratamento de desordens temporomandibulares. **JBA**, 2002

VENANCIO, R.A.; CAMPARIS, C.M.; LIZARELLI, R.F.Z. laser no Tratamento de desordens temporomandibulares. **JBA**, 2002.

ARELLANO, J.C.V. metodologia no diagnóstico da disfunção da articulação temporomandibular. **JBA**, 2002.

OKESON, J. P. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

DAO, T.T.; LAVIGNE, G.J. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism?, **Crit Rev Oral Biol Med**. 1998.

MOYERS, R.E. Temporomandibular muscle contraction patterns in Angle Class II, division malocclusions; an electromyographic analysis. **Am J Orthod** 1949.

PINHO, J.C.; CALDAS, F.M.; MORA, M.J.; SANTANA-PENIN, U. Eletromyographic activity in patients with temporomandibular disorders, **J Oral Rehabil**. 2000.

KOBAYASHI, Y. Managemente of bruxism, **J Oropac Pain**. V.10, p.173. 1996.

CECERE, F.; RUF, S.; PANCHERZ, H. Is quantitative electromyography reliable? **J. Orofac Pain**, Carol Stream. 1996.

CESTARI, K.; CAMPARIS, C.M. Fatores psicológicos: sua importância no diagnostico das Desordens temporomandibulares. **J Bras Oclusão ATM Dor Orofac**, 2002.

LODUCAA.; SAMUELIANC. Avaliação Psicológica do doente com dor. **Jornal Multidisciplinar da dor Cranio-facial**. 2003.

LAVIGNE, G.J. Bruxism physiology and pathology: an overview for Clinicians. **Journal of oral Rehabilitation**. 2008.

ROSA, R.S.; CURY A.A.B; GARCIA, R.C.M.R. Terapias alternativas para desordens temporomandibulares. **Rev Odonto Ciência**. 2002.

BROSSEAU, L.; MILNE, S.; ROBINSON V. Efficacy of the transcutaneous electrical nerve stimulation for the treatment of chronic low back pain: a meta-analysis. **JohnWiley & Sons**. 2002

CHEN, S.C. Effects of surface electrical stimulation on the muscle-tendon junction of spastic gastrocnemius in stroke patients. **Disability and Rehabilitation** 2005.

BUZINELLI, R.V.; BARBOSA, J.R.A.; BÉRZIN, F. Estimulação neural trascriptânea e estimulação eletromiográfica como terapias de suporte para desordens craniomandibulares: uma avaliação eletromiográfica. **V.E.R. Gaucha Odontol**. 1997.

BIASOTTO-GONZALEZ A. D. Abordagem Interdisciplinar das Disfunções Temporomandibulares. **Manole**, 2005.

RODRIGUES-BIGATON, D.; ALMEIDA, A.F.N.; BERNI, K.C.S.; PEDRONI, C.R.; GONÇALVES, R.N. Utilização de diferentes estimulações elétricas

para o tratamento da dor em mulheres com disfunção temporomandibular. **V.E.R. Bras. Fisioter.** 2008.

ALVAREZ-ARENAL A.; JUNQUERA L.M.; FERNANDEZ J.P.; GONZALES I.; OLAY S. Effect of occlusal splint and transcutaneous electric nerve stimulation on the signs and symptoms of temporomandibular disorders in patients with bruxism. **J Oral Rehabil.** 2002.

MELLO, J.B.; MELLO, G.P.S. Laser em Odontologia. São Paulo: Santos, 2001.

CATONE, A. laser application in oral and maxillofacial surgery. **Philadelphia Sanders**, 1997.

SINAMOTO JR, P.C.; FERNANDES NETO, A.J.; NEVES, F.D.; BELLOMO JR, D.C.; MOTA, A.S. Disfunção temporomandibular (DTM): Diagnostico e tratamento- relato de caso associado à trismo. **JBA** 2003.

PIOZZI R., LOPEZ F.C. Desordens temporomandibulares-aspectos clínicos e guia para a odontologia e fisioterapia. **JBA.** 2002.

FRANCO, A. L.; ZAMPERINI, A.C.; SALATA, D. C.; SILVA, E.C.; JÚNIOR, A.W.; CAMPARIS, M.C. Fisioterapia no tratamento da dor orofacial de pacientes com disfunção temporomandibular crônica. **Rev Cubana Estomatol.** 2011

MICHELOTTI, A.; DE WIJER, A.; STEENKS, M.; FARELLA, M. Home-exercise regimes for the management of non-especific temporomandibular disorders. **J Oral Rehabil.** 2005.

LAPLATINE, F. Antropologia da Doença. São Paulo: Martins fontes; 1991.

VONKORF, M. chronic pain and use of ambulatory health care. **Psychson Méd.** 1991.

SERAIDARIAN, P.I. Mecanismos neurológicos envolvidos na gênese do bruxismo. **JBO.** 2002

PETTERSON, L.J.; ELLIS, E.; HUPP, J.R.; TUCKER M.R. Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea. **Quanabara Koogan**, 2000.

PROEXT-UFPE-PIBEX- INTERIORIZAÇÃO IMPLANTAÇÃO DE POUSADA-ESCOLA EM FERNANDO DE NORONHA / PE

Elidomar da Silva Alcoforado
Coordenador do Projeto, Docente do Curso de Hotelaria e Turismo
Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA)
Departamento de Hotelaria e Turismo (DHT)
elidomar.alcoforado@gmail.com

Lidia Maria Leal da Silva
Discente do curso de Hotelaria
lidiamleals@gmail.com

Resumo

A partir de uma pesquisa que fez o levantamento com atores do trade turístico de Fernando de Noronha foi identificada a pouca capacitação dos proprietários e colaboradores das hospedarias domiciliares, bem como dos gerentes e funcionários de pequenas empresas do ramo hoteleiro. De outra parte os alunos do curso de hotelaria e turismo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) tem a necessidade de exercerem as atividades práticas em uma experiência real para a integralização do curso.

Assim, o Projeto Pousada-Escola visa articular a demanda social de qualificação dos agentes do trade turístico à necessidade de criação de espaços de aprendizagem prática para os estudantes da UFPE. Concebido em parceria com a Associação das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha e a Administração de Fernando de Noronha, este projeto de extensão visa à constituição de um curso de extensão monitorado por estagiários do curso de hotelaria e turismo.

Palavras-Chave: Projeto Pousada-Escola - Fernando de Noronha - curso de extensão.

Resumen

A partir de una búsqueda que se llevó a la encuesta con las partes interesadas del sector turístico de Fernando de Noronha fue identificado un corto entrenamiento de los propietarios y desarrolladores de albergues residenciales, así como los gerentes y empleados de las pequeñas empresas en el negocio hotelero. Por otra parte los estudiantes de hostelería y turismo de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE) tienen la necesidad de llevar a cabo las actividades prácticas en una verdadera experiencia para el pago de curso.

Por lo tanto, el proyecto tiene como objetivo articular Escuela Pousada-demanda de habilidades sociales de los agentes en la industria del turismo a la necesidad de crear espacios de aprendizaje para que los estudiantes practiquen. Diseñado en colaboración con la Asociación de Albergues de Hogares Fernando de Noronha y la administración de Fernando de Noronha, este proyecto de ampliación tiene como objetivo establecer un curso de extensión para los alumnos de el curso de la hospitalidad y el turismo

Palabras clave: Escuela Pousada - Fernando de Noronha - Curso de extensión.

Introdução

Dentro do atual cenário competitivo e em um ambiente turbulento e de mudanças em que se inserem as organizações no mercado moderno, o turismo surge como uma das atividades de maior relevância, seja devido ao aspecto econômico e às mudanças sociais possibilitadas por tal atividade, ou ainda, ao caráter político-cultural da comunidade afetados. De fato, segundo alguns estudos, o turismo permite uma alteração de toda relação sócio-econômica na comunidade em que se insere, e de toda uma cadeia mercadológica, devido à essência multifacetada da atividade turística, eminentemente quando se trata de uma atividade deliberada, planejada e com um alicerce de sustentabilidade (BARRETO, 1995; BENI, 2001).

Neste contexto, o projeto de implantação de pousada-escola em Fernando de Noronha visa ir ao encontro dos princípios norteadores do turismo sustentável e dos estudos que o mesmo possibilita, seja nos conceitos de aprendizagem organizacional, empreendedorismo social, e de gestão hoteleira

da atividade, tendo como objeto de estudo, objeto de ação extensionista e objeto de atividade de ensino acadêmica, as Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha.

O arquipélago de Fernando de Noronha é composto por 21 ilhas, ilhotas e rochedos que ocupam uma área de 26km². Situa-se entre as coordenadas 3° 45' e 3° 56' de Latitude Sul e 32° 20' e 32° 30' de Longitude Oeste, distando 345 km do Cabo de São Roque no Rio Grande do Norte e 545 km da cidade do Recife em Pernambuco. A única ilha habitada é a ilha de Fernando de Noronha, que tem uma área de 17km². Após ter uma administração histórica vinculada ao Governo Federal, o arquipélago passa, como preceitua a Constituição Federal de 1988, a ser anexado ao Estado de Pernambuco e em 14 de setembro do mesmo ano, através do decreto presidencial número 96.693, é criado o Parque Nacional Marinho de Fernando de Noronha - PARNAMAR, abrangendo uma área correspondente a 70% da área total do arquipélago e administrado pelo IBAMA. A área restante, declarada Área de Proteção Ambiental – APA pelo Decreto Estadual número 13.555 em 7 de abril de 1989, passa a ser administrada por um Administrador Geral nomeado pelo Governo do Estado de Pernambuco. A estrutura administrativa fica, então, ainda mais fragmentada, permanecendo as áreas do aeroporto, da vila do DPV e Morro do Francês, controladas pelo Ministério da Aeronáutica.

O turismo se apresenta como a principal atividade econômica de Fernando de Noronha, e o caráter ambiental e de sustentabilidade é uma das preocupações da administração da ilha. Além disso, tornar a atividade baseada nos princípios da responsabilidade social é outro fator de relevância para a atividade.

Neste sentido, a Lei Orgânica do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – LODEFN, determina:

“O Distrito Estadual de Fernando de Noronha rege-se pelo princípio do desenvolvimento sustentável, entendido como aquele que atende às necessidades básicas do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem suas próprias necessidades.” (LODEFN, 1995)

Inseridas nesta contingência se apresentam as hospedarias domiciliares de Fernando de Noronha, representadas pela Associação das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha, formada por

105 associados. Uma das diretrizes desta entidade é tornar a atividade menos amadorística, a partir da capacitação dos associados, visto que a atividade só pode ser de propriedade de nativos da ilha.

As bases conceituais teóricas que nortearão o trabalho serão o turismo social, o empreendedorismo social, a aprendizagem organizacional e a administração hoteleira, visto que tais assuntos vêm a alicerçar o que se deseja investigar, e que serão pormenorizados no referencial teórico adiante.

Esta ação extensionista visa atender à tríade ensino-pesquisa-extensão, visto que as atividades propostas se inserem nas três linhas de ação.

Objetivos

A ação extensionista associada às atividades de ensino e pesquisa provenientes deste trabalho intentam satisfazer aos seguintes objetivos:

- Promover a capacitação dos proprietários das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha e atores do *trade* turístico do Arquipélago;
- Possibilitar a atividade prática para alunos das disciplinas de Planejamento e Manutenção de Hotéis, Teoria e Prática Operacional de Hotel I (Curso de Hotelaria) e Teoria e Prática Operacional de Hotel II (Curso de Hotelaria), Informática Aplicada à Hotelaria, além das disciplinas de Elaboração e Avaliação de Projetos Turísticos (Curso de Turismo) e Administração Hoteleira (Curso de Turismo, Curso de Administração e Curso de Secretariado) e Empreendedorismo.
- Avaliar o impacto sócio-ambiental da atividade turística em Fernando de Noronha, tendo como público-alvo os proprietários das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha;
- Investigar como se dá o fenômeno da atividade empreendedora pelos proprietários das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha, e indicar bases para a criação e gestão do negócio.

Marco Teórico

Os meios de hospedagens (MH) com maior presença em Fernando de Noronha são as hospedarias domiciliares. Este MH baseia-se no fato

de que a hospedagem é oferecida por morador nativo da ilha, acolhendo o hóspede turista em sua própria residência, em quartos alocados para tal. Foram regulamentadas em 1990 pela Administração de Fernando de Noronha. Esta atividade tornou-se uma das poucas alternativas econômicas da população local e, com o crescimento da demanda turística, várias pequenas hospedarias foram aparecendo.

As hospedarias domiciliares só podem ser gerenciadas por nativos da ilha, e são classificadas em um, dois ou três golfinhos, de acordo com a estrutura e serviços oferecidos.

Turismo e Empreendedorismo Social

As atividades das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha exercem um impacto sócio-econômico de grande relevância em relação ao turismo sustentável da ilha, apontando para características do turismo social e do empreendedorismo social.

O turismo social pode ser entendido como aquele fomentado com o objetivo de facilitar o turismo interno das classes menos favorecidas economicamente (BENI, 2001). O autor defende ainda que a denominação mais adequada seria turismo socializado, a fim de que não seja confundido com o turismo de massa. Especificando também que este tipo de turismo é representado por 3 segmentos: jovens, idosos, deficientes e inválidos e trabalhadores que recebem até 5 salários mínimos. Para a implantação de projetos de turismo socializado, serão necessários equipamentos e instalações especiais de baixo custo unitário, planejados em economia de escala com base na alta ocupação dos serviços durante o maior tempo possível; e programas de redução de tarifas de transporte, a serem subsidiadas pelo Estado, para facilitar o deslocamento às áreas receptoras especialmente escolhidas para este segmento social Beni (2001, p. 421).

Descobre-se que o desenvolvimento do turismo social acontece de formas diferenciadas conforme a sociedade envolvida. Para podermos analisar este desenvolvimento faz-se necessário um aprofundamento dentro das diferentes realidades onde o mesmo pode se desenvolver. Os problemas encontrados para o funcionamento harmonioso do turismo social são cada vez maiores, e as soluções cada vez mais difíceis em se descobrir, em se pôr em prática. Neste aspecto, o que está acontecendo no turismo social é digno de interesse.

Além disso, a atividade exercida pelas Hospedarias Domiciliares vão ao encontro

do conceito de empreendedorismo social. O empreendedor social é um agente da criatividade comunitária. O processo de empreendedorismo social exige, eminentemente, o redesenho de relações entre comunidade, governo e setor privado, que se alicerça no modelo de parcerias (MELO NETO; FROES, 2001). É compreendido aqui como aquele que, mediante sua criatividade, toma para si a tarefa de solucionar problemas e buscar benefícios para a sua comunidade. Nesse sentido, a maioria das definições estrangeiras e brasileiras estabelece um 'empreendedor social' como agente criativo. Essa tarefa é percebida na Associação das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha.

Aprendizagem Organizacional

A definição de aprendizagem que orienta esta ação baseia-se nos pressupostos construtivistas que alicerçam a teoria transformadora de adultos. A ideia é a de que os adultos constroem significados a partir das experiências vivenciadas e que as ações humanas em relação às coisas baseiam-se nos significados que as coisas possuem para as pessoas. Apoiado em Piaget, Mezirow (1990, p. 1) afirma que aprendizagem é "o processo de criação de uma interpretação nova ou revisada do significado de uma experiência, a qual orienta a compreensão, apreciação e ação subsequentes".

O autor entende que o processo de aprendizagem envolve a associação de uma nova experiência com um quadro de referência, a interpretação pessoal e a posterior ação do indivíduo. As pessoas revisam suas interpretações para guiarem a ação futura. Nesse contexto, ação refere-se à implementação criativa de um propósito e pode envolver tomada de uma decisão, criação de uma associação, revisão de um ponto de vista, reestruturação ou solução de um problema, modificação de uma atitude ou produção de uma mudança de comportamento (MEZIROW, 1991, p. 12).

Com base nos trabalhos de Habermas, Mezirow (1981, p. 3-6) estabelece três domínios de aprendizagem: o instrumental, o da comunicação e o da emancipação. Esses domínios são sugeridos por três interesses cognitivos básicos, o técnico, o prático e o da emancipação, os quais são fundamentados em três aspectos da existência social: o trabalho, a interação e o poder. Acredita esse autor que cada domínio está relacionado com diferentes estratégias e necessidades de aprendizagem.

O primeiro domínio de aprendizagem é o

instrumental. Ele está relacionado com o interesse cognitivo do trabalho, enfatizando as maneiras pelas quais uma pessoa pode controlar e manipular o seu ambiente, o qual inclui outras pessoas. Esse domínio segue a lógica hipotético-dedutiva e busca o estabelecimento de relações de causa e efeito. A ação instrumental toma como base o conhecimento empírico e é comandada por regras técnicas (MEZIROW, 1981, p. 4; 1991, p. 72-75).

Comumente, a aprendizagem acontece quando as pessoas conseguem realizar melhor suas próprias atividades de trabalho, sendo, esse, o foco da aprendizagem técnica. O indivíduo segue a lógica de identificar um problema, formular um curso alternativo de ação (hipótese), experimentá-lo e avaliar os resultados obtidos. Esse aprendizado é normalmente prescritivo (MARSICK, 1988, p. 191).

Conforme Mezirow (1991, p. 75), o segundo domínio é o da comunicação, que está relacionado com o interesse cognitivo da prática. Esse domínio envolve a interação e a ação da comunicação. Por intermédio desta, o indivíduo procura compreender o que os outros querem dizer e se fazer entendido quando troca idéias. “A maior parte do aprendizado significativo na fase adulta acontece nesta categoria porque ela envolve a compreensão, a descrição e a explicação de intenções; valores; ideais; questões morais; conceitos sociais, políticos, filosóficos, psicológicos ou educacionais; sentimentos e razões. Todas essas coisas são decisivamente moldadas por códigos culturais e lingüísticos, normas sociais e expectativas” (Ibid.p. 75).

A solução de problemas nesta área envolve o teste de validação de afirmações por intermédio do consenso, o qual é um processo contínuo e um julgamento provisório, estando aberto a novas evidências e argumentos. As pessoas argumentam por meio de metáforas e não de hipótese (ibid., p. 80). Com essa lógica, elas compreendem o desconhecido quando o comparam a determinados aspectos de suas experiências passadas.

O terceiro domínio é o da emancipação, que está ligado ao interesse do autoconhecimento, ou seja, ao conhecimento da autoreflexão, que abrange a forma de como o indivíduo concebe sua própria história, seus papéis e suas expectativas sociais. As pessoas se emancipam das forças de libido, institucionais e ambientais que limitam suas opções e o controle sobre suas próprias vidas.

O interesse pela emancipação é o que nos impele, mediante a reflexão, a identificar e desafiar

perspectivas de significado distorcidas [...] O conhecimento da emancipação é o conhecimento ganho por meio da autoreflexão crítica, sendo distinto do conhecimento ganho de nosso interesse ‘técnico’ no mundo objetivo ou nosso interesse ‘prático’ nas relações sociais [...] A aprendizagem da emancipação frequentemente é transformadora. Na aprendizagem da emancipação, o aprendiz é apresentado a uma maneira alternativa de interpretação de sentimentos e padrões de ação; o antigo esquema ou perspectiva de significados é negado e é substituído ou reorganizado para incorporar novos insights (Ibid., p. 87-88).

Assim, o indivíduo que aprende a compreender sua situação histórica e biográfica de forma mais abrangente passa a ser mais autônomo e responsável em suas decisões. Ele desenvolve a capacidade de definir problemas e o curso de ação mais apropriado para determinadas circunstâncias. A aprendizagem da emancipação pode estar relacionada com a instrumental e a da comunicação, possuindo maior envolvimento com esta (Ibid., p. 98).

De acordo com Mezirow (Ibid., p. 89), é importante se considerar que a dimensão instrumental e a de comunicação estão presentes na maioria das situações de aprendizagem. Na maioria das vezes, a aprendizagem de adultos é multidimensional e engloba o controle do ambiente (ação instrumental), o entendimento dos significados que são gerados na comunicação com outras pessoas (ação comunicativa) e o entendimento de nós mesmos (ação emancipatória). Seguindo esse raciocínio, a aprendizagem de adultos não pode ser compreendida caso ela seja exclusivamente definida em termos de mudança de comportamento.

Com base nesta argumentação, pode-se visualizar que, no dia-a-dia, a aprendizagem das pessoas é bastante abrangente. Isto é, as pessoas assimilam conteúdos relacionados com a manipulação e o controle do ambiente onde atuam (domínio instrumental) e com a comunicação com os outros (domínio da comunicação). Além disso, compreendendo sua situação histórica, elas podem passar a conhecer melhor elas mesmas (domínio da emancipação). Esse referencial contribui para o entendimento do conteúdo que se pudesse identificar os diferentes conteúdos da aprendizagem dos informantes.

Administração de Hospitalidade

A administração de Hospitalidade propõe

uma abordagem teórica que delineará o tratamento operacional a ser trabalhado com o público-alvo estabelecido neste projeto, ou seja, os agentes envolvidos com as Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha.

A hospedagem deve discutir os temas do atendimento ao cliente na recepção, no setor de reservas, na portaria social, setores estes considerados de front office, e, no setor de governança (limpeza, lavanderia, rouparia e setor de quartos), de acordo com Ismail (2004).

O debate dos alimentos e bebidas deve explorar a gestão da cozinha, do preparo de alimentos, aspectos nutricionais e de segurança alimentar, a gestão de restaurantes, entre outros (CASTELLI, 1999).

A questão dos serviços deve abordar a qualidade do serviço e a organização e controle destas atividades (CASTELLI, 1999).

Metodologia

A metodologia da atividade será calcada no âmbito da tríade ensino-pesquisa-extensão, sendo:

- **Ensino:** realização de atividade prática nas disciplinas envolvidas no projeto, no período de janeiro a março e junho a julho, perfazendo um total de 80h/a em cada atividade; Os alunos realizarão a atividade práticas nas Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha, com o intuito de acompanhar e desenvolver as atividades práticas relativas à operacionalidade hoteleira, voltada para pousadas;
- **Pesquisa:** Será realizada pelos professores participantes, bolsistas e monitores, tipo qualitativa e em profundidade, envolvendo a comunidade atingida pelo projeto, direta e indiretamente. Será utilizada a observação direta, análise documental e a Análise de Conteúdo das entrevistas e depoimentos coletados;
- **Extensão:** Após um diagnóstico das principais deficiências que afetam a atuação dos proprietários das Hospedarias Domiciliares de Fernando de Noronha, a partir do mês de março será proporcionado um curso de capacitação envolvendo os seguintes módulos: aprendizagem e empreendedorismo (20h), Administração

hoteleira (20h), Alimentos e Bebidas(20h) e Operacionalidade em Hospedagem (20h), sendo oferecidos no período de março a maio de 2012.

Metodologia de aplicação dos cursos

A presente ação de extensão irá atuar em dois momentos. O primeiro da realização de cursos teóricos de 80h sobre hotelaria para os agentes do trade de FN por professores dos cursos de Hotelaria e turismo da UFPE. O segundo momento será o acompanhamento da implantação das orientações e técnicas trabalhadas por alunos estagiários dos cursos de hotelaria e turismo.

O curso de capacitação de 80h será dividido em 4 módulos de 20h. Cada módulo irá focar um dos aspectos específicos do atendimento em Hospedarias Domiciliares segundo os referenciais do turismo social e da administração da hospitalidade.

Módulo 1: A família e o cliente

(como receber, foco no cliente, qualidade de atendimento)

Módulo 2: A família e o negócio

(uma visão empreendedora da hospedaria domiciliar)

Módulo 3: A família e o serviço

(Operacionalidade para hospedaria domiciliar: recepção, reservas e governança...)

Módulo 4: A família e o café

(higiene e preparo dos alimentos, uma abordagem criativa)

Para cada um destes módulos serão criados materiais didáticos apropriados ao público alvo da ação.

Como contrapartida ao curso, as famílias e pousadas participantes se comprometem a receber um estagiário que irá colaborar com a implantação das orientações trabalhadas no curso de formação. (tempo do estágio de gestão do negócio: 60h)

Para ingressar no projeto cada estagiário receberá uma orientação sobre os conteúdos e orientações focados na formação para os agentes da comunidade (4h). Considerando que estes são conhecimentos que o estagiário já desenvolveu em disciplinas do curso de graduação.

Cada estagiário participante irá permanecer 60h, divididas em duas semanas, acompanhando a família ou a pousada na implantação das orientações trabalhadas no curso.

Ao final do estágio o aluno deverá apresentar um

relatório de estágio identificando as características do negócio e dos serviços prestados.

Resultados a Serem Obtidos

Espera-se obter os seguintes resultados, provenientes da ação contemplada neste projeto:

- Capacitação do público-alvo atingido;
- Pesquisas realizadas sob o arcabouço teórico pertinente, gerando monografias e trabalhos de conclusão de curso;
- Artigos científicos a serem publicados;
- Melhoria do desempenho acadêmico dos alunos, a partir da vivência prática nas hospedarias domiciliares de Fernando de Noronha, nas disciplinas envolvidas.

Considerações Finais

Atualmente o projeto encontra-se em andamento com previsão de conclusão em abril de 2013, na Ilha de Fernando de Noronha. A divulgação do projeto já foi feita através de uma visita a Ilha pelo professor coordenador do projeto, junto com o Pró-reitor de extensão da UFPE; nesta ocasião ocorreu uma reunião com a diretoria da AHDFN e entrevista com a TV Golfinho. As pousadas participantes já se inscreveram através de e-mails e todos se encontram entusiasmados para a efetiva conclusão do projeto. Os proprietários, gerentes ou funcionários das hospedarias domiciliares receberão aulas teóricas no Palácio São Miguel-Administração de Fernando de Noronha (Sala para treinamento) e as aulas práticas acontecerão no seu próprio local de trabalho, como se trata-se de uma espécie de consultoria, onde os alunos irão poder orientá-los a por em prática os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso.

Referências

BENI, M. C. Análise estrutural do turismo. São Paulo: Senac, 2001. -

BARRETO, M. Manual de iniciação ao estudo do turismo. São Paulo: Papyrus, 1995.

CASTELLI, Geraldo. Administração hoteleira. Caxias do Sul: EDUCS, 1999.

ISMAIL, Ahmed. Hospedagem: Front Office e governança. São Paulo: Thompson Learning, 2004.

LODEFN - Lei Orgânica do Distrito Estadual de Fernando de Noronha, 1995.

MELO NETO, Francisco Paulo de e FROES, César. Gestão da responsabilidade social corporativa: o caso brasileiro – da filantropia tradicional à filantropia de alto rendimento e ao empreendedorismo social. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

MEZIROW, J. A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, v. 32, n. 1, p. 3-24, Fall, 1981.

MARSICK, V. Learning in the workplace: the case for reflectivity and critical reflectivity. *Adult Education Quarterly*, v. 38, n. 4, p. 187-198, Summer, 1988.

CURSO DE EXTENSÃO SAÚDE VOCAL E ATIVIDADE DOCENTE - A IMPORTÂNCIA DE UMA PRÁTICA BEM ORIENTADA - RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Maria Lucivânia Souza dos Santos

(Discente do Curso de Licenciatura em Matemática da UFPE/
CAA - lucivania-ml@hotmail.com)

Valdemir Manoel da Silva Júnior

(Discente do Curso de Licenciatura em Física da UFPE/CAA –
valdemirjr01@gmail.com)

Ana Lúcia Leal

(Profª Adjunta da UFPE/CAA/NFD – analealchaves@yahoo.com.br

Endereço: Rodovia BR 104, KM 59, Nova Caruaru, Caruaru-PE,
Cep. 55014900, Fone: 21267772)

Resumo

A voz é considerada um poderoso instrumento de comunicação e interação. Existem pessoas que a utilizam como requisito fundamental para exercer sua profissão, tais como os professores. Os professores, que são profissionais da voz, além de estarem sujeitos aos mesmos problemas vocais que a população em geral, estão mais expostos às alterações provocadas ou desencadeadas a partir de seu uso no trabalho. O presente Curso de Extensão teve como objetivo orientar professores e licenciandos da UFPE/CAA a respeito do bom uso da voz, com vistas a prevenir possíveis alterações no aparelho fonador e na saúde em geral e intervir precocemente. Ele foi organizado em cinco módulos de 4h/a cada, compondo um total de 20h/a, com aulas expositivas associadas à apresentação de vídeos e casos clínicos. Ao término do Curso, os participantes referiram ser beneficiados com o conhecimento transmitido, pois realizaram mudanças efetivas de hábitos, além de terem procurado ajuda especializada.

Palavras-chaves: Voz, Professor, Disfonia Ocupacional.

Abstract

The voice is considered a powerful instrument of communication and interaction. There are people who use it as a fundamental requirement for exercising their profession, such as teachers. The teachers, who are professionals in voice, in addition to being subject to the same vocal problems that the general population, are more exposed to changes caused or triggered from your use at work. This extension course aimed to guide teachers and licenciandos of UFPE/CAA regarding the proper use of the voice, with a view to prevent possible changes on fonador and on health in general and to intervene early. It was organized into five modules of 4:0/each, making a total of 20 hours, with lectures related to presentation of clinical cases and videos. At the end of the course, participants reported being benefit from the knowledge imparted, since effective changes in habits were held, and sought expert help.

Keywords: voice, teacher, occupation disfony.

Introdução e Objetivos

Inúmeros estudos (DRAGONE et al, 2010; SIMBERG et al, 2005; ZAMBON, BEHLAU, ROY; 2006; ROY et al; 2004) apontam que, não raro, há desconhecimento de professores e licenciandos a respeito do bom uso da voz, comumente comprometendo a sua saúde vocal e geral. Este desconhecimento pode interferir em seu desempenho profissional, e, com isto, trazer prejuízos para o processo de ensino-aprendizagem.

Para Viola (1998), os professores, em comparação com atores de teatro, cantores, radialistas são os que menos se preocupam em prevenir alteração vocal. Eles se preocupam mais com o aspecto curativo, alegando falta de disponibilidade para mudar a rotina de trabalho a fim de adotar medidas preventivas.

O presente trabalho se refere a um Curso de Extensão (Atualização), realizado na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no Centro Acadêmico do Agreste (CAA). O seu objetivo foi orientar professores e licenciandos a respeito do bom uso da voz, com vistas a prevenir possíveis

alterações no aparelho fonador e na saúde em geral, podendo, inclusive, intervir precocemente nas queixas apresentadas.

Marco Teórico

Antes de serem tecidos alguns comentários relativos à voz do professor, faz-se necessário abordar algumas questões referentes à voz.

A voz é produzida com a participação de uma série de estruturas que compõem o chamado trato vocal, que começa na laringe e termina na cavidade da boca (ou na cavidade do nariz). Posicionada na região média do pescoço, no topo do tubo da traqueia, a laringe tem a função vital de manter livre a respiração e proteger os pulmões. Ela é sustentada por um entrelaçado muscular, também responsável pelos movimentos do pescoço e cabeça e, portanto, tensões nessa região afetam a sua funcionalidade (BEHLAU, 2005).

Behlau (2005) menciona que o som de nossa voz é produzido pela passagem do ar (que sai dos pulmões) através das pregas vocais. Para produzir a voz, as pregas vocais aproximam-se uma da outra, encontrando-se na região central da glote. Essa aproximação impede a passagem do fluxo aéreo. O ar contido forçará a abertura das pregas vocais, formando um fluxo aéreo que as faz vibrar.

O som produzido na laringe será moldado no trato vocal ou nas cavidades de ressonância: a faringe, as cavidades oral e nasal e os seios da face. Tais estruturas funcionam como um alto falante e são fundamentais para a produção da voz. Ao percorrer esse caminho, o som passa por um conjunto de modificações e combinações, as quais irão caracterizar a qualidade vocal do indivíduo.

Quando se ouve alguém falar, podem-se perceber características únicas, manifestações vocais próprias, a sua qualidade vocal. Como já foi dito, a qualidade vocal está diretamente relacionada às características anatômicas, mas varia de acordo com a mensagem a ser transmitida e com o ambiente em que se encontra. Nas mais variadas situações, a voz torna-se um componente da linguagem oral, sendo um dos principais vínculos do relacionamento humano (OLIVEIRA et. al; 2005).

Entende-se por disfonia um distúrbio de comunicação, no qual a voz não cumpre o papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional de um indivíduo. Ou seja, as disfonias são quaisquer dificuldades na emissão da voz com relação às suas características naturais. Dizer que

existe um quadro de disfonia, significa dizer que a voz está desviada, de alguma maneira, de seu padrão normal.

As disfonias chamadas de Funcionais são as que decorrem do uso da própria voz, isto é, da função fonatória da laringe. Dentre as possíveis causas das disfonias funcionais, destaca-se o uso incorreto da voz. O uso incorreto da voz é geralmente favorecido pela falta de conhecimento sobre a produção vocal, pela ausência de noções básicas sobre a voz e as possibilidades do aparelho fonador, o que pode levar o indivíduo a selecionar ajustes motores impróprios a uma produção adequada.

O mau uso e abuso vocal poderão provocar efeitos nocivos sobre a fisiologia laríngea, contribuindo para as mudanças em seu tecido que resultarão em alterações vocais. As alterações poderão prejudicar o desempenho dos profissionais da voz, dentre eles os professores, que pela demanda vocal exagerada, poderão chegar até mesmo a serem licenciados de sua atividade docente.

Neste sentido, dentre tantos profissionais que utilizam a voz como instrumento de trabalho, o professor é o que tem apresentado uma maior incidência de problemas vocais. As condições de uso vocal nessa profissão são em grande parte inadequadas, com esforço vocal excessivo, falar durante um longo período de tempo, usar intensidade elevada e competição vocal devido ao ruído ambiental, dentre tantos outros abusos.

Assim, na maioria das vezes, o professor possui uma grande jornada de trabalho, acarretando o uso da voz por muitas horas seguidas. O número excessivo de alunos em sala de aula é outra situação que pode levar a um desgaste vocal, já que muitas vezes é necessário elevar a intensidade da voz para ser ouvido por todos. A falta de disciplina dos alunos, as condições físicas de trabalho inadequadas, tais como: sala de aula mal projetada e ruído externo, também representam situações adversas ao bom uso da voz. Para Ferreira e Costa (2000) e Grilo e Penteado (2005), os transtornos da voz limitam o professor na habilidade de transmitir sua mensagem aos alunos, podendo chegar a comprometer o ensino.

O professor enfrenta em sala de aula situação de grande demanda vocal, geralmente sem ter sido preparado para isto em seu curso de formação. As alterações na qualidade vocal ocorrem, na maioria das vezes, de maneira lenta e gradual. O indivíduo pode não perceber as modificações ocorridas em sua voz devido à perda de referência do padrão vocal saudável que possuía anteriormente. Infelizmente os

professores saem dos seus cursos bem orientados a respeito de como educar, porém despreparados com relação à saúde vocal, podendo apresentar, a curto prazo, inúmeros problemas quando se deparam com a falta de técnica para o uso correto da voz (SCALCO; PIMENTEL, 1996).

A sociedade de consumo de bens e de serviços, as inovações tecnológicas e as transformações organizacionais no trabalho fazem emergir novos conceitos de produção que resultam em novas relações entre empregados e empregadores, e requerem outras formas de interpretar o processo saúde-doença. Entretanto, nota-se que há poucas ações dirigidas à saúde e à vida do professor, que sofre e adocece sem que necessidades sanitárias específicas sejam adequadamente compreendidas e trabalhadas (GONÇALVES; PENTEADO; SILVERIO, 2005). Para Grilo e Penteado (2005), a ação fonoaudiológica para a promoção de saúde vocal deve iniciar-se já na formação do professor e se estender ao longo de sua carreira, integrando as propostas de formação continuada e de promoção da saúde desse trabalhador.

O Curso de Extensão ora finalizado, buscou, dentre outras coisas, esclarecer aos professores e licenciandos sobre os prejuízos diretos ou indiretos que o uso indevido da voz poderia acarretar ao pleno exercício profissional, podendo, inclusive, ocasionar um prejuízo significativo à vida como um todo.

A seguir apresentaremos como ele foi organizado, bem como os resultados colhidos ao longo de sua realização.

Metodologia

O presente Curso foi composto por cinco módulos de 4h/a cada, compondo 20h/a. Todas as aulas foram expositivas, com apresentação de vídeos e casos para ilustrar os assuntos abordados.

Os cinco módulos abordaram os seguintes assuntos:

- Módulo 1: Anatomofisiologia da Fonação;
- Módulo 2: Distúrbios da Voz/ Saúde Vocal;
- Módulo 3: Psicodinâmica Vocal;
- Módulos 4 e 5: Impostação Vocal;

Não se realizou nenhuma avaliação formal a cada módulo, exceto pequenas investigações que visaram checar o nível de compreensão e de conhecimento adquiridos. Ao final, foram aplicados dois questionários semidiretivos voltados a conhecer

o perfil vocal dos cursistas e os possíveis ganhos com a participação nos módulos, bem como uma avaliação mais geral da estrutura e organização do mesmo.

Resultados e Discussão

Inicialmente foram abertas 30 vagas para inscrições, mas adesão à proposta superou as expectativas e optou-se por aceitar todas as 76 (setenta e seis) inscrições. 49 eram do sexo feminino e 27 do sexo masculino.

Em relação à escolaridade, cinco participantes possuíam o nível superior completo e 71 possuíam o nível superior incompleto. 68 discentes estavam matriculados nos seguintes cursos¹:

- 16 alunos de Licenciatura em Física;
- 24 alunos de Licenciatura em Matemática;
- 19 alunos de Licenciatura em Química;
- 09 alunos de Licenciatura em Pedagogia.

Houve apenas cinco professores inscritos: dois Químicos, um Pedagogo e dois que não referiram os cursos que lecionava. Lamentavelmente não houve a adesão de professores das escolas públicas do município de Caruaru e áreas circunvizinhas, pois se depararam com dificuldades práticas em serem liberados de suas atividades para participarem dos módulos na UFPE/CAA, mesmo que quinzenalmente.

Seis inscritos nunca frequentaram os módulos, de modo que para efeito de análise das respostas, iremos considerar apenas 70 participantes. Ao longo dos meses, obtivemos pouco mais de 10% de desistência, o que leva a crer que o tema se mostrou relevante para o público-alvo em questão.

Em virtude da greve dos professores ocorrida durante quatro meses, foi necessário adiar a finalização do curso. A grande maioria dos alunos da UFPE/CAA é comumente transportada até o Campus através de transporte coletivo das Prefeituras dos municípios vizinhos. Infelizmente os transportes são suspensos quando as aulas regulares sofrem qualquer alteração. Sendo assim, os alunos não teriam como se locomover até o local do Curso. O resultado foi, no último módulo, uma ausência de quase 25 cursistas. Serão as respostas fornecidas pelos presentes, portanto 44 cursistas, que serão apresentadas a seguir:

Dos 44 cursistas que responderam o questionário, apenas três mencionaram ter

¹ Dos 71 alunos matriculados no Curso de Extensão, três não referiram os seus cursos.

participado previamente de algum TREINAMENTO VOCAL: Um cursista, em virtude das aulas de canto, outro em função do uso de aparelho ortodôntico e o último em função de estar sendo submetido à terapia fonoaudiológica devido a apresentar disfonia.

Estes resultados sugerem a falta de proposta de cursos especializados que poderiam melhor preparar seus professores e licenciandos para o pleno exercício de suas atividades profissionais, livres de assumirem prejuízos em seu aparelho fonador e na sua saúde de modo geral por falta de informação e de orientação especializada.

Dentre as QUEIXAS VOCAIS percebidas, apenas seis cursistas mencionaram não ter nenhuma. As dez citadas foram:

- Ressecamento da garganta: 20
- Cansaço ao falar: 13
- Pigarro: 11
- Rouquidão: 10
- Perda da voz: 7
- Falta de ar: 7
- Dor ao falar: 3

Mencionou-se ainda, uma única vez, as seguintes queixas: tosse constante, dor ao engolir e, no item “outros” houve referência à inflamação de garganta.

Essas respostas comprovam o quanto a produção vocal comumente se encontra mal utilizada e, como foi visto no item anterior, sem praticamente qualquer tipo de orientação ou esclarecimento! Este item está em consonância com o próximo, que se relaciona à procura por tratamento especializado. 29 cursistas mencionaram NÃO ter nunca procurado o serviço médico OTORRINOLARINGOLÓGICO e 35 afirmaram NÃO ter procurado o FONOAUDIÓLOGO.

Em uma questão aberta, perguntou-se o que MELHORAVA A VOZ e foram obtidas as seguintes respostas:

- Água: 26
- Repouso vocal: 7
- Maçã: 6
- Falar devagar: 2

- Outras respostas citadas apenas uma vez, por pessoas diferentes, foram: Romã, frutas, alimentação saudável, café, maçã, falar baixo, pastilhas, sono, respirar bem e relaxamento. Interessante que pastilhas (exceto as recomendadas pelo médico) e café são reconhecidamente

desaconselháveis ao bom uso da voz.

Em relação ao que PIORAVA A VOZ, os resultados foram:

- Falar muito: 12
- Água gelada: 6
- Frio: 5
- Falar alto, ar condicionado e ingerir pouca água foram mencionadas por quatro pessoas.
- Nervosismo: 3
- Poeira e gritar foram referidas por 2 cursistas.

As respostas citadas uma única vez, por pessoas diferentes, foram: tosse, falar rápido, álcool, resfriados, café, leite, chocolate, sono, canto, ventilador. Com exceção do sono, que se bem realizado melhora a voz, todos os itens mencionados são confirmadamente nocivos à voz.

Ao serem questionados sobre QUANDO percebiam que a VOZ PIORAVA, 16 pessoas afirmaram ser no final do dia. 10 referiram ser no início do dia e três, durante o dia. Isto sugere que o comportamento vocal da maioria das pessoas é o que provoca o desconforto vocal, mais uma vez confirmando a necessidade de orientação especializada e da alta incidência de disfonias funcionais em professores.

Em relação aos HÁBITOS que possuíam 19 destacaram a prática de esportes, com sete referências à academia de musculação. Destaca-se que a prática de musculação, associada à produção vocal pode chegar a danificar as pregas vocais, em virtude do efeito esfínctérico laríngeo. Neste sentido, aconselha-se a prática silenciosa no ato da musculação. Três pessoas ainda responderam ter o hábito de cantar, três mencionaram o álcool e apenas uma, o fumo.

No que diz respeito à AVALIAÇÃO DO CURSO DE EXTENSÃO, dos 44 participantes que responderam os questionários, quando perguntados se consideravam possível INCORPORAR OS CONHECIMENTOS EM SAÚDE VOCAL transmitidos no Curso, três não responderam. Dos 41 restantes, 20 responderam que “sim, totalmente” e 21 responderam que “sim, parcialmente”. Nenhum cursista considerou não ter incorporado conhecimentos, o que pareceu confirmar a importância da temática e o investimento da participação dos cursistas.

Dos que consideraram que “sim,

completamente”, apresentamos alguns recortes para ilustrar:

“ Já mudei o meu cotidiano.”

“ Alguns conhecimentos que adquiri com o Curso em relação aos cuidados com a voz, já comecei a colocar em prática. Comecei a beber mais água, não gritar, ou seja, me preocupei mais com a minha voz.”

- “Me sinto mais preparado depois do Curso. Aprendi muita coisa que já mudei em meu cotidiano, como alimentos, dicas de fala. Me sinto mais preparado depois do Curso.”

- “Aprendi de forma simples e divertida. (...) Já pratico com meus alunos.”

- “Deu uma introdução aos cuidados básicos que necessitamos e alertou para qualquer risco. Deveria se tornar eletiva, com mais horas aula.”

- “São exercícios fáceis e práticos a serem cumpridos.”

- “O que aprendi durante o curso, (...) levarei para o meu dia-a-dia para sempre.”

- “Podemos adquirir grandes e valiosos conhecimentos que acredito que nos auxiliarão durante nossa formação como docentes.”

Dos que consideraram que “sim, parcialmente”, seguem alguns comentários:

- “É difícil evitar certos alimentos antes de ir para sala de aula e realizar exercícios previamente.”

- “Os cuidados e hábitos alimentares sim. Os exercícios não, já que acho que precisam de mais cuidado”

- “O conhecimento adquirido foi muito importante, mas eu não me sinto completamente seguro para falar disso com outras pessoas formalmente. Informalmente comecei a fazer desde o primeiro dia de aula.”

- “Eu posso estar errando certo detalhe da técnica.”

- “Durante o curso aprendemos alguns exercícios, porém com o tempo podemos esquecê-los e fazermos de forma errada.”

- “Ainda tenho que praticar e aprender alguns dos conhecimentos repassados.”

- “Medo de esquecer algum detalhe, mas muita coisa foi absorvida e pretendo colocar em prática.”

- “(...) É difícil mudar.”

- “Pela greve que ocorreu entre o penúltimo e último módulo.”

Desde o início do Curso, teve-se o cuidado de claramente informar que não seria possível transmitir uma gama de exercícios que posteriormente não teriam como ser acompanhados pela coordenação. Neste sentido, seria até mesmo perigoso

realizar certos exercícios sem acompanhamento especializado, sob pena de prejudicar a própria voz do indivíduo. A proposta era, portanto, alertar para os perigos do mau uso da voz e ressaltar a necessidade do encaminhamento ao atendimento clínico posterior, se necessário. Ainda assim, pelos depoimentos, percebeu-se que vários cursistas desejaram ter acesso a mais vivências práticas.

Houve a solicitação de que os materiais fossem entregues anteriormente, facilitando o acompanhamento dos módulos e uma consulta posterior. Além disso, sugeriram que o Curso tivesse uma carga-horária maior, a fim de permitir um maior aprofundamento da temática.

Por fim, ao serem perguntados se gostariam de SUGERIR, COMENTAR OU ACRESCENTAR algo em relação ao Curso, solicitaram a oferta de uma oficina sobre “Falar em Público.” Houve solicitações de que o conteúdo do Curso fosse oficialmente integrado à grade da UFPE/CAA, através do oferecimento de uma disciplina eletiva.

Considerações Finais

Pela relevância do tema, respaldada pelos muitos trabalhos publicados na área da Fonoaudiologia e da Educação, acredita-se que Cursos de Extensão como este devam ser sistematicamente realizados, de modo a atingir um público sempre maior. O conhecimento sobre a produção da voz e de como deve ser poupada sem dúvida melhora o desempenho do professor, além de evitar possíveis afastamentos, contribuindo para um contexto educacional mais satisfatório e prazeroso para todos, professores e alunos. Não há dúvidas, portanto, de que o processo de ensino-aprendizagem se beneficia quando os educadores gozam de uma adequada saúde vocal.

Acredita-se que o Curso atingiu os objetivos de esclarecer sobre possíveis problemas vocais ocasionados, muitas vezes, pelo desconhecimento e mau uso, alertando para a necessidade de um atendimento especializado. Neste sentido, há o conhecimento de que alguns participantes já iniciaram a busca por tratamentos especializados, parecendo despertar para a importância do bom uso de sua voz, beneficiando diretamente a sua atividade docente e a sua saúde em geral.

Referências

2006. São Paulo [Apostilado do Simpósio – A Fonoaudiologia brasileira e a voz do professor].

BEHLAU, M. Voz – O livro do Especialista. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

DRAGONE M.L.S et. al. Voz do professor: uma revisão de 15 anos de contribuição fonoaudiológica. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2010; 15 (2): 289 – 96.

FERREIRA, L, COSTA, O.H. Voz Ativa, Falando Sobre o Profissional da Voz. São Paulo: Rocca; 2000.

GONÇALVES, C.G.O, PENTEADO, R.Z, SILVERIO, K.C.S. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: A questão da saúde vocal do professor. Revista Saúde em Revista 2005; 15: 45-51.

GRILO, M.H.M.M., PENTEADO, R.Z. Impacto da voz na qualidade de vida de professores do ensino fundamental. Revista Pró-fono 2005; 17: 121-130.

OLIVEIRA, L et al. Triagem vocal em professores da rede pública de ensino – 1º a 4ºseries na cidade de Três Rios City – RJ. Revista CEFAC 2005; 7:509-513.

ROY, N. et. al. Voice disorders in teachers and the general population: effects on work performance, attendance, and future career choices. J Speech Lang Hear Res. 2004;47(3):542-51.

SCALCO, M.A.G, PIMENTEL, R.M. A Saúde Vocal do Professor: Levantamento junto às escolas particulares de Porto Alegre. Revista Pró-Fono 1996; 8: 15-24.

SIMBERG S. et. al. Changes in the prevalence of vocal symptoms among teachers during twelve-year period. J Voice 2005; 19(1): 95-102.

VIOLA, I.C. Estudo descritivo das crenças populares no tratamento das alterações vocais em profissionais da voz. In: Ferreira LP, organizador. Dissertando Sobre Voz. São Paulo: Revista Pró-Fono; 1998. p. 173 – 181.

ZAMBON F, BEHLAU M, ROY N. Considerações preliminares sobre um levantamento epidemiológico brasileiro de distúrbios vocais em professores. XI Simpósio Internacional do CEV;

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE À PESSOA IDOSA

¹Juliana da Rocha Cabral. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife - PE, Brasil. Departamento de Enfermagem. E-mail: jucabral06@hotmail.com

²Danielle Lopes de Alencar. Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife - PE, Brasil. Bolsista de pós-graduação pela UFPE. Departamento de Enfermagem. E-mail: daniellelopesalencar@hotmail.com

³Júlia de Cássia Miguel Vieira. Enfermeira; Especialista em Saúde Pública; Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife – PE, Brasil. Bolsista do Programa Internacional de bolsas de Pós-graduação da Fundação Ford. Departamento de Enfermagem. E-mail: july_nurse21@hotmail.com

⁴Amanda Araújo das Mercês. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Departamento de Enfermagem. E-mail: amandamercês23@hotmail.com

⁵Amanda Castro de Souza. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Bolsista do Programa de Incentivo Acadêmico da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe). Departamento de Enfermagem. E-mail: manda.castro.3@hotmail.com

⁶Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Docente Área de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem-UFPE. Recife-PE, Brasil. Departamento de Enfermagem. E-mail: emr.vasconcelos@gmail.com

Resumo

O presente estudo objetivou desenvolver oficinas de Educação em Saúde para idosos usuários do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco com o intuito de alcançar os vários segmentos do cuidado (promoção, recuperação e prevenção). Baseada na prática de Educação em Saúde de Paulo Freire, as atividades ocorreram nos anos de 2011 e 2012 com a participação média de oito idosos. Percebeu-se que os eixos temáticos orientados pela Enfermagem direcionaram a discussões enriquecedoras, permitindo que os participantes expusessem suas opiniões, criatividade e autonomia contribuindo

para reflexões sobre as atividades no processo de promoção da saúde para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-Chave: Educação em Saúde – Idoso - Enfermagem

Abstract

This study aimed at developing health education workshops for elderly users from the Elderly Care Center of Federal University of Pernambuco in order to reach the various segments of care (promotion, prevention and recovery). Based on the practice of Health Education of Paulo Freire, the activities occurred in 2011 and 2012 with an average participation of eight seniors. It was noticed that the thematic guided by nursing directed to enriching discussions, allowing participants to expose their opinions, creativity and autonomy contributing to reflections on the activities in the process of health promotion to a better quality of life.

Keywords: Health Education - Aged - Nursing.

Introdução e objetivos

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE constatou-se que, a cada dez brasileiros, um tinha mais de 60 anos, proporção que deverá atingir um em cada cinco brasileiros até 2050. De 1991 a 2000, o número de idosos aumentou em quase 4 milhões, atingindo 8,6% da população total⁽¹⁾.

Os principais determinantes da acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva no índice de fecundidade, associada à intensa redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais⁽²⁾.

O envelhecimento, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos faz parte da etapa do ciclo vital marcado por mutações biológicas visíveis e cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época, apresentando-se em cada ser humano idoso de modo singular e único⁽³⁻⁴⁾.

Nos últimos anos, a população idosa vem crescendo devido às melhoras nas condições de vida e aos avanços da ciência e tecnologia, o que tem aumentado a expectativa de vida do ser humano. Entretanto, o processo de envelhecimento é acompanhado de perdas estruturais e funcionais, que favorecem o aparecimento de doenças crônicas degenerativas que podem comprometer uma qualidade de vida adequada⁽⁵⁾.

O processo de crescimento populacional acarreta a necessidade da promoção da qualidade de vida dos idosos que cada vez mais ocupam espaço na sociedade. Em meio a transição demográfica, é importante ressaltar que, é fundamental a modificação observada e descrita sob o aspecto quantitativo, a atenção frente às transformações da vida da população nos âmbitos social, econômico e cultural acarretando novos olhares e planejamentos aos aspectos que ultrapassam a quantidade, visando a qualidade de vida dessa população⁽⁶⁾.

O envelhecimento é marcado por mudanças físicas e emocionais que devem ser consideradas no planejamento e intervenções das ações de saúde. Neste contexto, a prática da promoção da saúde permite novos direcionamentos nas estratégias que envolvam os profissionais e os idosos. Como ferramenta ímpar, encontra-se a Educação em Saúde que viabiliza a troca e a construção mútua de saberes entre os pares envolvidos, proporcionando novas possibilidades de mudanças.

A educação em saúde constitui um instrumento para a promoção da qualidade de vida dos idosos. No contexto da atuação da enfermagem, as práticas educativas em saúde se inserem como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e o cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e o reconhecimento como sujeito ativo, transformador de sua própria vida⁽⁷⁾.

A educação em saúde é atualmente compreendida como um processo complexo que, unindo um conjunto de conhecimentos e práticas, busca proporcionar às pessoas uma adequada qualidade de vida para a obtenção do mais alto nível de saúde⁽⁸⁾. Esse conceito, entretanto, é resultado de um processo lento que vem ao longo dos anos acompanhando as mudanças políticas e econômicas no Brasil, bem como as diferentes concepções sobre a saúde e seus determinantes⁽⁷⁾.

A enfermagem, em sua diversidade de ações atuantes na promoção da saúde, tem procurado eficazmente novos direcionamentos para que o

cuidado se torne mais intenso e humanizado, e como consequência, mais efetivo.

Nesse âmbito, contempla a particularidade de cada pessoa, funcionando como ferramenta para despertar e ativar os saberes e as práticas diversas, inclusive para desbloquear e transmitir à consciência instruções e informações oriundas do inconsciente⁽⁹⁾.

Compreendendo a necessidade de intervenções através de ações problematizadoras, onde o sujeito seja pleno na execução das estratégias juntamente com a enfermagem, o presente estudo trata-se de um relato de experiência que objetivou desenvolver oficinas de Educação em Saúde para idosos usuários do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco.

Marco teórico

Face à intensa transição demográfica da velhice, é necessária a utilização de práticas em saúde que permitam a construção de espaços importantes na dimensão participativa da política de saúde dos idosos, nos quais poderão produzir níveis de diálogo, reflexão e articulação que contribuam na formação político participativa e na melhor qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

A promoção da saúde é vista como um processo de capacitação dos sujeitos, visando à melhoria de suas condições de vida e saúde⁽¹¹⁾. Além disso, a promoção da saúde apresenta, como interface, a educação em saúde, objetivando a melhoria da autoestima em busca de uma qualidade de vida adequada, pela redução da alienação e incremento dos conhecimentos, expandindo o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para optar sobre seus comportamentos e para aderir a novos hábitos considerados saudáveis para a obtenção de um melhor qualidade de vida⁽¹²⁾.

A Teoria de Paulo Freire permite na prática de saúde o estreitamento entre educando e educador. Para o referido autor, o processo educativo deve ocorrer com a contribuição do saber popular⁽¹³⁾. O educador deve ter em mente que o processo de educar é viabilizado pela criação de possibilidades que permitem produções e a partilha do saber do grupo e não o ato de transferência de conhecimentos⁽¹⁴⁾. Por intermédio da problematização, o educador chama os educandos a refletir sobre a realidade de forma crítica, produzindo conhecimento e cultura em um mundo e com o mundo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Sua proposta se baseava em um modelo em que as práticas educativas deveriam ser permeadas

por relações dialógicas, participativas e afetivas na construção de consciência crítica e defesa dos direitos dos indivíduos. Outra característica encontra-se na necessária aproximação dos profissionais com a realidade e compromisso com o povo, identificando-se neles e a partir deles constituir os processos educativos ⁽¹⁰⁾.

Nesse cenário a educação em saúde permeada pelos constructos freireanos, permitem na prática de oficinas educativas com idosos, a ação de trocas e construções mediadas pela enfermagem.

A educação em saúde constitui instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, por meio da construção e articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde enfermidade-cuidado.

Compreendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem com vistas a facilitar ações voluntárias à saúde, a educação em saúde busca de forma integral, colaborar na reorientação das práticas e saberes dos profissionais de saúde, trazendo como resultado a melhoria da qualidade de vida e do fortalecimento dos sujeitos. Estes são convidados a deixar o silêncio para compartilhar suas experiências de vida. Tendo função, ainda, de proporcionar uma democratização do saber científico e consequentemente o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no cuidado com a própria saúde ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência que aborda as oficinas desenvolvidas por alunos extensionistas do projeto intitulado “A prática da Educação em Saúde pela Enfermagem no Núcleo de Atenção ao idoso – NAI da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE”, tendo como participantes pessoas idosas consideradas com idade igual ou maior a 60 anos que possa ou não ter vínculo com a instituição.

Previamente ao planejamento das atividades, pesquisaram-se entre os idosos os temas de interesse para serem discutidos. Das atividades descritas, participaram 25 idosos, sendo predominante a participação do público feminino e, como moderadores estudantes de graduação e mestrado em enfermagem da UFPE. Os temas sugeridos incluíram: nutrição e alimentação, memorização, processo de envelhecimento, sexualidade.

As atividades ocorreram nas dependências do NAI entre o ano de 2011 a 2012, totalizando 37 oficinas com duração média de duas horas, utilizando-se como metodologia o processo educativo norteado pelos constructos de Paulo Freire. A estratégia adotada foi a oficina, geradoras de discussões e reflexões em torno dos temas sugeridos pelos próprios idosos concebendo um espaço de reflexão, no intuito de torna-los pro ativos na realização de atividades do seu cotidiano.

Ao longo dos encontros foram realizadas atividades utilizando ferramentas como: desenho, jogos, cortes colagem, leitura de textos e criação de painéis, trabalhadas com os eixos de saúde, qualidade de vida, educação e políticas públicas. Para tanto, foram utilizados materiais como cartolina, canetas coloridas, tesouras, revistas e colas.

Resultados e discussão

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que objetiva a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições da qualidade de vida. Destaca-se que nesse processo os indivíduos podem ou não adotarem os novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas o seguimento das normas estabelecidas pelos profissionais, e sim realizar a educação em saúde em um processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada do saber ⁽¹⁹⁾.

Na oficina de arteterapia, dividida em três momentos, objetivou realizar atividades para auxiliar o caminho para os idosos explorarem, descobrirem e entenderem suas ideias e sentimentos, favorecendo a autoestima, reduzindo a ansiedade e melhorando a qualidade de vida, através da promoção, prevenção e expansão da saúde ⁽²⁰⁾.

Na atividade do ‘Quem sou eu’, teve como intuito integrar os participantes através do diálogo. Neste momento, os idosos conversaram sobre si, enfatizando nome, idade, o que gostavam de realizar no cotidiano. Posteriormente, a ação ‘Momentos da minha vida’ permitiu o relato de fatos marcantes ao longo de suas vidas com o uso de desenhos e exploração dos significados através de uma roda de conversa. A leitura de uma fábula que retrata o envelhecimento permitiu a discussão sobre a expressão da velhice para cada um.

Sabendo que o envelhecimento predispõe a diversas condições de adoecimento, com repercussão sobre a capacidade funcional, entre

elas, os transtornos cognitivos, que compreendem desde leves déficits atencionais ou de memória⁽²¹⁾ foi realizado a oficina sobre memorização na terceira idade com o intuito de favorecer a construção do saber para o exercício da memória.

No primeiro momento ocorreu a discussão sobre os fatores que auxiliam e que prejudicam a memória, em seguida foi realizada a dinâmica da 'Descrição dos objetos' com a finalidade de exercitar a memória em que cada participante descrevia um objeto com três palavras e o próximo repetia o que o primeiro falou e falava uma nova descrição e assim por diante. E por último os presentes participaram de um Jogo conhecido como 'sudoku'.

Notaram-se dificuldades na memorização durante a dinâmica, foram discutidas as principais causas que afetam a memorização, como: estresse, falta de atenção nas atividades e poucas horas de sono como também fatores que estimulam: alimentação saudável, ler livros, realizar palavras cruzadas.

Quanto à nutrição e alimentação na velhice, a atividade objetivou discutir com abordagem problematizadora o consumo de alimentos saudáveis e sua contribuição na promoção da saúde do idoso. A manutenção da saúde e a prevenção de doenças configuram preocupações rotineiras na vida da pessoa idosa⁽²²⁻²³⁾ que precisam ser discutidas no campo da saúde. A ingestão alimentar adequada é de fundamental importância para garantir saúde e qualidade de vida do idoso⁽²⁴⁾.

Foi construído um Quadro através de corte e colagem pelos idosos com figuras que representassem alimentos que os mesmos consideravam saudáveis e não saudáveis, permitindo espaço de orientação em que os idosos expuseram em seus conhecimentos acerca do que é ou não considerado um hábito alimentar adequado.

Uma vez que as pessoas estão vivendo mais e com melhor qualidade de vida, aumenta a preocupação com o risco de doenças transmissíveis veiculadas por via sexual na idade avançada⁽²⁵⁾. Apesar de a Aids ter acometido inicialmente o público de adultos jovens, sua incidência vem aumentando, de maneira alarmante, na população idosa⁽²⁶⁾. Dessa forma, surgiu a necessidade de realizar atividades utilizando a ferramenta de Educação em Saúde com o objetivo de orientar os idosos acerca da prevenção e disseminação da AIDS.

A oficina sobre a disseminação da AIDS entre idosos e sua prevenção, foi dividida em dois momentos, no início foi levado um vídeo em que idosos eram entrevistados com perguntas em relação

a AIDS e no segundo momento ocorreu um diálogo entre moderadores da oficina e os idosos presentes.

Durante a discussão da temática surgiram pontos expostos pelos participantes como: as idosas presentes mostraram-se surpresas ao saber que o índice de AIDS tem aumentado na terceira idade, pois a partir de muitas falas, estas acreditam que os idosos não tem vida sexual ativa; expuseram ainda a dificuldade em usar preservativos quando casadas, muitas vezes pela não aceitação do marido ou por confiarem no seu parceiro e acharem desnecessário o uso; a não necessidade do uso do preservativo por não poderem engravidar na velhice, associando o uso do preservativo na prevenção da gravidez, não fazendo a associação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Com o aumento da expectativa de vida e do número de idosos no Brasil torna-se mais que necessário a criação de políticas públicas próprias para esse público. O Estatuto do Idoso, formado por um conjunto de normas e diretrizes, não é tomado somente como um instrumento jurídico que estabelece direitos, mas também como uma produção simbólica e conceitual que, mediante um conjunto de signos, representações, imagens e saberes, que configura o idoso na cultura⁽²⁷⁾.

Como forma de garantir uma ferramenta para despertar as práticas que incorporam aos idosos e o coletivo, em geral, na atuação do idoso como produtor da realidade foi executada uma oficina com o intuito de levar as informações desse Estatuto para os idosos.

Foi nítido o desconhecimento de alguns idosos em relação a algumas leis presentes no estatuto. Já alguns direitos mais comuns como: Nos veículos de transporte coletivo é obrigatória a reserva de 10% dos assentos para os idosos, com aviso legível; O idoso internado ou em observação em qualquer unidade de saúde tem direito a acompanhante, pelo tempo indeterminado que é atendido; eram de conhecimento de todos os presentes. Porém o Estatuto contempla muitos outros direitos pouco conhecidos por eles e de grande importância. Foi um tema que suscitou muitas dúvidas, tendo em vista a necessidade destes quanto à informação sobre o assunto.

Considerações finais

Considerando as peculiaridades do processo de envelhecimento e o direito de envelhecer com saúde, o desenvolvimento de atividades educativas

representa uma estratégia ímpar na prática da enfermagem.

Mediante as oficinas educativas, conclui-se a premissa de que a construção do conhecimento surge à medida que o diálogo é estabelecido, quando os indivíduos se reconhecem enquanto aprendizes, e acima de tudo, que o saber se constrói a cada dia.

Nesse contexto, a prática da educação em saúde neste projeto, não só contribuiu para uma educação problematizadora para os idosos, mas para todos que participaram, seja na formação de novos saberes como também no respeito às particularidades do ser idoso e de suas reais necessidades no processo de promoção da saúde na terceira idade.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 14 de dezembro de 2012.
- Moraes EM. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- Mendizábel MRL, Cabornero JAC. Grupo de debate para idosos: guia prático para coordenadores de encontros. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
- Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [online] 2007; 10(3): 371-382.
- Batista NNLA, Vieira DJN, Silva GMP. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enfermagem. Enfermagem em Foco* 2012; 3(1): 07-11.
- Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2): 279-84.
- Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1): 55-60.
- Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções do sujeito. In: Vasconcelos EM. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001; 115-36.
- Valladares ACA, Fussi FEC. A Arteterapia e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Rev. Arteterapia: Imagens da Transformação*. Rio de Janeiro: Clínica Pomar, 2003; 10(10): 5-13.
- Santos MV. O processo participativo de idosos através de experiências e práticas do movimento de educadores populares. *Rev APS*. 2011 out/dez; 14(4): 378-388.
- Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT, Cestari ME, Lunardi VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 649-53.
- Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos de promoção da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2010.
- Freire P. *Ação cultural para a liberdade*. 2ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1997.
- Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 29ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1999.
- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saude Publica* 1997; 1(2): 209-13.
- Alves VS. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da família [dissertation]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFB; 2004.
- Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidade de educação e saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(2): 254-62.
- Valladares ACA, Carvalho AMP. Promoção de habilidades gráficas no contexto da hospitalização. *Rev. Eletr. Enf.* 2006; 8(1): 128-33.
- Guerreiro T; Caldas CP. Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.
- Guzman MPE, Claudio VS, Oliveros M, Dimaano G, Reyes A. Manila: Merriam and Webster

EDUCAÇÃO, SEXUALIDADE E SUBJETIVIDADES CONTEMPORÂNEAS: UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DOCENTE EM DIÁLOGO COM O CINEMA

Anna Luiza A. R. Martins de Oliveira
Professora Adjunta (NFD/CAA/UFPE) – E-mail: alarmo@uol.com.br

Andrielle Maria Pereira – Aluna da Licenciatura em Matemática (CAA/UFPE)
Bolsista de Extensão (PROEXT) – E-mail: andriellepereira30@gmail.com

Ribbyson José de Farias Silva – Aluno da Licenciatura em Física (CAA/UFPE)
Bolsista de Iniciação Científica (FACEPE) - E-mail: ribbyson@gmail.com

Resumo

O tema diversidade sexual na escola ainda é pouco abordado no ensino acadêmico, especialmente no âmbito dos cursos de licenciatura. O projeto ora discutido teve como objetivo promover espaços de reflexão sobre educação, gênero e sexualidade através do diálogo com o cinema. Contou com vinte e cinco participantes, na maioria, estudantes de pedagogia, química, física e matemática. Englobou três ações: módulos temáticos; pesquisa de campo e produção de documentários. Cada módulo envolveu a exibição de um filme, seguida de debate. Os temas abordados foram: educação e diversidade sexual; identidades sexuais; sexualidades lésbicas; travestilidades e transexualidades; masculinidades e homossexualidade; arranjos familiares. Os participantes produziram três documentários voltados para o público educacional. A linguagem audiovisual possibilitou a aproximação com a temática, gerou reflexões sobre a complexa dinâmica de construção das identidades sexuais, os direitos civis de LGTB e o papel da escola no enfrentamento da homofobia e na construção de espaços democráticos.

Palavras-chave: Formação docente, diversidade sexual, audiovisual.

Abstract

Sexual diversity in schools is a topic not sufficiently worked in teacher education courses in Brazil. The project discussed in this paper aimed to create opportunities for reflection on education, gender and sexuality through dialogue with the cinema. The project met twenty-five participants, mostly students of pedagogy, chemistry, physics and mathematics, and covered three actions: discussion sessions, field research and documentary production. Each session involved the screening of a film, followed by discussion. The topics covered were: education and sexual diversity, sexual identities, lesbian sexualities; transvestism and transexualities; masculinity and homosexuality; family arrangements. Participants produced three educational documentaries. The use of visual language helped mediate the approach to the themes and to generate reflections on the complex processes of construction of sexual identities, LGBT civil rights and the role of schools in combating homophobia and building democratic spaces.

Keywords: Teacher education, sexual diversity, audiovisual.

Introdução

Nos últimos anos, verifica-se, no campo educacional, um investimento discursivo em torno dos temas “diversidade sexual”, “enfretamento da homofobia”, “equidade de gêneros”. A convicção sobre a “naturalidade” da heterossexualidade foi desestabilizada, deslocamentos e novas articulações discursivas são elaborados, desafiando a escola a assumir novos posicionamentos.

O Governo Federal em parceria com a sociedade civil organizada, lançou, em 2004, o “Brasil sem Homofobia”, programa de combate à violência e ao preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros - LGBT que tem como princípio, a inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e da promoção dos direitos humanos (BRASIL, 2004). O programa, em parceria com o MEC, apoiou cursos de formação continuada, seminários e pesquisas sobre diversidade sexual,

além da produção de vídeos, cartilhas e folhetos nesta área, entre os anos de 2004 e 2009.

A produção acadêmica sobre sexualidade e educação ascende desde o final da década de 1970. Destacam-se textos sobre gênero e educação (LOURO, 1997; MIRANDA, 2011); pedagogias da sexualidade (LOURO, 2001b; 1995); políticas de gênero e saúde (MEYER, MELLO; VALADAO; AYRES, 2003); narrativas de sexualidade na escola (NOVENA, 2004; RIBEIRO; SOUZA; SOUZA, 2004; OLIVEIRA, B., 2001); homofobia (BORRILLO, 2010; TAVARES, 2006); educação sexual, relações de gênero e orientação sexual na sala de aula (FURLANI, 2011); teoria *queer* (LOURO, 2001a, 2004; MISKOLCI, 2007).

Algumas secretarias de educação desenvolveram, mesmo que timidamente, atividades nesta direção. Como destaca Oliveira, A. (2009), em Pernambuco, seminários, cursos de atualização, oficinas, rodas de diálogo, apresentações teatrais foram realizadas nas escolas públicas discutindo o assunto. No entanto, alguns fatos ainda preocupam. A maioria dos cursos de formação docente não possui componentes curriculares abordando o tema da sexualidade. Uma pesquisa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO (2004) demonstrou, que cerca de 60% dos/das docentes entrevistados/as – de um total de 5 mil – consideravam inadmissível uma pessoa manter relações homossexuais. Tavares (2006), num estudo com formandos/as das licenciaturas da Universidade Federal Rural de Pernambuco, verificou que a homofobia está presente entre os/as mesmos/as suavizada por um discurso de tolerância. Abramovay, Castro e Silva (2004), numa pesquisa realizada em treze capitais brasileiras e no Distrito Federal, perceberam dados graves: 25% dos alunos entrevistados disseram que não gostariam de ter amigos homossexuais, sendo os percentuais extremos encontrados em Fortaleza (30,6%) e em Recife (30,1%); a proporção de pais que dizem não querer que seus filhos tenham colegas de classe homossexuais ainda é alta, destacando-se, novamente, Fortaleza (47,5%) e Recife (42,7%); a discriminação contra alunos que são considerados homossexuais ocorre de forma disfarçada, principalmente por meio de linguagem pejorativa e muitos docentes são coniventes com o preconceito.

Esses dados reforçam a necessidade de aprofundar a discussão sobre o tema e proporcionar aos/às docentes a vivência de situações de formação que desencadeie o compromisso com uma política

de transformação social, com a construção de contextos – escolares ou não – capazes de promover o diálogo entre pessoas de diferentes raças, etnias, classes sociais, idades, gêneros e orientações sexuais.

Este projeto de extensão, desenvolvido no Centro Acadêmico do Agreste, teve como objetivo promover espaços de reflexão sobre educação, gênero e sexualidade através do diálogo com as artes dramáticas, especialmente o cinema, proporcionando uma aproximação com a temática pautada na curiosidade e na discussão de situações cotidianas. Nas próximas seções destacaremos o marco teórico, a metodologia adotada no projeto e os resultados alcançados.

Marco teórico

A ação fundamentou-se em leituras pós-estruturalistas sobre gênero e sexualidade (RAMUSSEN, 2006; BUTLER, 2003), dialogou com os estudos culturais (VEIGA-NETO, 2003; SILVA, T. 2006) e a teoria *queer* (LOURO, 2001a; 2001b; MISKOLCI, 2007). Para estas abordagens o discurso permeia todas as práticas sociais, expressa e institui a realidade, contribui para a construção de conhecimentos e crenças. Os sentidos são relacionais, estão articulados a redes de poder e os sujeitos são forçados a negociarem continuamente suas identidades no contexto do jogo de posições em que vivem (LACLAU, 1993). A sexualidade é um aparato histórico que se desenvolve numa complexa rede de regulação social que envolve rituais, linguagens, fantasias, processos culturais (LOURO, 2001b, p. 11) e constitui-se a partir das experiências das pessoas, inclusive das vivências educacionais.

A educação, como destaca Souza (2004), ocorre ao longo da vida dos sujeitos e de suas experiências em diferentes grupos sociais – família, escola, comunidade religiosa, instituições – através da negociação de ideias, sentimentos, saberes e comportamentos. A sexualidade, portanto, não é uma questão exclusivamente pessoal, é social e política, atravessada por várias práticas educativas, inclusive a escolar. A escola tem um papel ativo na constituição dos sujeitos. Através de sua organização arquitetônica, do uso de símbolos e códigos, da delimitação de espaços, da organização curricular, constrói sentidos, institui diferenças, produz distinções – de classe social, de religião, de etnia, de gênero, de orientação sexual.

Os estudos *queers* têm possibilitado análises detalhadas dos dispositivos da sexualidade presentes

no contexto escolar. Partem do pressuposto que o gênero é uma identidade construída num tempo e espaço específicos, se constitui por meio do corpo, de gestos e movimentos estilizados e cotidianamente repetidos criando-se uma “aparência de substância” em que os/as agentes sociais passam a acreditar (BUTLER, 2003). É produzido por práticas discursivas reguladoras que, especialmente nas escolas, têm servido para manter o dogma da heteronormatividade. Diversas pesquisas têm se destacado nesta área. O trabalho desenvolvido por Epstein e Johnson (1998) sobre sexualidade, escolarização e nacionalidade é uma das principais referências. O estudo questiona a “naturalidade” da heterossexualidade, aponta que ela é socialmente construída e frequentemente quebrada. Discute a relação entre a escolarização e a construção de identidades sexuais e mostra que a escola, através de dinâmicas específicas, controla e disciplina a maneira de falar e de se vestir de estudantes e de docentes.

Para Hooks (2001) a formação docente centrada no dualismo corpo/mente é um dos principais determinantes da negação da sexualidade em sala de aula. Os/as docentes são treinados/as a entrarem na sala entregando-se à racionalidade, como se o ensino fosse um processo neutro e não houvesse lugar para a paixão, a criatividade, a diferença na escola. Britzman (2001) numa reflexão sobre currículo e sexualidade ressalta que a educação tem funcionado como um superego, tentando instalar a culpa todas as vezes que se pensa a sexualidade como forma de prazer. Na escola, diz ela, a sexualidade está sempre atrelada a discursos de pânico moral, de eugenismo e de higiene social. Como alternativa para esta situação, propõe que sejam desenvolvidos currículos e práticas pedagógicas que concebam a sexualidade em movimento, como algo que se opõe às fronteiras, que não segue às regras da cultura. Este tipo de projeto exige professores/as críticos em relação aos posicionamentos de suas escolas, profissionais interessados em fazer com que os conteúdos pedagógicos interfiram na curiosidade dos/as alunos/as e promovam o desenvolvimento de relações igualitárias. Além disso, demanda educadores/as que se posicionem politicamente, que tenham consciência que sexualidade está relacionada com direitos civis.

Britzman (1996), também aponta para necessidade de se proporcionar conhecimento sobre a sexualidade de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais e travestis - LGBT durante a formação de professores/as e enfatiza

que é preciso combater alguns mitos relacionados à homossexualidade, entre eles: 1) de que ao falar sobre o assunto estamos corrompendo os/as jovens; 2) de que os/as estudantes são novos/as para pensar sobre identidades LGBT e 3) de que a sexualidade faz parte apenas do domínio privado.

Estudos recentes destacam que a maior visibilidade das comunidades LGBT tem colocado novas questões para a escola e diferentes discursos sobre a homossexualidade emergem no contexto educacional. Estes aspectos, como ressaltados por Louro (2003), são profundamente perturbadores para o campo educacional porque exigem uma revisão de seus posicionamentos, a construção de novas referências e a consciência de que todos nós usamos códigos culturais para nos apresentarmos/representarmos diante da sociedade. Novena (2004) num estudo sobre a produção e circulação das representações sociais da sexualidade na organização escolar identificou diferentes e contraditórias representações da homossexualidade entre adolescentes de escolas públicas da cidade do Recife. Embora, algumas explicações apontassem para homossexualidade como um fenômeno normal ou um comportamento da sociedade atual, de forma geral, estas representações apareciam vinculadas à tentativa de explicação das causas da homossexualidade (problemas familiares, doença) e à ideia de sexualidade desviante.

Oliveira, A. (2009) desenvolveu um estudo sobre as dinâmicas e condições de produção do discurso pedagógico oficial pela diversidade sexual na SECAD/MEC e no contexto das Secretarias de Educação de Pernambuco e percebeu que não há um discurso unificado sendo veiculado pelos órgãos oficiais de educação, há um discurso hegemônico, construído a partir de uma cadeia de equivalência entre diferentes posicionamentos em torno do ponto nodal “diversidade sexual na escola”. Observou, também, que dentro desta cadeia de equivalência há quatro lógicas sociais¹ principais que articulam os discursos pela diversidade sexual: a da educação inclusiva, a dos direitos humanos, a do reconhecimento das diferenças/identidades e a da orientação sexual na escola. Também analisou como o discurso pela diversidade sexual é articulado no campo escolar e apropriado pelos/as educadores/as. Percebeu que os/as profissionais resgatam, ao mesmo tempo, as lógicas trabalhadas nos cursos de formação e os referenciais construídos

1 As lógicas sociais são paradigmas através dos quais as práticas são compreendidas e desenvolvidas (GLYNOS; HOWARTH, 2007).

em suas vivências familiares, escolares e religiosas, desencadeando processos de negociação de significados e (re)interpretação do discurso oficial. O que mais chamou a atenção foi a (re)interpretação da lógica dos direitos humanos como um discurso pela tolerância, defendendo-se o acesso de pessoas LGBT ao ambiente escolar desvinculado de uma reflexão sobre o papel político da escola, as relações de poder ali vivenciadas, servindo, na maioria das vezes, para mascarar práticas pedagógicas heteronormativas. Tais considerações apontam para a necessidade de inserção nos cursos de formação docente de atividades que busquem, além de transmitir os conceitos básicos do novo posicionamento oficial, desconstruir as práticas e dinâmicas já existentes e atuantes no campo escolar.

Como ressaltamos anteriormente, o objetivo deste estudo foi promover espaços de reflexão sobre educação, gênero, sexualidade e o papel dos/as educadores/as na promoção de contextos escolares emancipadores através do diálogo com as artes dramáticas, especialmente o cinema. O desenvolvimento de contextos formativos para docentes é um tema antigo no campo educacional e caracterizado por diferentes vertentes: 1. Ênfase no diagnóstico, intervenção e mudança nas crenças dos/as professores/as (THOMPSON, 1984); 2. Prática reflexiva (CARR; KEMMIS, 1986; SCHÖN, 1983); 3. Estudos que discutem a relação entre o conhecimento do conteúdo e o conhecimento pedagógico do professor (EVEN; TIRISH; MARKOVITS, 1996); 4. Perspectiva construtivista e elaboração de designs pedagógicos (BALACHEFF, 1990); 5. Narrativas autobiográficas (JOSSO, 2004; NÓVOA, 1992a); 6. Comunidades de prática (LAVE, 1988) e 7. Atividades de aprendizagem (LERMAN, 1994; OLIVEIRA, A., 2001). Este projeto baseia-se nas contribuições da última vertente e parte do pressuposto que é essencial integrar os/as educadores/as em situações que visem trabalhar as relações sociais, as identidades, que confrontem suas noções iniciais sobre determinado tema com a literatura (noções científicas), que possibilitem a emergência de um contexto onde os mesmos ensinam e aprendem uns com os outros e elaboram significados coletivos.

Metodologia

Participaram do projeto 25 pessoas: técnicos/as da UFPE e estudantes dos cursos de licenciatura em pedagogia, química, física e matemática. Três

ações processuais interligadas foram desenvolvidas: módulos temáticos (curso); pesquisa de campo e a produção de documentários. Cada módulo envolveu a exibição de um filme, seguida de debate sobre o mesmo e discussão teórica fundamentada em literatura pré-selecionada. Os temas abordados foram: educação e diversidade sexual; identidades sexuais; sexualidades lésbicas; travestilidade e transexualidades; masculinidades e homossexualidade; arranjos familiares.

Como ressalta Alves (2004), o filme é um texto capaz de nos proporcionar uma experiência de reflexão sobre o mundo, de traduzir, a partir de seus personagens inseridos em contextos particulares, as interpretações que determinada época e sociedade produzem sobre fenômenos específicos. Este aspecto é especialmente relevante para o projeto, uma vez que, o campo educacional quando discute sexualidade, tradicionalmente, evoca questões eugenistas e de pânico moral.

Após a etapa de ensino (módulos), os participantes se dividiram em três grupos, cada um escolheu um assunto relacionado aos temas explorados nos módulos e, sob a orientação de um/a formador do projeto, fez uma pesquisa de campo e desenvolveu um documentário sobre o tema voltado para o público educacional. É importante salientar que esta atividade é essencialmente de pesquisa-ação. Consiste numa investigação com vistas ao estudo de uma situação social e a melhoria das ações que nela se desenvolvem (ELLIOTT, 2000), a maior compreensão de suas práticas pedagógicas (CARR; KEMMIS, 1988), a percepção de si mesmos como agentes sociais (KEMMIS, 1993) e a constituição de um elo entre a práxis profissional e teorias contemporâneas em educação (FIORENTINI; SOUZA; MELO, 2001).

Todas as etapas do projeto de extensão foram registradas através de gravação em MP4 e anotações realizadas por quatro pesquisadores/as-participantes. Os dados registrados estão em fase de análise pela equipe de pesquisa da coordenadora do projeto, com o intuito de discutir a eficácia da metodologia de formação docente desenvolvida.

Resultados e discussões

Análises preliminares mostram que os/as cursistas se engajaram no projeto e que a estratégia de trabalhar com o cinema proporcionou aos/as mesmos/as a aproximação com a temática da diversidade sexual – tema tradicionalmente

interditado na escola. O diálogo com as obras de arte (filmes e documentários) despertou sentimentos, memórias, medos, ansiedades, aproximação de diferentes sociedades e culturas. Entre os principais comportamentos observados, destacam-se: 1. Reações de estranhamento e desconforto: risos tensos, cochichos, cruzar braços, mão na boca, silêncio; 2. Curiosidade e interesse: descrição de aspectos que chamaram a atenção, dúvidas e perguntas; 3. Tentativa de reformulação de representações, crenças, concepções sobre gênero, sexualidade, relações afetivas, modelos de família. As duas frases mais evocadas pelos/as participantes foram: “eu nunca havia pensado sobre este aspecto”, “para mim isto é um desafio, eu tenho meus limites”.

Os grupos produziram três documentários. “Educação, travestilidade e prostituição” retratou os dilemas, vivências escolares e profissionais de uma travesti do Agreste Pernambucano. “Vale à pena” abordou as vivências escolares, no mercado de trabalho e na vida familiar de um jovem casal gay de Caruaru. “Além dessas pessoas” abordou as vivências escolares e as dificuldades de inserção no mercado de trabalho de três travestis do Agreste Pernambucano. Entre as vantagens da metodologia desenvolvida (produção de documentários), destacamos: a oportunidade dada aos/as participantes de *elaboração discursiva sobre a realidade estudada*, desafiando os/as mesmos a produzirem um filme para outros/as docentes; o *incentivo à interdisciplinaridade*, uma vez que a pesquisa, elaboração de roteiro, captação e edição de imagens exigiu apropriação de conceitos e técnicas de diferentes áreas; o desenvolvimento do *trabalho em contexto lúdico, prazeroso*, que encorajou a criatividade; a *avaliação formativa*, ao longo de todo o processo os formadores/as puderam acompanhar como os/as documentaristas estavam compreendendo o fenômeno e efetuaram intervenções que visavam a superação das dificuldades e a possibilidade de desenvolver isto tudo com *recursos de baixo custo*, como câmeras amadoras, softwares de edição de vídeo gratuitos e estratégias de divulgação acessíveis, como exibição do vídeo na internet (p. e., Youtube), apresentação em sala de aula, em mostras e em seminários.

Considerações finais

Como o projeto estava voltado para formação docente, o planejamento do mesmo privilegiou atividades que permitissem os/as participantes perceberem as escolas como esferas democráticas.

Também enfatizou a interlocução entre ensino, pesquisa e extensão através da integração das ações dos módulos temáticos (ensino/extensão), com a produção dos vídeos-documentários (pesquisa/extensão).

A conexão entre diferentes áreas do conhecimento e a interdisciplinaridade foram marcas predominantes do projeto uma vez que as discussões e produções pautaram-se, principalmente, no diálogo entre, sociologia, psicologia, política e cinema.

Acreditamos que o projeto permitiu os/as participantes se perceberem como agentes políticos; construírem a consciência de que a prática pedagógica é cultural, produz significados, desejos, valores e não pode ser fundamentada em dogmas particulares; vislumbrarem o/a educador/a como sujeito ativo de mudanças.

Referências Bibliográficas

ABROMOVAY, M.; CASTRO, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e Sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.

BALACHEFF, N. Towards a problematique for research on mathematics teaching. **Journal for Research in Mathematics Education**. 21, 258-272, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação **Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, 2004.

BORILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
BRITZMAN, D. P. Curiosidade, sexualidade e currículo. In: LOURO, G. L. (Org.) **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte, Autêntica, 2001.

_____. O que é esta coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. **Revista Educação e Realidade**. V. 21, n. 1, jan/jun, p. 71-96, 1996.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARR, W.; KEMMIS, S. **Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research**. Lewes, Falmer, 1986.

ELLIOTT, J. **El cambio educativo desde la investigacion-acción**. Madrid: Morata, 2000.
EPSTEIN, D. & JOHNSON, R. **Schooling Sexualities**. Buckingham: Open University Press, 1998.

EVEN, R.; TIRISH, D.; MARKOVITS, Z. Teacher subject matter knowledge and pedagogical Content Knowledge: Research and Development. In: L. Puig; A. Gutiérrez (Eds.) **Proceedings of Twentieth Meeting of the International Group for the Psychology of Mathematics Education**. Vol. 1, 119-134, Valencia, Spain, 1996.

FIORENTINI, D.; SOUZA, A. J. J.; MELO, G. F. A. Saberes docentes: um desafio para acadêmicos e práticos. In: GERALDI, C. M. G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E. M. A. **Cartografias do trabalho docente – professor(a)-pesquisador(a)**. Campinas: Mercado das Letras, 2001.

FURLANI, J. **Educação sexual na sala de aula: relações de gênero, orientação sexual e igualdade étnico-racial numa proposta de respeito às diferenças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

GIROUX, H. A disneyzação da cultura infantil. In: SILVA, Tadeu Tomaz; MOREIRA, Antônio Flávio (Orgs.). **Territórios Contestados: os currículos e os novos mapas políticos e culturais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

GLYNOS, J.; HOWARTH, D. **Logics of critical explanation in social and political theory**. London: Routledge, 2007.

HOOKS, B. Eros, erotismo e o processo pedagógico. In: LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

JOSSO, M. **Experiências de vida e formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

LACLAU, E. **Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.

LAVE, J. **Cognition in practice: mind, mathematics and culture in everyday life**. Cambridge, Cambridge University Press, 1988.
LERMAN, E. **Cultural perspectives on the Mathematics Classroom**. London: Kluwer Academic Publishers, 1994.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

_____. Currículo, gênero e sexualidade – o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J. e GOELLNER, S. V. **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Teoria Queer: uma política pós-identitária para a educação. **Estudos Feministas**. 2, p. 541-553, 2001a.

_____. (Org.). **O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b.

_____. **Gênero, Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Produzindo sujeitos masculinos e cristãos. In: VEIGA-NETO, A. (Org.) **Crítica Pós-estruturalista e Educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADAO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 22, p. 1335-1342, 2006.

MIRANDA, M. **Magistério masculino**. Recife: Editora da UFPE, 2011.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a questão da diferença. In: **Cadernos de atividades e resumos do 16º Congresso de Leitura do Brasil (16º COLE)**, v. 1. p. 1-19. Campinas : ALB Associação de Leitura do Brasil, 2007.

MOREIRA, A. F. B.; CANDAU, V. M. Educação escolar e cultura(s): construindo caminhos. **Revista Brasileira de Educação**. Cidade, n. 23, p. 156-167, maio/jun/jul/ago, 2003.

MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. (Orgs.). **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2002.
NOVENA, N. P. **A Sexualidade na Organização Escolar: narrativas do silêncio**. 2004. 255f. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

NÓVOA, A. Os professores e as histórias de vida. In: NÓVOA, A. (Org.). **Vidas de professores**. Porto: Porto Editora, 1992a.

OLIVEIRA, A. L. A. R. M. O discurso pedagógico pela diversidade sexual e sua (re)articulação no campo escolar. 2009. 271f. Tese (Doutorado em

Educação). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

_____. Diálogos sobre o discurso na sala de aula de matemática. 2001. 104f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Cognitiva). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

OLIVEIRA, B. M. **Sexualidade na Escola: representações dos docentes do ensino fundamental**. 2001. 163f. Dissertação. (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

RASMUSSEN, M. L. **Becoming Subjects: sexualities and secondary schooling**. Londres: Routledge, 2006.

RIBEIRO, P. R. C.; SOUZA, N. G. S. e SOUZA, D. O. Sexualidade na sala de aula: pedagogias escolares de professoras das séries iniciais do ensino fundamental. **Estudos Feministas**. Florianópolis, 12, n. 1, p.109-129, janeiro-abril/2004.

SCHÖN, D. A. **The Reflective Practitioner: how professionals think in action**. London: Temple Smith, 1983.

SILVA, T. T. **O que é, afinal, Estudos Culturais?**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SOUZA, J. F. E a Educação: ¿que?? A educação na sociedade ou a sociedade na educação. Recife: Bagaço, 2004.

TAVARES, I. B. **Deixem que digam, que pensem, que falem: a homofobia na visão dos formandos de licenciatura da UFRPE**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

UNESCO. **O perfil dos professores brasileiros: o que fazem, o que pensam, o que almejam**. São Paulo: Moderna, 2004.

VEIGA-NETO, A. Cultura, culturas e educação. **Revista Brasileira de Educação**, n. 23, p. 5-14, maio/jun/jul/ago, 2003.

ENTRE REFLETIR PROCESSOS GRUPAIS E CONSTRUIR TRAJETÓRIAS: UMA POSSIBILIDADE DE TRABALHO COM GRUPOS

Alexandre Henrique do Nascimento Freitas
Graduação em Psicologia pela UFPE
dinhohenrique25@gmail.com

Joanna Ferrão dos Santos
Graduação em Psicologia pela UFPE
joanna.ferrao@gmail.com

Ísis Maurício Coelho
Graduação em Psicologia pela UFPE
isis_mauricio@hotmail.com

Mayara Lacerda de Mello
Graduação em Bacharel em Psicologia pela UFPE
mayaralacerdapsi@hotmail.com

Karla Galvão Adrião
Docente do Departamento de Psicologia - CFCH
UFPE
galvaoadriao@gmail.com

compreender os processos grupais e a nossa atuação, a partir de uma perspectiva feminista. Acreditamos no trabalho com grupos como ferramenta possível para que as/os jovens tornem-se agentes participantes de suas próprias vidas e possam modificar suas realidades de maneira autônoma.

Palavras-Chave: Trabalho com Grupos, Feminismo, Jovens.

Abstract

The objective of this article is to promote a reflection on working with groups from the experience of Muda group throughout the year of 2012. In addition to reporting an experience of working with young people from lower classes and promote theoretical and methodological discussions in Clinical Psychology and Health. It were performed 09 workshops weekly on the issue of sexual and reproductive rights, with young people between 15 and 19 years old in a Municipal School of Cabo de Santo Agostinho. Furthermore, it were made 10 workshops, throughout 02 weeks, with 80 young people of same age, in the Suape region. The discussion from the workshops contributed to the better understanding of group processes and our doing, characterized as working with group. We believed in working with groups as possible tool for young people to become participating agents of own lives and may change their realities autonomously.

Keywords: working with groups, feminism, young

Resumo

O objetivo deste artigo é promover uma reflexão sobre o trabalho com grupos partindo da experiência do Grupo Muda ao longo do ano de 2012; além de relatar a experiência do trabalho com jovens de camadas populares e promover o debate teórico-metodológico em Psicologia Clínica e da Saúde. Foram realizadas 09 oficinas semanais acerca da temática dos direitos sexuais e reprodutivos, com jovens entre 15 e 19 anos em uma Escola Municipal do Cabo de Santo Agostinho. Também foram feitas 10 oficinas, durante 02 semanas, com 80 jovens de mesma faixa etária, na região de Suape. As discussões decorrentes das oficinas destinaram-se a melhor

Introdução e Objetivos

O Grupo Muda inicia suas atividades no segundo semestre do ano de 2010. Nascido a partir de um desejo de construir um trabalho de extensão que aborde as questões em torno dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, desenvolve a proposta de garantir - para jovens (inicialmente apenas mulheres entre 14 e 18 anos) residentes nas comunidades do entorno da Universidade - um espaço de reflexão na Clínica Psicológica da UFPE. Nesse sentido, a escolha pelo trabalho com oficinas pretende propiciar às/ aos participantes, um modo para repensar possíveis condições de submissão, atuando na autoestima por meio da valorização dos processos grupais (ADRIÃO

et. al., 2012). Nessa trajetória, outras demandas do campo dos direitos sexuais e reprodutivos podem surgir, além de questões de gênero, classe, geração, sexualidade e etnia. Além disso, o Muda se propunha a fomentar um trabalho no formato de intervenção psicológica, trazendo à tona e fortalecendo o debate atual na psicologia sobre clínica ampliada, através de ações que objetivem minimizar desigualdades junto a populações jovens que encontram dificuldades em exercer seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. Atualmente, o Muda é formado por três graduandos da UFPE, uma estudante graduada, uma mestranda da mesma instituição e uma docente.

O Muda traz o projeto de extensão *“Toquem-se”: mulheres e homens jovens e o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos*, uma possibilidade de ampliar, através de um espaço reflexivo, o conhecimento das/os jovens sobre o próprio corpo, entendendo que este é, muitas vezes, objeto de controle de diversos discursos - da escola, família, religião, saúde, etc. É importante ressaltar que o grupo Muda trabalha a partir de uma perspectiva de horizontalidade, entendendo as discussões e reflexões como um processo de negociação de sentidos. No nosso trabalho com grupos, os lugares de facilitadoras/or, militantes, psicólogas/o, feministas estão em constante entrecruzamento. Desse modo, questionamos a ideia de ‘objetividade’, acreditando ser mais importante reconhecer e tornar evidentes nossas posições do que buscar uma ‘inalcançável objetividade neutra’ (HARAWAY, 1995).

Desde sua formação, até o presente momento, o grupo Muda se deparou com alterações: a mudança de seu público, de apenas mulheres para homens e mulheres jovens; de faixa etária, antes de 14 a 18 anos, agora de 15 a 19 anos. Outro ponto foi a modificação de seus espaços de atuação e realização de oficinas, encarando o desafio de sair do próprio espaço da Universidade, na Clínica Psicológica da UFPE e com jovens das comunidades do entorno, para atuar nos Município do Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca-PE, na região metropolitana do Recife; quando em 2012, o grupo realizou uma parceria com projeto “Diálogos para o desenvolvimento social em Suape”, trabalhando mais diretamente com o “Ação Juvenil”¹. Houve a realização de oficinas em Nossa Senhora do Ó, no município de Ipojuca; trabalhando com os jovens da/na própria comunidade em que residem, estudam e vivem.

1 Ação Juvenil é uma das ações do projeto Diálogos para o desenvolvimento social em Suape que se propõe a sensibilizar os/as jovens para diversas temáticas, como: violência contra mulher, álcool e outras drogas, direitos da criança e do adolescente, entre outras.

O objetivo geral do presente trabalho é discutir a experiência do Grupo Muda em sua ação extensionista ao longo do ano de 2012 e, mais especificamente, levantar uma reflexão sobre o trabalho com grupos. Além disso, objetiva relatar a experiência de trabalho com jovens de camadas populares; assim como o debate teórico-metodológico em Psicologia clínica e da saúde, numa perspectiva feminista e de clínica ampliada². Observa-se que o trabalho executado pelo Muda não possui uma finalidade psicoterapêutica; propõe-se uma intervenção terapêutica, promovendo momentos de reflexão, escuta e reelaborações para mulheres e homens jovens através das ações com grupo.

Marco Teórico

O Muda acredita na perspectiva de desenvolvimento participativo, trazida por Julie Maccarthy e Karla Galvão (2001), buscando mobilizar os homens e mulheres jovens através de técnicas participativas, na direção da resolução de problemas sociais, por meio da transformação dos participantes, e através desta, atingir as causas que subjazem àqueles problemas.

Para a resolução desses problemas é preciso que as pessoas tenham a possibilidade de fazer escolhas autônomas e que possam ter maior apropriação do meio em que vivem, sendo elas mesmas que determinam suas decisões. O empoderamento é encarado como o processo em que as pessoas e grupos se tornam cientes da dinâmica do poder em suas vidas e desenvolvem a capacidade de obter um maior controle sobre as mesmas. Trata-se, portanto de um conceito que está “ligado à noção de poder e a de seu oposto, a falta ou ausência de poder” (MACCARTHY; GALVÃO, 2001, p. 3).

Ao falar de empoderamento e poder, é imprescindível citar Paulo Freire (1987) e sua Pedagogia do Oprimido definida como aquela que tem que ser construída *junto aos* indivíduos e não *para* os indivíduos e que possibilite a reflexão da opressão e suas causas; reflexão da qual resultará um maior engajamento na luta por libertação e na qual a pedagogia se construirá e reconstruirá. Freire (1987) define a conscientização do poder como capaz de possibilitar uma maior capacidade organizacional nas pessoas, de modo que elas possam exercer

2 A perspectiva da clínica ampliada considera o/a sujeito/a construído/a em coletividade, levando em conta as relações sociais, culturais, territoriais, econômicas, subjetivas que o/a perpassam, ou seja, valoriza a cidadania ativa e o protagonismo dos/as sujeitos/as. (BRASIL, 2009).

prioridades decididas por elas de maneira autônoma; resultado do empoderamento. Assim acreditamos na perspectiva de que é possível uma adaptação das pessoas a seus espaços de vivência, e que é possível transformá-los a partir de sua criatividade, por meio de técnicas teatrais:

O teatro pode ser uma dinâmica e revolucionária ferramenta de mudança, que facilita o diálogo e a participação reflexiva. O teatro pode dar voz a pessoas socialmente excluídas, podendo ser uma ferramenta na qual as pessoas possam contar suas próprias histórias, encerram dilemas, assuntos e soluções do dia-a-dia, e tratam dos seus problemas reais (MACCARTHY; GALVÃO, 2001, p. 05).

O teatro também pode ser utilizado em iniciativas de pesquisa-intervenção, com a finalidade de aumentar a participação das pessoas em processos de desenvolvimentos já existentes. A partir desta perspectiva de empoderamento e desenvolvimento participativo, acreditamos que o trabalho com grupos é uma ferramenta que potencializa o crescimento autônomo dos/as participantes.

No intuito de auxiliar a prática do facilitador no trabalho *com* grupo, a perspectiva feminista tem servido como norte a partir de três conceitos: reflexividade, criticidade e posicionamento. O ato de ser reflexivo ou ter reflexividade trata de uma atenção contínua por parte do/a facilitador/a, de refletir sobre o processo no/a qual está inscrito/a, sobre o seu lugar no grupo, suas ações e a interface das mesmas com as próprias ações dos demais participantes do grupo. A criticidade se relaciona com a reflexividade na medida em que é preciso estar atento para possíveis falhas no processo de facilitar um grupo, cientes de que, caso elas surjam, possam ser contornadas a partir de um posicionamento atento e crítico-reflexivo (COELHO, MELLO, ADRIÃO, s/d).

Ao refletir sobre sua trajetória, o Muda vem delimitando a sua forma de trabalho com grupos no intuito de melhor compreender os processos grupais. É importante destacar que ao nos referirmos aos processos grupais, assumimos a perspectiva apresentada por Martín-Baró (apud MARTINS, 2003), que prefere o termo “processo grupal”, no lugar de “grupo” ou “dinâmica de grupo”. Utiliza-se “processo” como forma de remeter e encarar um grupo como uma experiência histórica que se constrói em um determinado tempo e espaço e considera a inserção de cada sujeito na sociedade, assim como as

relações que ocorrem no seu cotidiano; entendendo também que as contradições que surgirão no grupo, revelam aspectos da sociedade.

Nesse sentido, Martín-Baró (apud MARTINS, 2003) destaca que o grupo possui um caráter pessoal, que diz respeito mais à realidade pessoal dos membros e um caráter estrutural, o qual se remete à sociedade. Alguns dos parâmetros dos processos grupais destacados pelo autor são: a identidade, o que o grupo é e como se caracteriza na frente de outros grupos; o poder, que envolve não só o grupo em si, mas suas relações com os demais, considerando que o poder se estabelece nas relações sociais, baseando-se na posse de recursos e produz um efeito na mesma relação social. E por fim, o parâmetro da atividade grupal, incluindo neste ponto a significação social do que o grupo produz (MARTÍN-BARÓ, 1989, apud MARTINS, 2003).

Cabe ressaltar um ponto levantado por Martín-Baró, que afirma que grande parte da prática profissional do/a psicólogo/a, principalmente aquela pautada numa perspectiva psicossocial e que tem o envolvimento do trabalho com grupos. Para ele a abordagem da questão do poder passa a ter papel fundamental, sendo um dos aspectos do poder, o ocultar-se, negar-se como tal (MARTINS, 2003).

Metodologia

Utilizamos a perspectiva do livro ARTPAD (MACCARTHY; GALVÃO, 2001) - um recurso para teatro, participação e desenvolvimento, através de uma perspectiva de melhor compreender os processos grupais e sempre pensando no trabalho *em* grupo, *de* grupo e *com* grupo. Este último é o trabalho que exercemos; a partir de um olhar que considera o/a facilitador/a um/a participante, sem deixar de ser aquele/a que também cuida e observa o grupo (COELHO, MELLO, ADRIÃO, s/d). O trabalho se pauta num modelo de oficinas em que os membros intercalam-se nas posições de facilitadores, co-facilitadores e participantes dos grupos.

No primeiro semestre de 2012, foram realizadas 09 oficinas, uma vez por semana com mulheres e homens jovens de 15 a 19 anos de uma Escola Municipal do Cabo de Santo Agostinho, as oficinas duraram em média 1h15m, com o objetivo de discutir os temas propostos (papéis de gênero, violência no namoro, direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, vulnerabilidade). Para a construção das oficinas utilizou-se, como base, o livro ARTPAD, citado anteriormente. As oficinas

são estruturadas em três etapas (Figura 1): a) aquecimento, que contribui para a construção de identidade e integração, além de ser uma preparação para o momento central do objetivo proposto; b) desenvolvimento, que consiste na temática a ser trabalhada; c) o momento final, que prepara o grupo para o fechamento do encontro e no qual se realiza uma avaliação do trabalho vivido (MACCARTHY; GALVÃO, 2001).

Oficina		
Data		
Número de participantes (esperado)		
Número de participantes (real)		
Objetivo		
Tempo		
Material		
Desenvolvimento da oficina	Etapa 1:	Técnica 1: XXXXXXXX (XXmin)
	Aquecimento	Descrição:
	Foco (baixo)	Técnica 2: XXXXXXXX (XXmin)
	Energia (média)	Descrição:
	Tempo (XX min)	
	Etapa 2:	Técnica 3: XXXXXXXX (XXmin)
	Iniciando o fechamento	Descrição:
	Foco (baixo)	Técnica 4: XXXXXXXX (XXmin)
	Energia (baixa)	Descrição:
	Tempo (XX min)	
Avaliação Final:	Etapa 3:	Técnica 5: XXXXXXXXXX (XX min)
	Avaliação	Descrição:
	Foco (baixo)	Técnica reserva: XXXXXXXXXX
	Energia (baixa)	
	Tempo (XX min)	Técnica 6: XXXXXXXX (XXmin)
		Descrição:

Figura 01. Modelo de Oficinas Utilizado pelo Grupo Muda

A primeira oficina realizada objetivou o conhecimento e integração dos participantes do grupo, assim como seus interesses em construir um “contrato de convivência”, a ser seguido durante os encontros. Na segunda oficina foi introduzida a discussão sobre as questões de gênero, “o que é ser homem e o que é ser mulher”; foram utilizadas técnicas com a finalidade de discutir as diferenças entre homens e mulheres e suas implicações. A terceira oficina realizada discutiu a violência no

namoro através de uma história fictícia que era contada e que cada pessoa tinha que completá-la até que fosse finalizada. A quarta oficina visou a reavaliação do contrato de convivência – questões como pontualidade e respeito à fala dos/as outros/as participantes - assim como uma conversa com o grupo sobre futuros temas a serem discutidos, temas estes, propostos por eles/as. A quinta oficina foi realizada e teve como temática os usos da camisinha

e os direitos sexuais; foram utilizados vídeos e técnicas que alimentaram a discussão. A sexta oficina trabalhou a temática dos métodos contraceptivos, com a finalidade de esclarecer dúvidas e levantar reflexões sobre o tema. A sétima oficina abordou a questão da vulnerabilidade, dando continuidade também às questões colocadas na semana anterior. Na oitava oficina foi exibido um vídeo que tratava de questões de gênero e doenças sexualmente transmissíveis e, através do trabalho com desenhos realizados pelos/as participantes, discutiu-se o uso da

camisinha relacionando com os temas anteriores. A nona oficina, por ser a última com o grupo da Escola Municipal, teve o formato de uma oficina de avaliação das atividades feitas com o grupo, para que os/as participantes pensassem em como eles estavam durante todas as oficinas, assim como cada um apresentasse sua opinião em relação ao grupo, aos temas discutidos e às oficinas realizadas.

O Muda, em parceria com o Projeto Diálogos em Suape, realizou oficinas com jovens residentes no Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca, em uma escola estadual na cidade de Nossa Senhora do Ó, durante

o mês de julho no período entre 02 a 13, perfazendo duas semanas, com 10 encontros em grupo. O Muda trabalhou diretamente com o Ação Juvenil, um dos grupos inseridos no Projeto Diálogos e que também visa a intervenção/sensibilização com jovens residentes em comunidades da região de Suape. O principal instrumento utilizado se pautava no empoderamento através da apropriação do recurso de mídias móveis como forma de sensibilização e intervenção. Para isso, o Grupo Muda participou de uma formação em mídias móveis, além de uma formação teórico-metodológica, na qual foram discutidas dimensões essenciais para a atuação com as/os jovens das comunidades: a noção teórica sobre trabalho com grupos utilizando teatro como ferramenta (McCARTHY; GALVAO, 2001); noções teóricas sobre trabalho de pesquisa-ação (FINE, s/d), o uso do diário de campo (OLIVEIRA, 1998) noções sobre o trabalho com os grupos (CASTRO, 2008); o lugar do/da facilitador/a e informações sobre como planejar uma oficina (McCARTHY; GALVAO, 2001).

Na intervenção intitulada “Curso de sensibilização em mídias moveis”, junto a 80 jovens de ambos os sexos, entre 15 e 19 anos, moradores/as das cidades do Cabo e Ipojuca, dividimos a nossa equipe (MUDA e Ação Juvenil) em seis duplas e cada dupla ficou responsável por abordar um tema com um grupo de dezesseis jovens. Os temas foram: álcool e outras drogas; exploração sexual; gravidez na adolescência; violência contra mulher; direito dos adolescentes; IST's e AIDS. Dessa forma, esses temas foram tratados a partir do uso de mídias móveis para a construção de vídeos que os referenciassem. Cada dupla de facilitadores/as realizou oficinas diariamente, com duração de 3 horas cada, ensinando/guiando as/os jovens sobre como produzir um vídeo (curta-metragem) através de técnicas de audiovisual, trechos de filmes (recurso didático) e de orientações. Cada grupo trabalhou seu próprio tema, embora utilizassem as mesmas ferramentas.

Após cada oficina, realizávamos uma avaliação da equipe sobre como foi o dia, observando se as técnicas foram executadas com sucesso, se o objetivo geral foi alcançado, visando sempre atender às demandas das/os participantes, considerando as questões levantadas e as dúvidas que surgiam a cada oficina realizada. Este procedimento tornava cada encontro produtivo não só para o grupo formado na escola, como também para o Muda; fechando o processo de forma mais consistente.

Resultados e Discussão

Ressalta-se que nosso objetivo nesse trabalho é apresentar nossa experiência e nosso modo de realizar trabalho com grupos, mas partimos de uma análise descritiva que não objetiva verdades, nem modos corretos de fazer, e sim uma reflexão sobre essa temática bem como um maior conhecimento por parte do leitor/a sobre nossa prática.

Ao longo da execução no ano de 2012 de seu projeto de extensão, o Grupo Muda se deparou com novas possibilidades e desafios; percebemos a importância de fortalecer nos grupos em que trabalha a possibilidade de exercício de seus direitos, autonomia e voz; aspectos muitas vezes silenciados pelas questões de desigualdades que perpassam as vidas e territórios em que os/as jovens estão inseridos/as; tais como desigualdades de gênero, classe, geração, sexualidade, território. As oficinas realizadas mostraram-se muito produtivas de uma maneira geral, mesmo sendo necessário certo ‘manejo’ do/da facilitador-a de grupos para lidar com imprevistos que surgissem no campo.

Um desafio inesperado foi apresentado ao grupo: nas primeiras 09 oficinas realizadas no Cabo de Santo Agostinho, contamos com um participante que possuía deficiência física e que se locomovia com dificuldades, apenas com a ajuda de muletas. Nesse sentido, foi preciso adaptar as técnicas do ARTPAD e priorizar aquelas em que são utilizados poucos movimentos. O desafio foi grande, visto que a maioria dos exercícios do ARTPAD, baseados em técnicas de teatro, utilizam-se de movimentos do corpo no espaço. Cabe salientar que as técnicas que dão maior destaque ao corpo em detrimento da fala são usadas no intuito de minimizar as desigualdades fruto dos que detêm a fala no grupo. Dessa forma, as alterações visavam possibilitar que todas/os no grupo pudessem participar das oficinas da mesma forma, sem visibilizar ou privilegiar algum/a participante em detrimento de outro/a; não permitindo que o foco recaísse sobre algum/a participante em particular e viabilizando a relação de igualdade na coletividade.

Aqui ressaltamos a importância da sensibilidade do/da facilitador/a e do cuidado com o grupo. Logo na primeira oficina, o formato preparado previamente pelo grupo utilizava técnicas que envolviam movimento, quando apresentadas ao grupo, acabaram por excluir o referido participante. Cabe ao/a facilitador/a perceber tal exclusão

dentro do grupo e promover ajustes de modo que todos/as possam estar aptos/as a participar das atividades propostas. Neste sentido salientamos que a criticidade e reflexividade pretendidas devem estar em exercício constantemente, no processo de trabalho com grupos, para que os ajustes possam ocorrer continuamente.

Durante as reuniões do Grupo Muda - de planejamento e avaliação das oficinas – quase sempre é levantada a questão do papel do/da facilitador/a no processo de formação de um grupo. Em relação ao Muda, criamos um grupo autogestivo³ e sempre tentamos repassar os moldes dessa vivência na execução das oficinas, em que procuramos não reproduzir hierarquias para com as/os jovens; o que acaba sendo outro desafio. Durante as oficinas realizadas neste ano, pelo lugar que ocupamos de facilitadores/as de grupo e também favorecidos pelo espaço institucional-escolar em que foram realizados os trabalhos, os/as participantes acabaram muitas vezes nos enxergando e se dirigindo a nós, integrantes do Muda, como “professores/as” e não como facilitadores/as, que podem se colocar lado a lado deles/as. Fomos alçadas/os a uma posição de poder frente aos/as participantes, posição esta que procuramos ao máximo “diluir” na direção de viabilizar, ao invés de ocultar, esse lugar a nós atribuído e minimizar os efeitos que podem exercer no grupo tal posição. Sobre as relações de poder entre sujeito de pesquisa/intervenção e pesquisador/a, Michelle Fine (2010) faz uma crítica para que este/a não se coloque em uma posição de uma suposta neutralidade. Por outro lado, alerta para que o/a pesquisador/a não coloque sua subjetividade ao ponto de gerar um status que desqualifica o outro e, por consequência, se firma em um lugar de autoridade.

Ainda refletindo esses lugares de poder, pensamos também até que ponto apresentamos técnicas ou discutimos temas que os/as jovens não estão interessados/as em abordar e procuramos minimizar esses fatores através da participação dos/das próprios/as jovens no processo de construção das próximas oficinas, solicitando-lhes que apresentem e sugiram temáticas e formas de trabalhar que mais lhe agradem, procurando, sempre que possível, atender as demandas que nos são apresentadas. Por isso mesmo, o planejamento da oficina se dá semanalmente, de modo a acompanhar o interesse

das/os jovens pelas temáticas trabalhadas.

Embora não possamos fazer generalizações, acreditamos ser importante destacar, já que partimos de uma perspectiva de reflexividade e posicionamento, a diferença sentida pelos/as facilitadores/as ao realizarem oficinas semanais (no primeiro semestre) e oficinas diárias (segundo semestre). Percebemos que a relação facilitador/a-participante construída diariamente tornou-se mais intensa, o que colaborou para que o crescimento do grupo e o sentimento de coesão e pertencimento deste se desse de forma mais acelerada.

Considerações Finais

O trabalho realizado pelo Muda pretende ser reflexivo e produtivo, na tentativa de proporcionar aos/às participantes o máximo de desejo de participação e desenvolvimento, bem como crescente consciência de suas vivências do dia-a-dia. Espera-se que, através dessa perspectiva de atuação, seja possível a mudança e resolução de problemas de maneira autônoma e automotivada, a partir dos debates sobre os temas e sobre as demandas que o próprio grupo apresente. Pensamos também em nosso lugar de facilitador/a-integrante do grupo, com relação ao poder que perpassa nossa relação com os integrantes do grupo. Sabemos que estamos passíveis de, mesmo atentos/as e sem intenção, vir a exercer sobre os/as jovens um certo poder, que retire a prerrogativa de igualdade entre participantes no processo grupal. Os/as jovens, por sua vez, nos colocam, muitas vezes, no lugar daqueles/daquelas que detêm o conhecimento, reiterando uma norma que distancia do processo de autoconhecimento e engajamento na resolução dos próprios problemas e dos problemas da comunidade.

Percebemos que o trabalho realizado pelo Muda pretende que os/as jovens sejam agentes participantes de suas próprias vidas. Desse modo, necessitamos do constante exercício da reflexão e crítica em nosso olhar para com cada comunidade que trabalhamos; refletindo em uma forma de crescimento tanto profissional quanto pessoal. O Muda acredita que o trabalho com grupos é uma ferramenta possível para que os/as jovens tornem-se agentes participantes de suas próprias vidas e que possam modificar suas realidades de maneira autônoma. Estamos em constante reflexão sobre o fato de que falamos de um lugar (estudantes/profissional de Psicologia da UFPE); lugar que causa sempre um impacto nos grupos de jovens em

³ Um grupo que trabalha de forma autônoma, sem divisões hierárquicas e que é administrado por seus/suas próprios/as membros, embora a profa atue como supervisora das oficinas ministradas pelas/os estudantes.

vulnerabilidade social, com os quais trabalhamos. Então, a questão é sensibilizarmos esse olhar para esta realidade, e questionando sobre os processo de mudança, entendendo que as mesmas são possíveis e que possibilidades são construídas em processo.

Referências

ADRIÃO, K. G.; COELHO, I. M.; LACERDA, M.; TORRES, K. A.; SANTOS, M. E. Conversando sobre direitos sexuais e reprodutivos com mulheres e homens jovens de camadas populares: a experiência do grupo MUDA. In: SANTOS, W. P.; MELO, J. R.; NUNES, M. C. M., Edilson Fernandes de Souza (Org.). *Universidade e sociedade em dialogo: temos fome de que?* Recife : PROEXT, 2012.

AYALA, J.; TORRE, M. E. Envisioning Participatory Action Research Entremundos. *Feminism & Psychology*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, v. 19, p. 387 – 393, 2009.

BRASIL. Clínica ampliada e compartilhada. Série B *Textos Básicos de Saúde. Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS*. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

FINE, Michelle et al. Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução Sandra Regina Netz. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.115-139.

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

COELHO, I. M.; MELLO, M. L.; ADRIÃO, K. G.. Trabalho com grupos. In: *Manual de trabalho com jovens*. Projeto Diálogos. No prelo.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*. Núcleo de Estudos de Gênero/ UNICAMP. São Paulo. 1995.

MACCARTHY, J.; GALVÃO, Karla. *Um recurso para o teatro, participação e desenvolvimento*. Recife: Projeto ARTPAD, 2001.

MARTIN, S. T. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 15, p. 201 – 217, 2003.

ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO DE COMPORTAMENTOS RESILIENTES EM UM GRUPO DE DEPENDENTES QUÍMICOS INTERNADOS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Vanessa Ribeiro Barboza, estudante de graduação de psicologia da UFPE. (barboza-vanessa@bol.com.br) Rubenilda Maria Rosinha Barbosa, psicóloga, doutora em antropologia, professora do Departamento de Psicologia da UFPE. (rosinha.barbosa@uol.com.br)

Resumo

Pesquisa-ação na área da Psicologia Comunitária. Baseada no marco teórico metodológico da Resiliência, Dependência Química e Comunidade Terapêutica, objetivou desenvolver comportamentos resilientes em um grupo de dependentes químicos que estavam internados em uma Comunidade Terapêutica. Foram realizados encontros semanais, com duas horas de duração, durante sete meses. As temáticas fizeram referência à dependência química, internamento, reinserção social, redes de apoio, relações interpessoais e habilidades intrapsíquicas. Os resultados obtidos foram: mais reflexão e autoconhecimento, favorecendo aos sujeitos se implicarem nas situações; maior conscientização devido às discussões sobre questões pessoais e o vivenciar novas experiências; empoderamento, participação e autonomia, como consequência de uma relação horizontal com a facilitadora; aprendizagens com o outro, ajuda mútua, identificações e contato com as diferenças. Essas considerações pareceram sugerir como posturas fundamentais para uma prática do cuidado a compreensão da dependência química como um fenômeno complexo e multifatorial, assim como um olhar sem preconceitos diante do usuário.

Palavras-Chave: Resiliência- Dependência química- Comunidade terapêutica.

Abstract

Action research in the area of Community Psychology. Based on theoretical framework and methodology of the Resilience, Chemical Dependency and Therapeutic Community, attempted to develop resilient behaviors in a group of drug addicts who were admitted in a therapeutic community. Meetings, of two hours, were made weekly, during seven months. The themes made references to chemical dependency, internment, social reintegration, support networks, interpersonal skills and intrapsychic. The got results were: more reflection and self-knowledge, favoring the subjects to get involved in situations; greater awareness due to personal discussions about issues and new experiences; empowerment, participation and autonomy, as a consequence between horizontal relationship and facilitator; learning with another, mutual help, identifications and contact with differences. These considerations seems to suggest as fundamental postures to practice of caring to the understanding of chemical dependency as a complex and multifactorial phenomenon, as well as the look without prejudiced of the addict.

Keywords: Resilience- Chemical Dependency- Therapeutic Community.

Introdução e objetivos

O presente subprojeto está vinculado a uma pesquisa-ação maior denominada: “Investigando o desenvolvimento de estratégias que promovam comportamentos resilientes em comunidades”, que é coordenada pela orientadora desse projeto. Está inserida na área da Psicologia Comunitária, dentro de uma abordagem psicopedagógica. Visa à atenção primária e a promoção da saúde mental, o que provavelmente conduzirá ao desenvolvimento de comportamentos resilientes.

O projeto em pauta foi desenvolvido numa comunidade terapêutica, com o objetivo de fortalecer o grupo, que era constituído por pessoas que estavam internadas por apresentarem uma dependência da droga. Tais pessoas se encontravam fragilizadas, como geralmente ocorre com quem estabelece

uma relação de dependência com a droga. Nesse sentido, já não tinham mais perspectiva de vida sem fazerem o uso da droga; todo dinheiro e energia que dispunham eram investidos na obtenção das drogas; o círculo de amizade limitava-se a usuários de drogas; não trabalhavam ou haviam sido demitidos devido ao uso da droga; as relações familiares estavam tão fragilizadas que alguns elementos do grupo haviam sido abandonados pelos familiares.

O uso de drogas sempre esteve presente na sociedade, o álcool por exemplo é consumido desde os tempos bíblicos, sendo quase impossível encontrar uma sociedade sem drogas. Elas remetem a necessidades médicas, religiosas e gregárias. São utilizadas em ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer (CARNEIRO, 2011). Usa-se drogas para se relacionar com o transcendente, como refúgio dos problemas, para relaxar, para ficar desinibido, para interagir no grupo, para se sentir onipotente, dentre vários outros motivos.

Porém, a forma como o sujeito se relaciona com a droga é que pode ser prejudicial. Os padrões de uso são: 1) uso esporádico, episódico ou experimental que não acarreta danos para o sujeito; 2) abuso, uso nocivo ou uso problemático que já se associa a algum prejuízo; 3) dependência, um uso sem controle e associado a prejuízos sérios para o usuário (LARANJEIRA & NICASTRI, 1996).

Segundo o II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, a taxa de dependência do álcool foi de 12,3%, tabaco 10,1%, maconha 1,2%, benzodiazepínicos 0,5%, solventes 0,2% e estimulantes 0,2%. Tais valores aparentemente pequenos não minimizam os efeitos graves causados pela dependência, além do sofrimento dos usuários e seus cuidadores. Vale ressaltar que além destes dados da dependência, também existem as pessoas que têm o uso abusivo. No Brasil a grande utilização das drogas tem sido considerada uma questão de saúde pública e vem sendo adotadas medidas para lidar com tal problemática, tais como o tratamento aos usuários de drogas oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPs AD), bem como pelo Programa Atitude.

Desse modo, baseado no referencial teórico-metodológico acima referido, discente e docente desenvolveram e avaliaram estratégias de intervenção psicossocial com o intuito de favorecer o desenvolvimento de comportamentos resilientes em um grupo que se encontrava fragilizado psicologicamente pela dependência da droga.

Marco teórico

A dependência química, segundo Dalgalarrrondo (2008), consiste em um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias psicoativas que provoca repercussões psicológicas, físicas e sociais. Os sintomas da dependência, segundo o Manual Estatístico e Diagnóstico (DSM-IV) da Associação de Psiquiatria Americana (APA) são: a) tolerância (necessidade de quantidades maiores da substância para se obter o efeito desejado ou redução do efeito com uso recorrente da mesma quantidade de substância); b) sintomas de abstinência decorrentes da redução ou interrupção do uso, assim como a necessidade de consumir a droga para aliviar ou evitar os sintomas da síndrome de abstinência; c) a substância é usada por um tempo maior que o pretendido inicialmente; d) fracasso em controlar ou reduzir o consumo da droga; e) abandono de atividades e interesses que não envolvam seu consumo; f) muito tempo de seu dia é direcionado para a substância; g) o uso persiste apesar das consequências negativas decorrentes do uso da droga. É considerada substância psicoativa, qualquer composição química capaz de modificar uma ou várias funções do Sistema Nervoso Central, produzindo diversos efeitos psicológicos e comportamentais.

Para além dos sintomas físicos decorrentes da substância química, a dependência também envolve fatores sociais e psicológicos. Por conta disso é necessário promover recursos internos e externos aos sujeitos para superarem uma relação estabelecida com a droga que traz sofrimento aos usuários e seus familiares ou cuidadores.

Falar sobre promoção de saúde, superação e proteção diante da dependência química implica necessariamente em falar de Resiliência que, segundo Munist e outros (1998 *apud* MELILO, ESTAMATTI & CUESTAS, 2005, p. 60), “é a capacidade do ser humano de enfrentar as adversidades da vida, superá-las e ser transformado positivamente por elas”.

A Resiliência é um construto que surgiu nas ciências exatas, mais especificamente na Física. Nesta é conceituada como “a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica” (Novo Aurélio, 1999 *apud* YUNES, 2003). Na contemporaneidade esse conceito tem sido utilizado nas ciências da saúde, humanas e sociais. O estudo da resiliência surgiu numa tentativa de se voltar para as potencialidades e capacidades humanas, um movimento contrário à

psicologia inclinada para a patologia e os fatores de risco. É importante ressaltar que a resiliência não é um traço inato, nem definitivo, mas ela pode ir sendo construída dependendo do entorno e das relações que o sujeito estabelece (MELILO; ESTAMATTI & CUESTAS, 2005).

A primeira geração de pesquisas com enfoque na resiliência, especificamente na Psicologia, surgiu em meados do século passado. Objetivava verificar quais os fatores protetores que influenciavam a adaptação de crianças que viviam em ambientes adversos. Mais precisamente o que diferenciava crianças que viviam nas mesmas condições adversas, vez que algumas conseguiam se adaptar positivamente enquanto outras não (INFANTE, 2005). Um dos estudos decisivos desta geração foi realizado por Werner e Smith (*apud* MELILLO, OJEDA & cols., 2005). Consistiu num estudo longitudinal de 30 anos, onde 698 crianças da ilha de Kauai, Havaí, foram acompanhadas desde 1955 até sua vida adulta. Cerca de 30% delas tiveram experiências de estresse e/ ou foram criadas por famílias classificadas como disfuncionais, devido a brigas constantes, ausência do pai, alcoolismo ou doenças mentais. Apesar do ambiente desfavorável, algumas crianças conseguiram ter um desenvolvimento sadio e positivo (WERNER, 1989 *apud* GORGAL & GOYRET).

No decorrer do desenvolvimento histórico desta perspectiva, a maioria dos pesquisadores desta geração começou a ampliar o seu foco de estudo, não ficando mais restrito apenas ao indivíduo. Portanto, a resiliência passou a ser vista a partir de três aspectos (modelo triádico): as características individuais, os aspectos da família e as características dos ambientes sociais (INFANTE, 2005).

A segunda geração, emergente na década de 90, trouxe a noção de resiliência enquanto um processo e procurou desenvolver programas sociais que a promovessem. Os pioneiros desta perspectiva foram Rutter (1991) e Grotberg (1993) (*apud* INFANTE, 2005). Muitos pesquisadores desta geração adotaram o modelo ecológico-transacional de resiliência que considerava o sujeito enquanto inserido em uma ecologia determinada pela interação entre diferentes níveis- individual, familiar, comunitário (os serviços sociais) e cultural (valores sociais)- que exerciam uma influência direta no seu desenvolvimento humano (*ibid.*).

No que concerne à comunidade terapêutica, dentre alguns dos incentivos que, ao longo da história, contribuíram para a sua criação tem-se, em

1860, a formação do Grupo Oxford. Neste, os seus integrantes se reuniam para ler e estudar a Bíblia e tinham um compromisso com a honestidade. Após vários anos, observou-se que 25% dos participantes deste grupo eram alcoolistas em recuperação. O grupo de Alcoólicos Anônimos, influenciado pelo Grupo Oxford, teve sua origem nos EUA, a partir da reunião de alcoolistas para compartilhar suas tentativas e esforços para ficarem abstinente (FRACASSO, 2008).

Em 1953, o psiquiatra Maxwell Jones implementou a comunidade terapêutica com pacientes psiquiátricos, diferenciando-se da metodologia utilizada nos hospitais psiquiátricos da época. O foco era numa abordagem grupal e menos hierarquizada. Posteriormente, nos Estados Unidos, esta metodologia foi adaptada para o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas (CHRISTEN, 2012).

Desse modo, em 1958, na Califórnia, Chuck Dederich e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram morarem juntos, visando a abstinência e buscando um estilo alternativo de vida, dando origem a primeira Comunidade Terapêutica que foi chamada Synanon. As características desta comunidade foram o clima carismático e a ajuda mútua. Posteriormente, a comunidade Daytop Village foi fundada em 1968 pelo Monsenhor William O'Brien e David Deitch, sendo considerada o exemplo mais significativo desta abordagem. Tais movimentos, até hoje influenciam a maioria das comunidades terapêuticas (FRACASSO, 2008).

A comunidade terapêutica que inicialmente era voltada apenas para alcoolistas, ampliou-se para outras substâncias psicoativas devido ao surgimento da procura por jovens usuários de outras drogas que queriam se manter abstinente. O surgimento das comunidades terapêuticas teve início nos EUA e depois se expandiu para a Europa. No Brasil, a primeira comunidade terapêutica surgiu em 1968, chamada Desafio Jovem (*ibid.*).

Sendo um dos recursos utilizados para o tratamento da dependência química a comunidade terapêutica, segundo Mowrer (*apud* FRACASSO, 2008), tem como princípios: 1) Partilhar bens e experiências; 2) A honestidade; 3) Ausência de relações verticalizadas, pois todos que estão internados apresentam a mesma problemática, inclusive os monitores, responsáveis por liderar a comunidade terapêutica, foram usuários de drogas que concluíram o internamento e estão em processo de recuperação, onde há uma troca e ajuda mútua

entre os monitores e os residentes; 4) Espiritualidade, onde estudar a Bíblia e buscar uma ajuda divina são bastante utilizadas para buscar força e esperança para superar a dependência química. A principal forma de tratamento é a convivência grupal.

O foco de uma comunidade terapêutica é a abstinência e tolerância zero às drogas (modelo norte americano). Para George De Leon (2000 *apud* FEBRACT), representa uma abordagem de autoajuda, não estando inserida numa ênfase médica, psicológica ou psiquiátrica. Cada residente tem suas funções e responsabilidades para manter o seu funcionamento adequado, onde existem regras estabelecidas previamente que os indivíduos se comprometem a cumprir.

Em relação à abordagem de uma comunidade terapêutica, de acordo com Goti (1997 *apud* FRACASSO 2008), é necessário que o tratamento seja aceito de forma voluntária, sendo um recurso que não se adequa a todos os tipos de dependentes químicos. Trata-se de um modelo residencial que deve facilitar a reinserção social dos residentes após o término do internamento, assim como o residente é visto como o principal ator de seu tratamento.

As Resoluções da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº. 101 de 30 de maio de 2001 e nº. 29 de 30 de junho de 2011 oficializaram o reconhecimento das comunidades terapêuticas, pelo Ministério da Saúde, como um serviço oferecido a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Tais resoluções vêm delimitar as condições físicas, organizacionais e humanas que são essenciais para o desenvolvimento do tratamento na comunidade terapêutica, assim como garantir que violações de direitos humanos não sejam cometidas com os residentes.

As principais críticas feitas às comunidades terapêuticas pelos conselhos de psicologia são o enfoque religioso, que pode desrespeitar o direito que o sujeito tem de escolher ter ou não uma orientação religiosa, o proibicionismo/ abstinência que exclui a autonomia do sujeito, o isolamento social que é tido como indo de encontro com os ideais da Reforma Psiquiátrica.

A comunidade terapêutica busca o fortalecimento através de uma ajuda mútua, mas também é um ambiente em que o sujeito encontra dificuldades (saúde da família, adaptação ao ambiente novo, convívio com diferentes pessoas), assim como visa prepará-lo para lidar com adversidades após o internamento. Diante

deste contexto, a busca pelo desenvolvimento de comportamentos resilientes se faz necessária.

Metodologia

Foi escolhida a metodologia da Pesquisa-Ação para o desenvolvimento desse trabalho que, de uma forma sucinta, resulta numa intervenção na vida social com o intuito de produzir mudanças. Nesse sentido, Amatuzzi (1996, p. 13) menciona ser típico dessa metodologia o fato dela “visar como resultado uma ação, um planejamento de ação, ou aperfeiçoamento da ação em curso. Assim entendida, ela corresponde à reflexão crítica que acompanha uma ação no sentido de orientá-la e melhorá-la”.

O público alvo foram dependentes químicos de drogas lícitas e ilícitas, do sexo masculino, com baixa escolaridade, maiores de idade, pertencentes, em sua grande maioria, a baixa renda, que estavam internados numa comunidade terapêutica vinculada a uma igreja evangélica. Caracterizou-se por ser um grupo aberto, pois apesar do internamento ter capacidade para 10 vagas (anteriormente eram 15), a quantidade de pessoas variava bastante, porque existiam os novatos, os desistentes e os que terminavam o programa de seis meses e recebiam alta.

Foram realizadas oficinas com o grupo todas as segundas-feiras, com duas horas de duração, durante sete meses, perfazendo 27 encontros. O local era numa sala dentro da própria comunidade terapêutica. Em cada encontro trabalhou-se uma temática previamente estabelecida pela facilitadora ou pela demanda do grupo. Foram utilizados diversos recursos, tais como técnicas de relaxamento, desenho, vídeo, dramatização, dentre outros. Ao final de cada encontro era solicitado, pela facilitadora, que o grupo fizesse uma avaliação da oficina realizada, bem como a sugestão de temas que gostariam de trabalhar nas próximas.

A escolha dos temas levou em consideração uma definição de resiliência, proposta por Grotberg (1993 *apud* INFANTE, 2005), a partir de uma perspectiva dinâmica que a considera como resultante da interação entre três níveis: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou). Assim, buscou-se identificar os suportes sociais (familiares, religiosos, institucionais, dentre outros) que o grupo tinha para apoiá-lo diante de dificuldades. No que concerne às habilidades e força interna, trabalhou-se temáticas voltadas para o autoconhecimento, resolução de

problemas, motivação, autoestima, expressão de sentimentos, relações interpessoais, etc.

O foco dos temas era voltado tanto para o enfrentamento de dificuldades pessoais e interpessoais vivenciadas dentro do contexto do internamento, quanto para a formação de projetos de vida e superação de dificuldades quando eles retornassem para o convívio com seus familiares e comunidades de origem.

Durante os encontros, a facilitadora optou por adotar uma postura que deixasse o grupo mais livre para fazer suas colocações e tirar suas conclusões das atividades realizadas, visando o desenvolvimento de autonomia e iniciativa. Entretanto, fazia intervenções para finalizar um raciocínio proposto pelo próprio grupo, acrescentando o que achasse pertinente para o momento, como também atuando em momentos de agitação e conflito no grupo.

Avaliações eram realizadas ao final de cada encontro, como também foram efetuadas duas outras, uma na metade e outra no final do projeto. De forma que dois encontros foram disponibilizados unicamente para esta temática, sendo um momento dedicado a repensar, refletir, acerca da importância e repercussão das atividades desenvolvidas na vida do grupo. Após os encontros, se alguém tivesse tido um comportamento agressivo ou mostrasse desinteresse pelo encontro, a facilitadora conversava com a pessoa na tentativa de compreender o que ela estava sentindo ou pensando sobre o grupo, assim como suscitar reflexões sobre outras alternativas que poderiam ser efetuadas para melhorar tal situação.

Nas atividades realizadas, a facilitadora sempre procurava implicar as pessoas e o grupo nas situações, com a finalidade de que percebessem que o controle principal de suas vidas era interno, o que poderia provocar o desejo de mudança. Nesse sentido, Siebert (2007) menciona que pessoas que têm um centro de controle externo tendem a se sentir como vítimas e culpam os outros pelas coisas que acontecem em suas vidas, tendo, portanto, dificuldades de se adaptarem a situações difíceis.

A facilitadora fazia o registro do desenvolvimento de todos os encontros, relatando as falas, as dificuldades, os pontos positivos e suas possíveis repercussões no grupo. Esse material era analisado e discutido durante as reuniões de orientação com a supervisora. Nesse espaço refletia-se sobre a eficácia ou não das oficinas realizadas, bem como o planejamento das seguintes.

Resultados e discussão

O grupo atendido pode vivenciar diferentes formas de expressão de pensamentos e sentimentos (verbal, corporal, artística), assim como refletir sobre diversas estratégias de enfrentamento de adversidades e solução de problemas. O autoconhecimento e a reflexão provavelmente possibilitaram que os sujeitos ficassem mais preparados para lidar com dificuldades. Da mesma forma como a conscientização de seu modo de pensar, agir e sentir, decorrentes de questionamentos feitos pela facilitadora e pelo grupo, facilitou mudanças, o desenvolvimento de uma responsabilidade e implicação diante das situações.

O trabalho feito em grupo proporcionou aprendizagens, identificações a partir do discurso do outro e uma ajuda mútua. Isto possibilitou que os sujeitos conhecessem diferentes formas de perceber uma mesma situação, levando-os a aprender lidar com as diferenças e gerenciar as discordâncias, da mesma forma que também puderam verificar que outras pessoas também passaram por situações semelhantes as suas.

A avaliação constante feita pela facilitadora possibilitou que as pessoas dessem sua opinião, pudessem se sentir valorizadas e reconhecidas como pertencentes ao grupo. A forma humanizada como a facilitadora conduzia os encontros, utilizando uma linguagem simples e acessível, não se colocando no lugar de especialista e superior, assim como a disponibilidade de dar voz ao grupo foram pontos positivos relatados durante o decorrer do projeto. Refletir sobre diversos assuntos e a possibilidade de vivenciar atividades que antes não tinham tempo ou interesse de fazer, como por exemplo, desenhar, também foram pontos positivos ressaltados pelo grupo.

Surpresas, descontrações, concordâncias, resistências, conflitos, frustrações, solidariedades, confrontos, participações, conselhos... tudo isso pode ser vivenciado pelo grupo, o que certamente contou como aprendizagens e experiências significativas.

Considerações finais

Considerar que a dependência necessita apenas de tratamento médico é limitar um fenômeno bastante complexo. É preciso também utilizar recursos sociais e psicológicos para fortalecer o sujeito dentro de uma perspectiva holística, encarando os diversos fatores que interagem e estão relacionados com o uso da droga.

Da mesma forma, olhar para o usuário de drogas

como perverso, manipulador e mentiroso é ter uma visão moralista e que restringe o seu potencial. O usuário de droga tem uma vida que vai além dela. Ele tem seus desejos, sonhos, habilidades e projetos, assim como é um sujeito que tem direitos. Atenção, respeito, confiança e escuta compreensiva, indo na direção contrária à forma preconceituosa com a qual os usuários de drogas geralmente são tratados, demonstrou ser um diferencial na vida do grupo alvo deste projeto.

Referências

AMATUZZI, Mauro Martins. A Investigação do Humano: um debate. **Estudos de Psicologia**. v. 11, n. 3, 1994. Revista quadrimestral do Instituto de Psicologia da PUCAMP.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro**. v. 6, p. 115-128, 2011.

CHRISTEN, O. F. O tratamento psicossocial em comunidade terapêutica para dependentes de substâncias psicoativas SPA. Disponível em: <<http://www.cruzazul.org.br/downloads/O%20Tratamento%20Psicossocial%20em%20Comunidade%20Terap%C3%AAutica%20para%20dependentes%20de%20SPA.pdf>> Acesso em: dezembro de 2012.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (FEBRACT). Disponível em: <<http://www.febract.org.br/>>. Acesso em: dezembro de 2012.

FRACASSO, L. Comunidade terapêutica: uma abordagem psicossocial. 2008. Disponível em: <<http://www.fef.unicamp.br/bibli/encontrointerdisciplinar/Texto%202%20Laura.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2012.

GORGAL, A. C.; GOYRET, M. E. Resiliência... da dor à esperança. Disponível em: <<http://www.maosdadas.org/arquivos/file/Recursos%20oferecidos/Resiliencia%20-%20da%20dor%20a%20esperanca.pdf>> Acesso em: outubro de 2012.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILO, A.; OJEDA E. N. S. & cols. (Org.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LARANJEIRA, R. & NICASTRI, S. Abuso e

dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.; DRACU, L. & LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 1996.

MELILO, A.; ESTAMATTI, M.; CUESTAS, A. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: MELILO, A.; OJEDA E. N. S. & cols. (Org.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/res_0101.pdf> Acesso em: dezembro de 2012.

SIEBERT, A. **La resiliencia: construir em La adversidad**. Barcelona: Alienta editorial, 2007.

Taxa de dependência. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/indicadores/327428.pdf> Acesso em: dezembro de 2012.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**. v. 8. p. 75-84, 2003.

HOMENS, GÊNERO E PRÁTICAS DE SAÚDE: AÇÃO EXTENSIONISTA NA REGIÃO DE SUAPE

MEN, GENDER AND HEALTH PRACTICES: OUTREACH IN THE SUAPE REGION

Benedito Medrado¹

Túlio Quirino²

Michael Machado³

Claudemir Izidorio da Silva Filho⁴

Júlio Manoel Timóteo Neto⁵

Resumo

Este artigo versa sobre as Ações de Monitoramento e Avaliação Contínuas que estão sendo desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE), no âmbito do programa “Diálogos para o Desenvolvimento Social de SUAPE”, particularmente no que tange às atividades dirigidas aos homens que atuam nas empresas terceirizadas, responsáveis pela construção de uma Refinaria e uma Petroquímica no Complexo Suape. As atividades diretas com esses homens estão

1 Mestre e Doutor em Psicologia Social – PUC/SP; Professor de graduação e pós-graduação em Psicologia – UFPE. E-mail: beneditomedrado@gmail.com

2 Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. É Assistente no Programa Diálogos, mais especificamente no projeto Diálogos com os Homens das Terceirizadas; Integrante do Grupo de Pesquisas em Gênero e masculinidades – Gema/UFPE.

3 Psicólogo, Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. É Assistente no Programa Diálogos, mais especificamente no projeto Diálogos com os Homens das Terceirizadas; Integrante do Grupo de Pesquisas em Gênero e masculinidades – Gema/UFPE.

4 Estudante de Psicologia e estagiário do projeto Diálogos com os Homens das Terceirizadas, Integrante do Grupo de Pesquisas em Gênero e masculinidades – Gema/UFPE.

5 Estudante de Ciências Sociais e estagiário do projeto Diálogos com os Homens das Terceirizadas, Integrante do Grupo de Pesquisas em Gênero e masculinidades – Gema/UFPE.

sendo desenvolvidas pela ONG Instituto Papai, cujo objetivo é sensibilizar e envolver esses homens, a partir da perspectiva de gênero, em temas relativos à saúde, autocuidado, prevenção às violências e uso de drogas. Ao GEMA/UFPE cabe o acompanhamento e avaliação contínuos das ações executadas pela ONG, articulando conhecimentos relativos ao campo de estudos sobre gênero e masculinidades, bem como à tradição de pesquisas sobre avaliação em saúde, a partir de um enfoque psicossocial. Neste texto, apresentamos considerações acerca do processo de acompanhamento das atividades desenvolvidas neste contexto específico, de modo a fomentar reflexões sobre intervenções sociais realizadas em contextos de grandes obras.

Palavras-chave: Avaliação; Homens; Práticas de Saúde

Abstract

This paper discusses the ongoing monitoring and evaluation carried out by the Center for Research on Gender and Masculinities (GEMA/ UFPE) of work being implemented by the Papai Institute as part of the “Dialogues for Social Development in SUAPE” program. The Papai Institute is an NGO that has as its goal to engage men using a gender perspective, and to raise awareness on issues related to health, self-care, violence prevention, and drug use. Combining knowledge from the field of masculinity and gender studies with a psychosocial approach to traditional health evaluation research, GEMA/ UFPE is monitoring and evaluating the Papai Institute’s activities with men who work in outsourcing companies, and who are responsible for the construction of the Suape complex, which includes an oil refinery and a petrochemical plant. In this paper, we offer insights on the process of monitoring these activities in order to promote reflection on social interventions in the context of large-scale industrial projects.

Keywords: Evaluation; Men; Health Practices

Introdução

Este trabalho integra um Programa mais amplo de pesquisa e extensão universitária que envolve um conjunto de projetos desenvolvidos na microrregião de Suape, a partir de convênio entre a UFPE,

Refinaria Abreu e Lima e diversas entidades locais.

O projeto “Diálogos para o Desenvolvimento Social em Suape” visa contribuir para o desenvolvimento social da região de Suape, buscando potencializar processos e acessos aos direitos humanos e sociais da população e, ao mesmo tempo, desenvolver ações que possam contribuir para a redução dos índices relacionados a problemas de saúde e violência, especialmente a partir de orientações no contexto da sexualidade e da gravidez na adolescência; da prevenção das DST/AIDS; do enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, à violência masculina e à violência contra as mulheres, bem como ações voltadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

O contexto de desenvolvimento deste projeto abrange os municípios de Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca. A população estimada nestas cidades é de 265 mil habitantes, sendo, respectivamente, 185.123 no Cabo de Santo Agostinho e 80.542 em Ipojuca (IBGE, 2010). Esses municípios são marcados historicamente por desigualdades sociais e econômicas, de diferentes ordens, contexto este que já se mostra capaz de tornar os moradores mais vulneráveis a uma diversidade de agravos sociais e de saúde e com baixa demanda dos equipamentos sociais públicos, a maioria deles com dificuldades estruturais.

Atualmente, esta região abriga a instalação da Refinaria Abreu e Lima e do Estaleiro Atlântico Sul, grandes empreendimentos que tem mobilizado desde a década passada altos investimentos financeiros e consequentes transformações socioeconômicas e culturais nesta região. Um dos principais motivos destas transformações decorre da chegada de milhares de homens, oriundos de diferentes regiões do país, atraídos pelas ofertas de emprego e possibilidade de melhoria de vida, oferecidas pela promessa de contratação de mão-de-obra para ocupar uma quantidade estimada em 40.000 postos de trabalho nas empresas responsáveis pela construção do complexo de Suape.

No entanto, apesar dos investimentos previstos para a região, os indicadores sociais são preocupantes. Entre 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Cabo de Santo Agostinho cresceu 12,22%, passando de 0,630 para 0,707. Não obstante, ainda que a renda per capita média do município tenha crescido 31,96% e a pobreza diminuído 10,23% (passando de 56,4%, em 1991, para 50,7%, em 2000), a desigualdade cresceu: o Índice de Gini passou de 0,51, em 1991,

para 0,57, em 2000 (PNUD, 2003). Em Ipojuca, no mesmo período, o IDH-M foi acrescido em 24,15%, passando de 0,530, em 1991, para 0,658, em 2000. A renda per capita média do município também cresceu, neste caso 60,67%, e a pobreza diminuiu 21,87%, passando de 77,3% para 60,4%. No entanto, a desigualdade também cresceu: o Índice de Gini passou de 0,46, em 1991, para 0,55, em 2000 (PNUD, 2003).

Segundo a classificação do PNUD, os municípios estariam entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8), ocupando, respectivamente, a 2869ª e 3629ª posições entre os municípios do Brasil. Em relação aos outros municípios do Estado de Pernambuco, Cabo de Santo Agostinho ocupa a 16ª posição e Ipojuca a 43ª (PNUD, 2003).

A melhoria da qualidade de vida revelada nos indicadores pode ser atribuída aos investimentos no âmbito das políticas sociais públicas realizadas nos municípios. Entretanto, no caso destes municípios, em especial, novas e significativas problemáticas sociais estão sendo adensadas às já existentes como resultado dos impactos sociais decorrentes do desenvolvimento industrial na região.

Assim, os efeitos promovidos por estas transformações apontam a necessidade de que os governos locais estejam atentos à garantia de acesso da população aos seus direitos de cidadania, com serviços de qualidade nos setores de saúde, educação e assistência social. Neste particular, torna-se fundamental a realização de estudos e projetos sociais que possam acompanhar, analisar, refletir e intervir sobre as vulnerabilidades sociais e as formas construídas pelas políticas institucionais públicas para atender às demandas da população.

O projeto “Diálogos para o Desenvolvimento Social em Suape” abrange em seu plano de trabalho sete subprojetos, os quais se estruturam a partir de intervenções focadas em metodologias participativas de educação comunitária com a população local, além de ações de formação, capacitação e sensibilização voltadas a profissionais e também a grupos de homens, mulheres e jovens, e levantamento e tratamento de informações sobre a realidade local.

Neste artigo, focalizaremos um desses subprojetos, coordenado pela equipe do Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE), que tem como foco a promoção da equidade de gênero e o enfrentamento da violência a partir de ações voltadas aos homens que atuam nas empresas terceirizadas, responsáveis pela construção da

Refinaria. As ações diretas junto a esses homens estão sendo desenvolvidas pela equipe da ONG Instituto Papai. O objetivo dessas ações é promover a sensibilização e o envolvimento de trabalhadores do sexo masculino, funcionários das empresas terceirizadas da Refinaria Abreu e Lima, em Suape, em temas como saúde, autocuidado, prevenção às violências e uso de drogas.

Compreendemos que o crescimento econômico deve assegurar também o desenvolvimento social, com a garantia de acesso da população a serviços públicos de qualidade. No tocante à saúde do homem, trazemos uma preocupação especial, tendo em vista que a produção de práticas de saúde para esta população específica acaba contemplando uma série de fatores de ordem cultural, que dificulta o seu acesso à rede de serviços de saúde (MEDRADO & LYRA, 2012).

Conforme os “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB 2006 Brasil”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, os principais indicadores de morbimortalidade masculina agregados por região, faixa etária, renda, dentre outros critérios, revelam que os homens jovens são aqueles que apresentam maiores índices de internamento e morte por causas externas – homicídio, violência e uso abusivo de drogas (BRASIL, 2007a).

Não divergindo do restante do país, na microrregião de Suape, são as “causas externas”, ou seja, aquelas resultantes de violência, acidentes de trânsito e uso abusivo de drogas, os principais motivos de adoecimento e morte entre os homens, especialmente os mais jovens. Talfato está diretamente relacionado aos processos de socialização que, em geral, estimulam comportamentos de risco, e à manutenção de modos de vida e padrões de gênero machista.

Considerando este panorama, no contexto do projeto “Diálogos para o Desenvolvimento Social” em Suape a atribuição do GEMA/UFPE consiste no acompanhamento e avaliação das ações planejadas e efetivadas pelo Instituto Papai, a partir de processos de monitoramento e sistematização contínuo das ações, buscando articular conhecimentos relativos ao campo de estudos sobre gênero e masculinidades, por um lado, e por outro, a tradição de pesquisas sobre avaliação em saúde coletiva.

Desta forma, nosso objetivo neste artigo é compartilhar questões e considerações acerca do processo de acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo Instituto Papai, de modo a

produzir reflexões sobre a produção de estratégias de monitoramento e avaliação (M&A) de intervenções sociais realizadas em contextos de grandes obras.

Percursos e Delineamentos: Monitoramento e Avaliação de Projetos e Intervenções Sociais

Segundo Cruz (2012), as avaliações das intervenções sociais feitas de forma sistemática iniciaram no século XVIII no Reino Unido e na França, decorrentes, sobretudo, das novas correntes filosóficas e ideológicas que embasam o pensamento científico. Essa polifonia fomentou uma multiplicidade de métodos de pesquisa social e um refinamento destes na implantação/implementação de mudanças sócio culturais, políticas e econômicas (DUBOIS, CHAMPAGNE e BILODEAU, 2011).

Entretanto, apenas no início do século XX a avaliação se converteu em uma prática comum nas estratégias de governos, em particular, após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Guerra Mundial. Nesse contexto a avaliação despontou como uma ferramenta que visava acompanhar as políticas públicas implementadas que objetivavam equacionar os problemas sociais (FIGUEIRÓ, FRIAS e NAVARRO, 2010). Assim, a avaliação consolida-se paulatinamente como uma prática de intervenção do Estado, nos sistemas, programas e serviços e concomitantemente como um campo de conhecimento, com uma produção de aportes próprios que lhe dessem sustentação e credibilidade no campo científico.

Em uma perspectiva internacional, a avaliação, como um processo social sistemático e formal, vem se configurando, a partir de 1960, como um esforço de legitimação e institucionalização de uma prática de julgamento do sucesso das políticas implementadas para o enfrentamento dos problemas sociais existentes, em particular no que se refere à prestação de contas (WORTHEN, SANDERS e FRITZPATRICK, 2004).

A partir da década de 1990, na América Latina ocorre um movimento de “busca de fortalecimento da ‘função avaliação’ na gestão governamental” (FARIA, 2005, p. 97). Nesse sentido, foram sendo implementados, nos países da América Latina, inclusive no Brasil, sistemas de avaliação das políticas públicas, o que, na perspectiva do autor, se deu “pela necessidade de “modernização” da gestão pública, em um contexto de busca de dinamização e legitimação da reforma do Estado” (ibid). Ou seja, a partir da

última década do século XX, ocorreu uma difusão da avaliação como instrumento capaz de auxiliar nos processos decisórios reforçando a necessidade de uma cultura de avaliação que subsidia a gestão e o controle do Estado.

Atualmente, o campo da avaliação passou por muitas transformações, fruto da interface com distintos campos do saber, como as ciências sociais, economia, direito, saúde, entre outras. E foi por meio desse diálogo estabelecido, em seu âmbito, que se configurou uma multiplicidade de tendências e abordagens norteadoras.

No Brasil, o movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A), que se inicia na década de 2000, teve um reforço ocasionado pelos avanços dos processos de descentralização das ações de saúde no país, a partir das mudanças desencadeadas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ensejo dessas discussões, Hartz (2001) ressalta que no processo de institucionalização da avaliação é preciso a definição de uma política de avaliação. Esse autor defende a tese de que não basta apenas avaliar políticas, programas e/ou projetos, mas de definir as bases para que esse o processo faça parte do cotidiano das práticas, assumindo as responsabilidades de tal atividade e levando-se em consideração que avaliar não se reduz à verificação de metas e resultados, mas trata-se também de um processo dinâmico de construção de informações. Assim, a construção de um plano de avaliação deve tomar como elemento basilar o diagnóstico do contexto/situação onde ocorrerá a avaliação, construindo as estratégias de ação e a boa utilização dos produtos resultantes da avaliação.

A avaliação sempre terá uma questão norteadora e a partir desta, uma questão-problema a ser respondida, que modifica a configuração da atividade avaliativa. Dependendo do questionamento feito, o foco da avaliação recai sobre o processo, o resultado ou o impacto de uma intervenção realizada.

A “avaliação de processo” informa aos sujeitos envolvidos na intervenção se as ações abrangeram a população alvo pretendida, o nível, a extensão e a qualidade da intervenção e que recursos foram necessários para a realização desta. A produção de informações da avaliação de processo envolve instrumentos de natureza qualitativa que descrevem as atividades e compreensões como observações, entrevistas, grupos focais e revisão dos documentos de intervenção. Em uma perspectiva de cadeia de efeitos, a avaliação de processo é fundamental,

pois fornece informações cruciais sobre por que a intervenção está ou não funcionando e sobre como melhorá-la (CRUZ e SANTOS, 2007).

O segundo modelo apresentado são as “avaliações de resultado”, ou de efetividade/eficácia. Esse modelo é metodologicamente mais complexo, pois enfoca como e por que as atividades de certa intervenção atingiram os seus resultados em uma população alvo. Por meio desse tipo de avaliação é possível explicar por que alguns resultados previamente estabelecidos não foram alcançados por algumas (ou todas) as pessoas que participaram da intervenção, descrevendo em extensão os efeitos da intervenção, indicando o que poderia ter ocorrido na sua ausência (BRASIL, 2007b). Dessa forma, uma avaliação de resultado, usualmente, requer um elemento comparativo em seu desenho, por exemplo, um grupo controle que não recebeu a intervenção, além de enfatizar as relações causais entre intervenções e efeito.

O terceiro modelo são as “avaliações de impacto” que possuem um desenho abrangente. Por essa característica, as avaliações de impacto são tecnicamente complexas e possuem um alto custo. Essa configuração de avaliação busca responder a perguntas como: a) Quanto do efeito é decorrente da intervenção? b) Quanto da diferença do efeito observado foi devido à intervenção? Estas perguntas não são de fáceis resoluções. Em geral necessitam, assim como as avaliações de resultado, de um estudo com grupos controle e a presença de um elemento contrafactual que auxilia na identificação do que aconteceria se a intervenção não fosse realizada.

A partir dessa discussão, o modelo de avaliação que tem sido produzido pela equipe do GEMA/UFPE, se alinha à perspectiva da avaliação processual, sendo esta realizada de maneira participativa. Esse grupo, a partir de um posicionamento feminista e construcionista social compreende a avaliação como um processo coletivo, dinâmico e constante.

Para o desenvolvimento deste processo, definimos um conjunto de matrizes, que envolve aspectos conceituais, metodológicos e processuais. Em linhas gerais, trata-se de uma avaliação de processo, interna, conduzida por grupos autônomos que integram o Projeto Diálogos.

Do ponto de vista da “Matriz de Princípios”, nossa ação de monitoramento e avaliação contínua tem sido orientada pelas seguintes perguntas: 1) Quem somos nós, os avaliadores, e qual nosso lugar neste processo? 2) Por que necessitamos fazer a avaliação dessas ações (Princípios e justificativas)?

3) O que avaliar? Que atores envolver e que instrumentos e procedimentos ativar? 4) Para quê? Que objetivos e metas cada ação (isolada e em conjunto) pretende alcançar? 5) O que é possível desenvolver a partir do material produzido? Esta matriz é orientada, sobretudo, a partir de adaptações das leituras de José Luiz Araújo Junior (2000) acerca do que ele define como “análise de políticas públicas”.

Com respeito à “Matriz Teórica”, pautamo-nos em uma leitura baseada na epistemologia feminista proposta por Donna Haraway (1991) que defende a contextualidade e o caráter parcial do conhecimento. Mas, como bem adverte a autora, não é qualquer perspectiva parcial que serve, pois devemos rejeitar relativismos fáceis, feitos de adição de partes. Em suas palavras:

Estou argumentando a favor de políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade, e não universalidade, é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo. O feminismo ama outra ciência: a ciência e a política da interpretação, da tradução, do gaguejar e do parcialmente compreendido. O feminismo tem a ver com as ciências dos sujeitos múltiplos com (pelo menos) visão dupla. O feminismo tem a ver com uma visão crítica, consequente com um posicionamento crítico num espaço social não homogêneo e marcado pelo gênero. A tradução é sempre interpretativa, crítica e parcial (p. 31).

Além disso, nossas leituras teóricas se alinham, em Psicologia Social, com as leituras (pós)construcionistas sobre processos de institucionalização no campo da Psicologia social e saúde, desenvolvidas por Mary Jane Spink (2007), bem como as reflexões críticas sobre gestão pública e cidadania produzidas por Jaqueline Brigagão, Vanda Nascimento e Peter Spink (2011).

Em termos de “Matriz de Acompanhamento”, que envolve aspectos processuais, buscamos identificar os componentes que configuram os indicadores de monitoramento/avaliação das ações, construídos a partir de: 1) Revisão do projeto para identificação de indicadores; 2) Mapeamento de indicadores de acompanhamento (Quanti e Quali); 3) Entrevistas com responsáveis pela Ação da ONG. Esta matriz orienta o desenvolvimento do “base line” e das estratégias de acompanhamento.

Procedimentos Metodológicos

O desenvolvimento das estratégias de M&A tem se realizado de maneira participativa e colaborativa, através de reuniões regulares, tendo por base as matrizes acima descritas, e operadas a partir de um documento-base específico que orientou a definição dos instrumentos, estratégias e indicadores. Os indicadores produzidos incluem aspectos quantitativos e qualitativos, possibilitando que as atividades sejam caracterizadas de modo mais abrangente.

Para este processo, foram estabelecidos quatro procedimentos para o M&A, que envolvem:

- 1) Acompanhamento das ações desenvolvidas pelo Instituto Papai junto aos homens trabalhadores de SUAPE, por meio das atas e relatos produzidos.
- 2) Discussão de relatório das atividades desenvolvidas trimestralmente, tomando por base o cronograma de atividades e o plano de ação.
- 3) Monitoramento das intervenções realizadas pelo Instituto Papai junto aos trabalhadores, através da participação da equipe do GEMA nas ações, a exemplo das campanhas e oficinas. O instrumento para a construção das informações consiste na observação participante (MINAYO, 2010), com o registro em diários de bordo (MEDRADO et al, 2011).
- 4) Com base nas informações produzidas, mensalmente são realizadas reuniões entre a equipe da ONG e a equipe do GEMA/UFPE. Nas reuniões discute-se o plano de ação a partir das seguintes questões norteadoras: As ações foram desenvolvidas conforme o cronograma? As metas previamente estabelecidas foram atingidas? Quais as estratégias utilizadas na execução das ações? Quais as dificuldades encontradas na realização das atividades e estratégias para superá-las?

Para garantir o funcionamento dessa grade de M&A, foi necessário estabelecer eficientes mecanismos de comunicação. Dentre estas estratégias, citam-se a comunicação *on-line* (listas de e-mails), a produção de relatórios descritivos, além da realização de reuniões mensais de equipe.

Resultados e Discussão

Resultados preliminares informam que a

experiência, iniciada em maio de 2012, tem-nos mostrado que o acompanhamento das ações desenvolvidas pela ONG, a partir do diálogo constante com a equipe do GEMA, tem sido bastante eficiente. Principalmente, no que diz respeito à qualificação das intervenções realizadas no contexto do Projeto Diálogos, potencializando a formação dos estudantes de graduação e pós-graduação envolvidos, bem como facilitando a adaptação das estratégias de ação, em função de novas exigências e contingências específicas.

Compreendemos o monitoramento e avaliação (M&A) como um processo participativo, dinâmico e constante. Partimos de uma ideia de avaliação que vai além da verificação de metas e resultados, tomando-a como ação política, reflexiva: não nos interessa apenas conhecer ou descrever as atividades desenvolvidas, ou os passos que levaram à sua realização, mas discutir possibilidades de contribuir e potencializar as ações interventivas da ONG, tendo por foco o alcance dos seus objetivos, e impacto positivo na melhoria das condições de vida da população de Suape.

Além disso, considerando o M&A também como processo de produção e compartilhamento de conhecimentos, merece destaque outra estratégia que definimos, em paralelo, no contexto do projeto Diálogos, a qual foi planejada com o intuito de fornecer subsídios à realização das atividades do Instituto Papai. Tendo em vista a necessidade de levantar maiores informações sobre a população masculina trabalhadora de Suape, alvo das ações previstas, e potencializando as demais ações de M&A, foi proposta a realização de uma pesquisa.

O instrumento de pesquisa foi construído pela equipe do GEMA a partir de outros instrumentos utilizados em pesquisas anteriores com foco na população masculina. Elaboramos uma primeira versão, a qual foi submetida a teste a partir de uma pesquisa piloto, que teve o propósito de avaliar possíveis erros estruturais e semânticos, bem como conhecer a potência do instrumento. Após esta primeira testagem foram realizadas algumas modificações que levaram à sua versão final. O roteiro compunha 85 questões estruturadas, subdivididas em blocos temáticos, abordando perguntas relativas à paternidade, práticas de autocuidado, acesso aos serviços de saúde, sexualidade, entre outras. Este roteiro também contempla questões socioeconômicas, com vistas a traçar o perfil dos trabalhadores de Suape, de modo a mais bem adequar as ações propostas pelo Instituto Papai.

Além disso, este roteiro serve também como um convite à participação destes homens nas atividades que serão desenvolvidas posteriormente. As últimas questões tinham o intuito de sondar o interesse destes homens em colaborar com as atividades e sua disposição à participação.

Essa estratégia de levantamento de informações, de modo mais sistemático, aliada às estratégias de acompanhamento processual das atividades têm resultado em diferentes caminhos que aproximam a pesquisa da atividade de extensão, consideradas, por nós, como integradas e complementares, que potencializam a formação acadêmica, em nível de graduação e pós-graduação.

Considerações Finais

O principal objetivo com a avaliação é a produção de informações que possam servir de subsídios ao desenvolvimento de intervenções efetivas sobre os contextos de ação em tela. Dessa forma, encaramos a avaliação como um processo de aprendizagem, em que os diferentes atores envolvidos (pesquisadores, desenvolvedores, parceiros, população atingida), implicam-se mutuamente numa construção que não se realiza unilateralmente. Nesta perspectiva, não apenas produtos, mas, sobretudo, o processo de construção progressiva assume relevância especial.

Considerando-se as estratégias planejadas e desenvolvidas até o momento pela equipe GEMA, postulamos que é na dimensão da inventividade que conseguimos avançar. Com esse trabalho, buscamos contribuir com o próprio campo de produção que se intitula “Avaliação de Projetos e Programa Sociais”, ao propormos e experimentarmos um modo de fazer esse acompanhamento. Não se trata de instituir um modelo de avaliação, mas de produzir uma experiência tal que possa ser compartilhada e, talvez, utilizada como exemplo por outras pessoas em experiências semelhantes.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO JUNIOR, J. L. A. C. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system.** Thesis (PhD in Health Services Studies) - The University of Leeds, Leeds, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. OPAS. **IDB 2006 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde.** Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Monitoramento e Avaliação com foco na Melhoria do Programa.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS 2007b.

BRIGADÃO, J.; Nascimento, V.L.V do; Spink, P. As interfaces entre psicologia e políticas públicas e a configuração de novos espaços de atuação. **Revista de Estudos Universitários**, v. 37, p. 199-215, 2011.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.181-199. [online] disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>.

CRUZ, M.M; SANTOS, E.M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTIA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

DUBOIS C. A.; CHAMPAGNE F.; BILODEAU, H. História da avaliação. In: Brousselle A., Champagne ,F, Contrandriopoulos A.P.; Hartz, Z. (Org). **Avaliação: Conceitos e Métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista da Avaliação de Políticas Públicas.** Vol.20, n.59, 2005. p.97-109.

FIGUEIRÓ, A.C; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, A.C; Frias, PG (Orgs) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010. HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e Qualificar a Avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7:419-421. 2002.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

MEDRADO, B.; LYRA, J. O gênero dos/nos homens: linhas de uma proto-genealogia. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 2579-2581, 2012

MEDRADO, B.; LYRA, J.; DANTAS, L. G. ; VALENTE, M. B. B. ; QUIRINO, T. R. L. ; MACHADO, M.; FELIPE, D. A. ; OLIVEIRA, L. M. ; SILVA, M. C. F. ; GONDIM, S. K. A. Paternidades no cotidiano de uma unidade de saúde em Recife: traços, curvas e sombras em redes heterogêneas. In: Maria Juracy Filgueiras Toneli; Benedito Medrado; Zeidi Araújo Trindade; Jorge Lyra. (Org.). **O pai está esperando? Políticas públicas de saúde para a gravidez na adolescência.** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2011, v. 1, p. 189-211.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil.** Nova York: PNUD, 2003. SPINK, M. J. P. . Interfaces entre a psicologia e a saúde coletiva: um olhar a partir da psicologia social. In: Bastos, Antonio Virgílio Bitencourt; Rocha, Nadia M. D.. (Org.). **Psicologia: novas direções no diálogo com outros campos do saber.** 1ed.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, v. 1, p. 379-405.

WORTHEN, B. R., SANDERS, J. R., FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de Programas: concepções e práticas.** São Paulo: Ed. Gente/EDUSP/Instituto Fonte/Instituto Ayrton Senna, 2004.

MONITORAMENTO DE PARASITOSE EM CRIANÇAS DE UMA CRECHE PÚBLICA NA CIDADE DO RECIFE

Maria Jodecilda Carvalho Ferreira¹, Roeckson Carlos Peixoto Silva¹; Isabella Patrícia Lima Silva¹; Maria Luiza Carneiro Moura²; Valeska Maria de Matos Rego Barros²; Wheverton Ricardo Correia do Nascimento³ e Francisca Janaina Soares Rocha⁴

¹Estudantes do Curso de Biomedicina - CCS – UFPE, isabella-patricia1@hotmail.com, roeckson_carlos@hotmail.com, jodecilda@live.com

²Estudantes do Curso de Ciências Farmacêuticas- CCS – UFPE, marialuizacmoura@hotmail.com, valeskaregobarros@gmail.com

³Técnico do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ-PE, wheverton_ricardo@yahoo.com.br

⁴Docente do Departamento de Medicina Tropical – CCS - UFPE janainarochoa@ufpe.br

Endereço para correspondência: Prof. Dra. Francisca Janaina Soares Rocha, Departamento de Medicina tropical, Universidade Federal de Pernambuco, Rua Prof. Moraes Correa Rego, s/n, Cidade Universitária, 50670-420, Recife, Pernambuco. Tel.: (81)-2126-8525, Fax: (81)-2126-8528, E-mail: janainarochoa@ufpe.br

Resumo

As parasitoses representam um grave problema de saúde pública, onde geralmente estão associados à falta de saneamento básico e aos maus hábitos higiênicos. A região nordeste é um das mais atingidas, visto que as condições socioeconômicas e políticas vigentes relegam a um segundo plano uma estratégia de combate às doenças parasitárias. Alguns estudos mostraram a prevalência dos parasitos intestinais mais comuns em crianças pré-escolares no nordeste, com destaque para os helmintos *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Hymenolepis nana*; e pelos protozoários *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*/ *Entamoeba dispar*, *Entamoeba coli* e *Cryptosporidium* sp. Os objetivos do trabalho foram verificar a prevalência de parasitoses intestinais em crianças menores de 14 anos em uma creche pública localizada no município de Recife- PE e desenvolver trabalhos educativos, a fim de conscientizar as crianças, os responsáveis e seus educadores acerca de como prevenir as doenças parasitárias mais comuns

em nosso meio, além de estimular o estudante de graduação a expandir os conhecimentos teórico-práticos de Parasitologia adquiridos na universidade para a comunidade e de divulgar os resultados dos exames das crianças das creches. A pesquisa contou com um total de 53 crianças (30 meninos e 23 meninas), cujos pais e/ou responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a participação. Dessa forma, 53 amostras foram coletadas e processadas utilizando o método de sedimentação espontânea (Hoffman, Pons e Janer) para identificação de cistos de protozoários e ovos de helmintos e método de Kinyoun para pesquisa de oportunistas. A análise parasitológica foi realizada no Laboratório de Parasitologia, Departamento de Medicina Tropical, da UFPE. Foram detectadas as prevalências dos seguintes parasitos intestinais: *A. lumbricoides*, *G. lamblia*, *Entamoeba* sp., ancilostomídeo e *Cryptosporidium* spp., além disso foi também aplicado questionários padronizados para avaliar as condições socioeconômicas familiares e as características estruturais da creche em estudo.

Palavras-chave: Parasitos intestinais, Crianças, Creches, Método de Hoffman, Pons e Janer, Prevalência, Recife.

Summary

Parasitic infections represent a serious public health problem, which are usually associated with poor sanitation and poor hygiene. The Northeast is one of the hardest hit, as the socioeconomic and political conditions prevailing relegate to second place a strategy to combat parasitic diseases. Some studies have shown the prevalence of the most common intestinal parasites in preschool children in the northeast, especially helminths *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* and *Hymenolepis nana*, and the protozoa *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*/ *Entamoeba dispar*, *Entamoeba coli* and *Cryptosporidium* sp. The work objectives were to determine the prevalence of intestinal parasites in children under 14 years in a public daycare located in the city of Recife-PE and develop educational activities in order to educate children, their caregivers and educators about how to prevent parasitic diseases more common in our environment, and encourage graduate student to expand the theoretical and practical knowledge of Parasitology acquired

at university to the community and to disseminate the results of examinations of child daycare centers. The survey covered a total of 53 children (30 boys and 23 girls) whose parents and / or guardians signed a consent form authorizing the participation. Thus, 53 samples were collected and processed using the method of sedimentation (Hoffman, Pons and Janer) for identification of protozoan cysts and helminth eggs and Kinyoun method for opportunistic research. The parasitological analysis was performed at the Laboratory of Parasitology, Department of Tropical Medicine, UFPE, which we detect the prevalence of intestinal parasites following: *A. lumbricoides*, *G. lamblia*, *Entamoeba* sp., hookworms and *Cryptosporidium* spp., moreover, was also used standardized questionnaires to assess socioeconomic status families and the structural characteristics of this daycare.

Keywords: Intestinal parasites, Children, Daycare, Hoffmann, Pons and Janer method, Prevalence, Recife.

A situação epidemiológica das parasitoses intestinais no Brasil tem uma alta relação com nível do saneamento básico assim como os hábitos de higiene individual e coletiva da população em diferentes regiões do país. Vários estudos têm mostrado elevadas taxas na prevalência dessas doenças ao longo das décadas, principalmente no que se refere aos anos 50 e 60, oscilando de 20 a 98%¹.

As parasitoses intestinais estão intimamente relacionadas às condições sanitárias e representam um importante problema de saúde pública nos países subdesenvolvidos, acometendo, sobretudo, as crianças que podem desenvolver déficit nutricional e prejuízo no crescimento, desenvolvimento psicossocial e funcional². A prevalência de parasitoses intestinais em escolares tem merecido destaque em diversas regiões do Brasil, tanto pelo seu caráter insidioso como mórbido, envolvendo principalmente os ambientes fechados como as creches^{3,4,5,6,7}.

Alguns estudos têm mostrado elevada prevalência de determinados parasitos intestinais em crianças pré-escolares no nordeste^{2,4,5,8}, com destaque para os helmintos: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Hymenolepis nana* e os protozoários: *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*/*Entamoeba dispar*, *E. coli* e *Cryptosporidium* spp.

As crianças em idade escolar são as mais acometidas pelas parasitoses devido à facilidade de

contato com areia e animais parasitados, por estarem sempre mantendo contato físico com outras crianças, através das mãos contaminadas e apresentarem um sistema imunológico imaturo. Os principais sinais e sintomas das parasitoses nas crianças são: inapetência, diarreia, disfunções no crescimento, subnutrição e redução da capacidade cognitiva. Os parasitos intestinais podem causar danos aos seus portadores como a obstrução intestinal (*A. lumbricoides*), desnutrição (*A. lumbricoides* e *T. trichiura*), anemia por deficiência de ferro (ancilostomídeos) e quadros de diarreia e má absorção de nutrientes (*E. histolytica* e *G. lamblia*), sendo que as manifestações clínicas são usualmente proporcionais à carga parasitária albergada pelo indivíduo^{8,9}.

Esse trabalho teve como objetivos determinar a prevalência e ocorrência da infecção por helmintos e protozoários intestinais em crianças matriculadas numa creche pública do bairro de Boa Viagem em Recife, além de proporcionar o treinamento de acadêmicos dos cursos de Farmácia e Biomedicina da Universidade Federal de Pernambuco, na realização dos exames parasitológicos de fezes.

Ao final da pesquisa os laudos parasitológicos foram entregues aos responsáveis das crianças, onde os casos positivos foram direcionados ao posto de saúde local a fim de receberem o tratamento adequado. Durante a coleta de material e realização dos exames, foram conferidas palestras nos estabelecimentos pesquisados, com a finalidade de esclarecer os dirigentes, pais e alunos sobre a maneira de transmissão dos parasitos intestinais, a importância do controle individual e coletivo das doenças por esses causadas.

Materiais e Métodos

O Setor de Parasitologia do Departamento de Medicina Tropical da Universidade Federal de Pernambuco desenvolveu um projeto de extensão com o propósito de avaliar as condições de saúde básica das crianças que frequentam o ambiente de creche, através da aplicação de questionários socioeconômicos às famílias e exame coproparasitológico das crianças.

Foram processadas 53 amostras no período de maio a agosto de 2011 da creche pública Amiguinhos, localizada em Boa Viagem, Recife, Pernambuco, onde houve aprovação dos responsáveis pelas crianças através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As amostras de fezes foram coletadas em recipientes de plástico e identificadas, em seguida levadas ao Laboratório de Parasitologia onde foram fixadas em formol a 10%, processadas e analisadas.

O método utilizado na pesquisa dos parasitos foi o de Hoffmann, Pons & Janer¹⁰ e o de Kinyoun modificado¹¹ para pesquisa de ovos e larvas de helmintos (*A. lumbricoides*, *T. trichiura*, *H. nana*, e *Strongyloides stercoralis*) e cistos de protozoários (*E. histolytica*/*E. dispar*, *G. lamblia* e *E. coli*), e oocistos de coccídeos intestinais (*Cryptosporidium* sp, *Isospora belli* e *Cyclospora*), respectivamente.

O exame direto das amostras fecais foi realizado através da confecção de duas lâminas para cada amostra, coradas pelo lugol e observadas por analistas diferentes, através do microscópio óptico nas objetivas de 10 e 40x. O método de Kinyoun fundamentou-se na coloração da lâmina com sedimento pela fucsina básica por 5 min, lavagem em água corrente, adição de azul de metileno por 3 min, lavagem em água corrente e leitura com objetiva de 100X.

Resultados

Foram avaliadas 53 amostras de fezes de uma creche da cidade do Recife. Desse total, 19 amostras (35,84%) apresentaram resultado positivo ao exame parasitológico de fezes para um ou mais parasitos intestinais, 34 amostras (64,15%) apresentaram resultados negativos e 8 (15,09%) amostras apresentaram resultado positivo para oocistos de coccídeos intestinais (Figura 1).

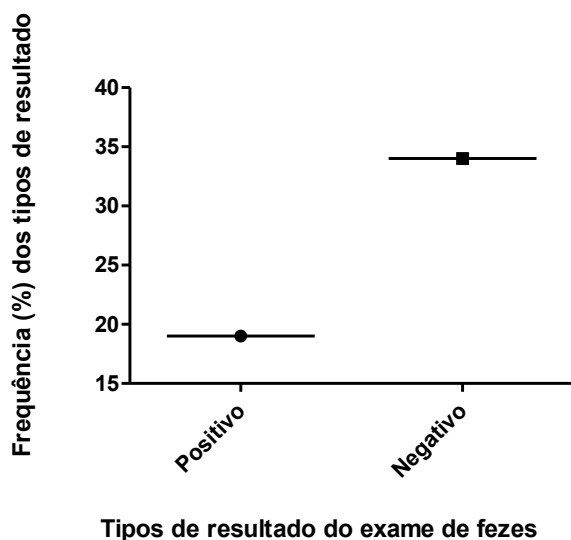


Figura 1: Resultado do exame coproparasitológico de crianças

de uma creche pública do Bairro Boa Viagem em Recife segundo o método de Hoffmann, Pons e Janer.

Pelo método de Kynioun, 8 amostras (15,09%) foram positivas para *Cryptosporidium* spp, enquanto que pelo método de Hoffman, Pons e Janer os parasitos mais frequentes foram: *G. lamblia*, 6 (11,32%); *Endolimax nana*, 5 (9,43%); *Entamoeba coli*, 3 (5,66%); *A. lumbricoides*, 2 (3,77%); ancilostomídeo, *E. histolytica*/*Entamoeba dispar* e *Blastocystis hominis* em 1 amostra (1,88%) (Figura 2).

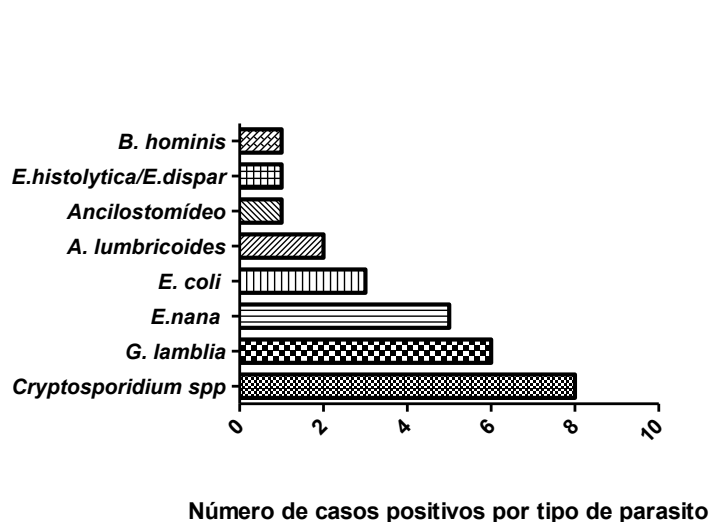


Figura 2: Prevalência de parasitos isolados detectados no exame coproparasitológico de crianças de uma creche pública do Bairro Boa Viagem em Recife, utilizando os métodos de Hoffmann, Pons e Janer e Kynnioun.

Houve associações duplas em quatro amostras: *Endolimax nana* e *G. lamblia*; *Entamoeba coli* e *Endolimax nana*; *B. hominis* e *G. lamblia*; *Entamoeba coli* e *E. histolytica*/*E. dispar*.

Discussão

As parasitoses constituem afecções de alta incidência, com grande repercussão na saúde do indivíduo, sendo uma preocupação constante na saúde pública. Embora cosmopolitas, a prevalência das parasitoses é maior em regiões tropicais, tendo uma estreita relação com a pobreza humana¹².

Tratando-se de um problema de saúde pública, as parasitoses intestinais podem ser consideradas como indicadores das condições sócio-econômicas em que vive uma determinada população. Devido à baixa mobilidade e à vulnerabilidade, as crianças menores de 5 anos, refletem a contaminação de uma região¹².

Apesar de alta (35,84%), a frequência das parasitoses intestinais neste estudo pode estar subestimada, pois as técnicas empregadas não foram específicas para todos os parasitos. Seria recomendável a implantação de técnicas auxiliares para identificação de características peculiares de determinados parasitos e a coleta seriada das amostras fecais das crianças¹³.

Vários trabalhos relataram que as parasitoses são bastante comuns nas crianças que frequentam o ambiente de creches, havendo um predomínio de positividade para protozoário em relação aos helmintos. A disseminação dos parasitos ocorre através do solo, água, alimentos, brinquedos e contato entre crianças infectadas^{14, 15}.

Um dos principais fatores para a maior prevalência de *Cryptosporidium* spp e *Giardia lamblia* em relação aos demais parasitos nesse estudo deve-se ao fato dos oocistos e cistos serem infectantes desde a sua eliminação nas fezes aliado as precárias condições sanitárias do local onde vivem as crianças da creche, visto que não foi detectado nenhum parasito na água de consumo e não havia parque de recreação que favorecesse a contaminação das crianças pelo contato com o solo^{16,17}.

O presente estudo contribuiu para o conhecimento das infecções por parasitas intestinais nas crianças abaixo de 5 anos que frequentam creches públicas no bairro de Boa Viagem, zona sul do Recife, tendo em vista a escassez de trabalhos realizados nessa localidade envolvendo esses escolares.

Sugere-se que outros trabalhos de educação sanitária devam ser realizados com essas crianças a fim de educá-los de forma simples e continuada para que possam evitar e disseminar as parasitoses no meio escolar e possam difundir o conhecimento adquirido aos membros de suas famílias.

Conclusão

Criptosporidiose e giardíase podem ser consideradas as duas principais parasitoses observadas nas crianças menores de 5 anos atendidas na creche desse estudo.

Através dos dados obtidos, ressalta-se a importância de se investir e trabalhar mais com educação sanitária nas creches, uma vez que apenas a intervenção terapêutica para as parasitoses detectadas só serviria como medida paliativa e o que se pretende na verdade é adotar medidas de controle e erradicação da transmissão dessas doenças.

Referências

- Roque, F.C.; Borges, F.K.; Signori, L.G.H.; Chazan, M.; Pigatto, T.; Coser, T.A.; Mezzari, A.; Wiebbelling, A.M.P. **Parasitas intestinais: prevalência em escolas da periferia de Porto Alegre – RS**, *NewsLab*, edição 69, p.152-162, 2005.
- Gurgel, R.Q., Silva, A.M., Oliveira, R.C.V. **Creche: ambiente expositor ou protetor nas infecções por parasitas intestinais em Aracaju, SE**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.38, p.267-269, 2005.
- Chiari, L.; Baggio, D.; La Salvia, V. **Censo coprológico da população escolar no Município de Jundiá-SP**. *V Cong. Soc. Bras. Parasitol.*, 1980.
- Farias, J.A.S. **Prevalência de helmintos em escolares de 7-14 anos na cidade de Salvador**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.6, v.5, p.261-264, 1972.
- Figueiredo, P. Z.; Costa, H.A.C. **Ocorrência de enteroparasitos em crianças dos bairros do Matadouro e Redenção, Terezina-Piauí**. *Rev. Assoe. Piauí. Med.*, v.20, n.1, p.9-17, 1974.
- Lanfredi, R.M., Ferreira, M.C. **Inquérito coproparasitológico em escolares de Três Poços, Volta Redonda-RJ**. *X Cong Soc. Bras. Parasitol.*, 1987.
- Magalhães, A.E.A; Rego, S.F.M.; Siqueira, A.F. **Resultados de um inquérito sobre enteroparasitoses em uma fazenda do município de Ribeirão Preto**. *Fol. Clin. Biol.*, v.23, n.4-6, p.133-148, 1955.
- Bezerra, F.S.M.; Oliveira, M.F.; Miranda, A.L.L.; Pinheiro, M.C.C.; Teles, R.M.A. **Incidência de parasitos intestinais em material sub-ungueal e fecal em crianças da Creche Aprisco – Fortaleza, CE**. *Rev. Bras. Anal. Clín.*, v.35: 39-40, 2003.
- Teixeira, J.C.; Helle, L. **Fatores ambientais associados às helmintoses intestinais em áreas de assentamento subnormal, Juiz de Fora, MG**. *Eng. San. Amb.*, v.9, p.301-305, 2004.
- Hoffman, W.A; Pons, J.A.; Janer, J.L. **The sedimentation concentration method in Schistosomiasis mansoni**. *J. Publ. Health Trop. Med.*, v.9, p.281-298, 1934.
- González-Ruiz A; Bendall R. **Size matters: the use of the ocular micrometer in diagnostic parasitology**. *Parasitol. Today*, v.11, p.83-85, 1995.
- Tashima, N.T.; Simões, M.J.S. **Parasitas intestinais. prevalência e correlação com a cidade e com os sintomas apresentados de uma população infantil de Presidente Prudente-SP**. *Rev. Bras. Anal. Clin.*, v.37, n.1, p.35-39, 2005.
- Nolla, A.C.; Cantos, G.A. **Prevalência de enteroparasitoses em manipuladores de alimentos, Florianópolis, SC**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Brasília, v. 38, n. 6, p. 524 - 525, 2005.
- Kunz, J.M.O.; Vieira, A.S.; Varvakis, T.; Gomes, G.A.; Rossetto, A.L.; Bernardini, O.J.; Almeida, M.S.S.; Ishida, M.M.I. **Parasitas intestinais em crianças de escola municipal de Florianópolis, SC – Educação ambiental e em saúde**. *Rev. Biotemas*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p.157-162, 2008.
- Requena, I.; Hernandez, Y.; Ramsay, M.; Salazar, C.; Devera, R. **Prevalência de Blastocystis hominis em vendedores ambulantes de comida do município Caroni, estado Bolívar, Venezuela**. *Cad. Saúde Publ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1721-1727, 2003.
- Domingas, M.A; TORRES, G.V.; CHIEFFI, P. P.; COSTA, W.A.; KUDZIELICS, E. **Giardíase em creches mantidas pela prefeitura de São Paulo, 1982/1983**. *Rev. Inst. Med. Trop.*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 137 - 142, 1991.
- Ludwig, K.M.; Frei, F.; Filho, F.A.; Paes, J.T.R. **Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis, estado de São Paulo**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Brasília, v. 32, n. 5, p. 547 - 555, 1999.

MÚSICA PARA O CORAÇÃO E A ALMA NA UTI

Cláudia Ângela Vilela de Almeida. Doutora em Ciências Biológicas. Médica Intensivista. Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da UFPE. claudiangela@hotmail.com

Artur Duvivier Ortenblad. Mestre. Professor de Departamento de Música, CAC, dalbreiv@yahoo.com

Leniê Campos Maia. Mestra. Professora do Departamento de Patologia, CCS. lenamaia@uol.com.br

Ailton Cesar Lessa da Silva. Licenciatura Música, CAC. Ailton. lessa@gmail.com

André Rogério da Silva. Licenciatura Música, CAC. andrewrooger@hotmail.com

Edelson da Silva Moraes. Música Licenciatura, CAC. edelson.moraes@hotmail.com

Kellyta Martins da Silva. Música, Bacharelado em Canto, CAC. kellytamart@hotmail.com

Leonardo Bezerra do Nascimento. Música Licenciatura, CAC. leonascimento_pe@hotmail.com

Mark Anderson Braz da Silva. Música Licenciatura, CAC. markanderson006@hotmail.com

Abstract

“Music for the Heart and the Soul in the Intensive Care Unit” is the extension project of musicals activities of the MAIS Program (Arts Manifestations Integrates to the Health) in the Intensive Care Unit (ICU) at the Clinical Hospital of the Universidade Federal de Pernambuco, Recife-Brazil (HC-UFPE). Its principal objective is to promote with the music the health assistance humanization at the Clinical Hospital, mainly on the ICU, caring of the biologic, psychological and social well being of the patients, family members, staff persons and students. Since 1997, when the MAIS activities were initiated, the music has been played and heard frequently at the Clinical Hospital, specifically on ICU. Musicals presentations are played weekly for groups of students and teachers of the Music Department of the “Center of Art and Communication” of the UFPE. Also there are presentations for others groups, like as chorals, singers, repentistas, chorinhos and orchestras.

Key words: health, music, humanization, UCI

Resumo

“Música para o Coração e a Alma na UTI” é o projeto de extensão, das atividades musicais do “Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde” na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), mantendo seu principal objetivo de promover através da música a humanização da assistência à saúde no HC-UFPE, especificamente na UTI, cuidando do bem-estar biológico, psíquico e social dos pacientes, familiares, funcionários e alunos, atuando de forma preventiva e assistencial à saúde. Desde 2007, com o início das atividades do Projeto MAIS, a música tem atuado de forma constante no Hospital das Clínicas, especialmente na UTI. Semanalmente são realizadas apresentações musicais na UTI por grupos de alunos e professores do Departamento de Música do Centro de Artes e Comunicações da UFPE, além de apresentações por grupos de outras instituições, como corais, cantadores, repentistas, grupos de chorinho e orquestras.

Palavras chave: saúde, música, humanização, UTI

Introdução

“Música para o Coração e a Alma na UTI” é o projeto de extensão, de consolidação das atividades musicais do “Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde” na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), mantendo seu objetivo principal de promover através da música a humanização da assistência à saúde no HC-UFPE, especificamente na UTI, cuidando do bem-estar biológico, psíquico e social dos seus usuários: pacientes, familiares, alunos e funcionários, atuando de forma preventiva e assistencial à saúde.

A UTI é um local do hospital destinado aos cuidados intensivos e monitorização dos pacientes críticos. Geralmente estes pacientes são portadores de patologias graves, com risco iminente de morte, estão monitorizados, entubados ou traqueostomizados e em ventilação mecânica. São submetidos a vários procedimentos e examinados diversas vezes ao dia. Estão fragilizados física e emocionalmente, longe dos familiares, desprovidos de suas roupas, sentindo-se abandonados, com medo da morte, ansiosos e deprimidos. O ambiente da UTI é frio e impessoal, propício para o desenvolvimento do *delirium*, principalmente nos idosos, sedados,

em ventilação mecânica, privados de sono e que recebem poucas visitas dos familiares. A UTI é estressante tanto para os pacientes, como para seus familiares e os profissionais de saúde.

Objetivos

Humanizar o ambiente hospitalar da UTI reduzindo o estresse, utilizando a música como complemento terapêutico e preventivo. Quebrar a rotina fria de ansiedade, tristeza, dor e solidão dos pacientes críticos e dos seus familiares com momentos de alegria, descontração, solidariedade e conforto espiritual através da música. Integrar alunos, profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Marco teórico

Ansiedade é uma resposta biológica normal ao perigo, associada com apreensão sobre um futuro incerto e vulnerabilidade por incapacidade de prever ou controlar uma situação¹. A ansiedade pode se manifestar de várias formas através de sinais e sintomas físicos, afetivos, comportamentais e cognitivos, como: taquicardia, taquipnéia, hipertensão, sudorese, tremores, medo, nervosismo, pânico, terror, inquietação, agitação, recusa do diagnóstico e intervenções terapêuticas, apreensão, pensamentos sobre morte².

Os pacientes admitidos na UTI apresentam ansiedade em resposta à dor, procedimentos invasivos, ambiente não familiar e medo da morte. Em moderação, a ansiedade é esperada e pode ser benéfica. Em excesso, a ansiedade pode complicar o diagnóstico, interferir com o tratamento e contribuir com um desfecho desfavorável, aumentando a morbidade e mortalidade. A incidência de ansiedade na UTI é elevada, podendo ser observada em até 70-80% dos pacientes, principalmente naqueles submetidos a ventilação mecânica³. Estes pacientes estão submetidos a vários fatores estressantes como medo, agitação, desconforto, sede, dispnéia, confusão, dificuldades de comunicação e incapacidade de relaxar. Alguns pacientes necessitam ventilação mecânica prolongada, aumentando a permanência hospitalar e a morbi-mortalidade. Ansiedade é causa de dificuldade de desmame de ventilação mecânica^{3,2}.

O *delirium* é uma alteração do estado mental, é um distúrbio da consciência, atenção, cognição e percepção, que se desenvolve num curto período e apresenta curso flutuante. São características do *delirium*: alteração do nível de consciência;

desatenção; pensamento desorganizado e início agudo com curso flutuante⁴. Diferentemente do *delirium*, o delírio é um sintoma observado nas esquizofrenias, nas quais existe alteração do juízo de realidade, com incapacidade de distinguir o falso do verdadeiro⁵. Sinônimos de *delirium* na UTI: psicose de UTI, síndrome de UTI, estado confusional agudo, encefalopatia séptica e insuficiência cerebral aguda⁴.

A incidência de *delirium* é elevada na UTI, variando de 16-89%. São fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium*: Fatores preexistentes: idade, desnutrição, tabagismo, alcoolismo, dificuldades auditivas e visuais, uso de medicamentos psicoativos, história de depressão e demência, insuficiência renal e hepática; Doença atual: infecção, desidratação, distúrbios hidroeletrólitos e metabólicos, anemia, hipotensão arterial, febre, hipotermia, insuficiência respiratória, ventilação mecânica, uremia; Fatores ambientais: sedação prolongada, uso de analgésicos e psicotrópicos, sondas e cateteres, ambiente estranho, contenção física, isolamento, ausência de visitas dos familiares, internamento prolongado, ausência de janelas e relógio, privação de sono^{4,5}.

O *delirium* é um preditor forte e independente de hospitalização prolongada, reintubação, aumento de morbidade, mortalidade e dos custos de tratamento⁴. O diagnóstico precoce, o tratamento adequado e principalmente a prevenção, com mudança dos fatores modificáveis e ambientais é a principal arma contra o *delirium*. O maior envolvimento dos familiares, a mobilização precoce, diminuição de sedação, manuseio adequado de dor, regularização de um ciclo sono-vigília, aumento de estímulos sensoriais: o toque, massagens, leitura, televisão e música.

Os pacientes internados na UTI frequentemente apresentam alterações do ciclo sono-vigília, como privação e alterações da arquitetura interna do sono^{6,7}. O ritmo circadiano está alterado, 40-50% do tempo total de sono pode ocorrer durante o dia⁸. O sono é um fenômeno fisiológico de importância fundamental para a saúde e o bem estar dos pacientes. Alterações na quantidade e qualidade do sono dos pacientes na UTI podem causar consequências importantes para a sua saúde, contribuindo para um aumento da morbidade e mortalidade⁹, como diminuição da função imunológica, balanço nitrogenado negativo, alterações da síntese proteica e da divisão celular (retardando a cura de infecções e a cicatrização de feridas), alterações cognitivas que variam de apatia e confusão a *delirium*, aumento da ativação simpática e

da pressão arterial⁸, além de dificuldade de desmame de ventilação mecânica e de extubação.

Os efeitos da música sobre o corpo e o seu potencial para auxiliar na cura são conhecidos desde a antiguidade. Apolo, deus da mitologia grega, era o provedor da medicina e da música. Pitágoras utilizava a música para ajudar no alívio de preocupações, medos e raiva. Platão disse que a música tem o poder de tocar o mais profundo de nossa alma e dá asas à imaginação. Saul, rei de Israel, quando ansioso e atormentado por um espírito maligno, era aliviado pelo toque da harpa de Davi¹⁰.

Com o retorno dos veteranos da 1ª e 2ª guerras mundiais no século XX, a musicoterapia ganhou papel de destaque nos hospitais, sendo utilizada inicialmente pela enfermagem como recurso complementar no cuidado ao ser humano. A musicoterapia tem sido utilizada em diversos setores: maternidade, UTI neonatal, pediatria, pacientes com doenças cardiovasculares, pulmonares e neurológicas, redução de dor em pacientes cirúrgicos e oncológicos. Os trabalhos têm mostrado que a música é importante na criação de um ambiente humanizado, redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão, redução do consumo de drogas e encurtamento da permanência hospitalar¹¹.

Vários estudos têm demonstrado a influência da música na variação de parâmetros fisiológicos: frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial. Miller et al.¹², avaliaram o efeito benéfico da música na função endotelial em voluntários saudáveis e não fumantes. Os autores observaram que músicas que evocavam alegria causavam um aumento de 26% no fluxo da artéria braquial causada por dilatação no seu diâmetro e uma redução de 6% com músicas que causavam ansiedade. Esse aumento do fluxo arterial mediado por música que promova alegria tem a mesma magnitude do aumento do fluxo observado por atividade aeróbica e estatinas.

Metodologia

As atividades do Projeto Música para o Coração e a Alma na UTI, vêm sendo desenvolvidas desde 2007 na UTI do HC-UFPE, inicialmente como Projeto MAIS e a partir de 2010 como projeto de extensão do Programa MAIS. A UTI do HC-UFPE é uma UTI semi-aberta com 12 leitos de adultos, sendo oito de UTI geral e quatro de pós-operatório.

Apresentações musicais são realizadas na UTI semanalmente por grupos de alunos e profissionais do Departamento de Música da UFPE para os

pacientes, profissionais da saúde e acompanhantes. As apresentações são realizadas no horário da visita dos familiares e têm duração de uma a duas horas. Os instrumentos mais utilizados são a voz, o violão, a flauta doce, acordeom e pandeiro, mas também se ouvem a sanfona, a zabumba, o triângulo, o oboé, o teclado, o saxofone, o clarinete, o violino, o violoncelo, o trompete e a flauta transversal. As apresentações são individualizadas e realizadas à beira do leito de cada paciente, tentando atender à preferência musical de cada um, não se limitando a tocar um repertório pré-definido, mas sim a interação com os pacientes, familiares e profissionais da saúde, buscando adaptar o repertório aos gostos pessoais e através do diálogo e de brincadeiras, alegrá-los e descontraí-los. É importante que as músicas sejam conhecidas. A música é capaz de evocar lembranças importantes da vida das pessoas, lembranças de um grande amor, pessoas queridas, uma vida feliz, uma ocasião especial. O repertório abrange diversos estilos musicais, sendo composto principalmente de Música Gospel, Forró, Baiões, Xotes, Música Popular Brasileira, Samba, Choro, Frevo, Marchinhas, Música Clássica e Sacra. Além das apresentações semanais, também são realizadas apresentações em momentos especiais, como aniversários, festejos juninos, comemorações natalinas, etc., integrando os funcionários, alunos e muitas vezes os acompanhantes dos pacientes. Também são realizadas apresentações por alunos de outras instituições, voluntários e artistas convidados. Uma vez por mês são realizadas apresentações por um grupo coral sob a regência do Maestro Jadson Araújo de Oliveira, que é regente de vários corais da cidade do Recife: “Coral Águas do Prata” da Compesa; “Coral Canto no Ponto” da EMTU; “Coral Recicanto” dos Correios; “Coral da CHESF” e “Coral Viver Casa Forte”.

As avaliações de satisfação dos pacientes, acompanhantes, e profissionais de saúde são feitas através de questionários. A avaliação dos níveis de estresse e ansiedade (antes e depois das apresentações), através da aplicação de questionário, observação de sinais vitais, postura e declarações dos pacientes e acompanhantes. A avaliação do desempenho e satisfação dos alunos é feita através de acompanhamento e participação ativa da coordenadora do projeto nas apresentações musicais.

Resultados e Comentários

A música de excelente qualidade é aguardada com ansiedade. As notas musicais e os acordes

dos instrumentos invadem as tardes da UTI com chorinhos, músicas populares brasileiras, sambas, frevos, forró, músicas sacras e eruditas, todas de excelente qualidade.

A maioria dos pacientes refere gostar de músicas e das apresentações na UTI. Eles preferem escutar música na UTI ao vivo ao invés de música ambiente ou por fones de ouvidos e gostariam que as apresentações ocorressem mais vezes, se possível diariamente. Os principais sentimentos causados pela música e referidos pelos pacientes são: tranquilidade, alegria, sensação de paz, prazer por escutar uma música de boa qualidade, saudades, conforto espiritual, louvor e adoração (Figura 1).

O ambiente frio da UTI é quebrado por um momento. O paciente que antes estava sozinho, ansioso, triste, pensando na sua doença, sem ninguém para conversar, vê-se rodeado dos familiares, e de pessoas alegres, atenciosas, bem humoradas tocando e cantando músicas especiais só para ele e sua família. A mudança de expressão é visível. São expressões de alegria, felicidade, calma, serenidade, prazer, curiosidade, lágrimas, aplausos de aprovação. Muitos cantam, sorriem, acompanham a música com gestos, marcam o compasso com as mãos ou os pés e utilizam algum instrumento musical, como violão, pandeiro, triângulo ou acordeom.

Os familiares acham que a música torna o horário da visita mais agradável e ficam felizes por saberem que a UTI se preocupa com o conforto e bem estar de seu paciente. Principais sentimentos referidos por eles: a música torna o ambiente da visita mais agradável; diminui a tensão e a ansiedade; prazer por escutar uma música de boa qualidade; paz e tranquilidade. Eles cantam, choram, ficam mais carinhosos com os pacientes, batem palmas, dançam, sorriem e agradecem pelas músicas e o carinho.

Os profissionais de saúde acham que a música auxilia na prevenção do estresse da equipe no ambiente de trabalho e propicia momentos de relaxamento e descontração na UTI. Sentimentos relatados pelos funcionários: a música quebra a rotina fria e impessoal da UTI; melhora a interação interpessoal; sensação de bem estar; humanização dos espaços da UTI; sensação de paz e tranquilidade; aumenta a harmonia consigo, com os outros e com o ambiente; ficam emocionados ao saberem que a música traz conforto ao paciente; conforto espiritual.

Depoimentos e expressões de pacientes e acompanhantes: “Fiquei muito feliz ao ver aqueles rapazes ao lado da minha irmã, que antes estava muito triste e quando ouviu a música o semblante

dela mudou e ela teve uma melhora muito grande e começou a cantar. Fiquei muito feliz e agradecida, pois nunca tinha visto nada igual. Deus os abençoe. Parabéns”; “Gostaria que tocassem todos os dias na UTI, pois é simplesmente muito lindo e nos traz muita tranquilidade”; “Esse foi o melhor presente”; “Uma coisa dessas reanima até quem está morto”; “A música faz a vida melhor”; “Amei. Esperança que Deus existe”; “Foi muito bom”; “Eu estava bem, agora estou melhor”; “Nota 10”; “Estou chorando de alegria”; “Gosto de louvar e adorar a Deus”; “O louvor acalenta a alma e o espírito de perturbação sai. Continuem com esta obra”; “A música me faz sentir mais perto de Deus”

Resultados observados

Alterações de variáveis fisiológicas durante e logo após a apresentação musical: frequência cardíaca, frequência respiratória e níveis tensionais, mesmo em pacientes em coma; **Redução do estresse e ansiedade** nos pacientes, acompanhantes e profissionais da UTI, com melhora do nível de humor; **Diminuição de dor e necessidade de analgesia e sedação;** Ressaltamos o caso de um paciente jovem do sexo masculino, tetraplégico e em pós-operatório imediato. O paciente chamava a enfermagem frequentemente para mudar de posição reclamando de dores generalizadas e solicitava analgésicos a curtos intervalos de tempo, com choros e gemidos. Durante a apresentação musical o paciente escutou com atenção, apresentou diminuição progressiva dos sinais vitais, fascies de relaxamento e cantou emocionadamente uma música espiritual. Após a apresentação, adormeceu tranquilamente, passando um tempo prolongado sem solicitar analgesia. **Melhora na qualidade do sono; Diminuição da incidência de delirium; Aumento do nível de alerta,** incluindo nos pacientes em coma; **Acelera desmame de ventilação mecânica e a extubação** dos pacientes; **Aumento no número de altas** no dia seguinte e consequentemente diminuição morbimortalidade. **Melhora das condições de trabalho; Integração entre alunos, pacientes, familiares e profissionais,** criando e fortalecendo vínculos, despertando sentimentos de solidariedade, amor e companheirismo.

Diferentemente do nosso projeto, onde um dos principais objetivos é a utilização da música para redução de ansiedade e integração entre pacientes, familiares, funcionários e músicos, a maioria dos trabalhos que estudam os efeitos da música na

redução da ansiedade ou dor compara pacientes que escutaram música relaxante durante 20-30 minutos com pacientes em repouso e avaliam alteração dos sinais vitais e escores de ansiedade e escalas de dor antes e após a intervenção.^{3, 13, 14}

Bradt e Dileo¹⁴ revisaram 23 papers (1461 participantes) que avaliaram intervenções musicais para reduzir ansiedade e funções fisiológicas em pacientes com doença arterial coronariana. Escutar música foi a principal intervenção usada e 21 estudos não incluiu um músico terapeuta. Os resultados mostraram que ouvir música tem um efeito moderado em redução de ansiedade e dos parâmetros fisiológicos: frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial.

Durante as apresentações observamos efeitos variados nas alterações dos sinais vitais. Além dos achados redução das frequências cardíaca, respiratória e pressão arterial dos pacientes mais tensos e ansiosos, também observamos aumentos dos sinais vitais dependendo do efeito que aquela música represente no estado emocional de cada pessoa. Nos pacientes hipotensos muitas vezes observamos melhora dos níveis tensionais.

Carrol McLaughlin, harpista renomada e professora de música, tem tocado harpa para pacientes na UTI da Universidade do Arizona. Foi observado um aumento da pressão arterial nos pacientes hipotensos e redução dos níveis tensionais após a música nos hipertensos. A música da harpa causa um ambiente relaxante e terapêutico, não só para os pacientes e seus familiares, mas também para os staffs.

Músicas religiosas e espirituais (evangélicas e católicas) são as mais solicitadas por levarem conforto espiritual e momentos de louvor e adoração. Os pacientes internados na UTI e seus familiares estão fragilizados, num momento crítico de suas vidas e necessitam de maior proximidade com Deus. Entrevistamos 111 pacientes, sendo 55 homens, com idades variando entre 18 e 89 anos. Cento e dois pacientes (92%) gostariam de receber assistência religiosa durante o internamento na UTI e 45 (40%) referiram medo de morrer.

Muitos pacientes referem que tiveram um sono de melhor qualidade no dia seguinte após as apresentações musicais. É comum observarmos pacientes adormecerem tranquilamente após as apresentações. Os pacientes da UTI apresentam sono de má qualidade. Avaliamos 96 pacientes em 100 admissões, 51 homens, idade média 48 ± 16 anos, APACHE II: 9 ± 6 e 32 estavam em ventilação mecânica. Setenta e cinco pacientes referiram sono

de pior qualidade na UTI e 61% referiram sonolência diurna. Ficar longe da família, desconforto causado pelo tubo traqueal e ansiedade foram os fatores percebidos pelos pacientes que mais interferem na qualidade do sono (Figura 2)¹⁵.

A sedação excessiva, o isolamento e a distância dos familiares são fatores importantes no desenvolvimento do delirium. Quando o paciente está cercado de pessoas amadas que estão conversando e lhe fazendo carinho e chega um grupo de pessoas alegres e sorridentes brincando e tocando músicas especiais, que tocam no mais profundo de sua alma e de suas memórias, isto lhe trás de volta para a realidade. É comum observarmos pacientes agitados e agressivos, desorientados ou muito sonolentos e apáticos, ficarem tranquilos ou mais alertas, conversando com seus familiares, sorrindo e às vezes cantando ou acompanhando o compasso da música, interagindo com o ambiente e a música. Os pacientes estimulados dificilmente apresentam delirium. Relatamos o caso de um paciente com 46 anos, portador de uma doença neuromuscular e dependente do respirador, que permaneceu internado na UTI durante um ano e raramente era visitado pela família. Durante as apresentações na UTI, este paciente cantava, dançava movimentando apenas a cabeça e uma perna, sorria e brincava com todos. Diariamente escutava horas de músicas de sua escolha ou assistia TV. Ocasionalmente saía em passeios com a equipe da UTI para tomar banho de sol, sempre conversando e brincado com todos. Este paciente nunca desenvolveu delirium.

Ansiedade excessiva é um dos fatores de dificuldade de desmame de ventilação mecânica. Jaber et al¹³, observaram que uma sessão de 20 minutos de música relaxante foi efetiva em diminuir ansiedade e promover relaxamento em pacientes entubados e em fase de desmame. Wong et al³, concluíram que musicoterapia é uma intervenção efetiva em reduzir ansiedade em pacientes dependentes de ventilação mecânica. Observamos que muitos pacientes saem do respirador e são extubados mais facilmente após as apresentações musicais por estarem mais tranquilos e relaxados. O relaxamento pode levar a uma diminuição da atividade simpática, diminuindo a sobrecarga cardíaca e o consumo de oxigênio. A diminuição da ansiedade pode promover bem estar psicológico e aumento da participação e cooperação dos pacientes.

A música é uma intervenção barata, não invasiva e sem contra-indicações que tem trazido alívio e conforto para os pacientes e seus familiares na UTI

Considerações Finais

A integração entre os estudantes de música através do Projeto: “Música para o Coração e a Alma na UTI”, os pacientes internados, seus familiares e a equipe multidisciplinar da UTI, têm conseguido quebrar a rotina fria e impessoal da UTI, trazendo momentos de alegria, descontração, brincadeiras e conforto espiritual, diminuindo a tristeza, o estresse, a dor, aumentando os laços interpessoais e as condições de trabalho e diminuindo a incidência de delirium na UTI.

Figuras

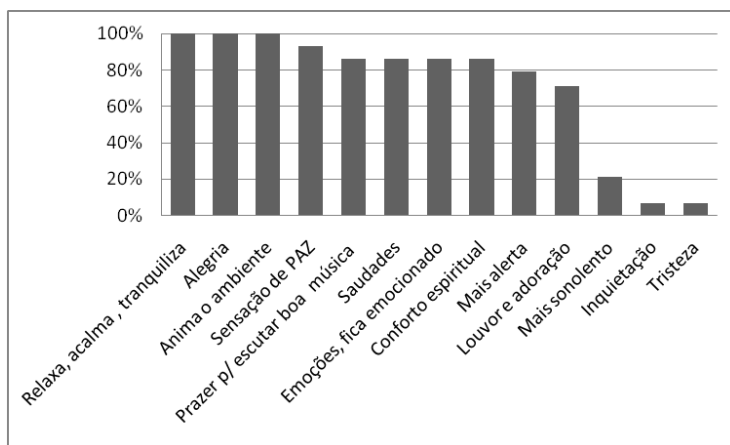


Figura. 1. Sentimentos causados pela música e referidos pelos pacientes internados na UTI

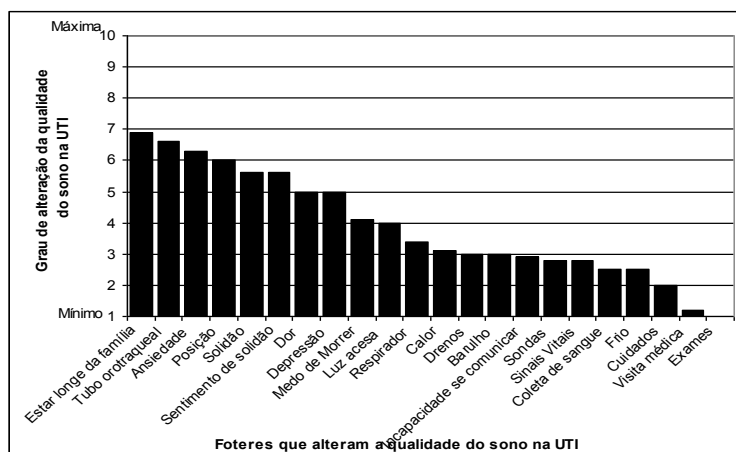


Figura 2. Fatores percebidos pelos pacientes como responsáveis pela fragmentação e má qualidade do sono na UTI. Valores obtidos através de escala analógico visual de 1-10; 1 não altera a qualidade do sono e 10, máxima alteração



Referências Bibliográficas

Barlow D: Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2004.

Holmer SA and Tighe RS. Diagnosis and Treatment of Anxiety in the Intensive Care Unit Patient. In Irwin RS, Rippe JM (eds): Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Wong HL, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart & Lung*, 2001 Sep-Oct; 30 (5): 376-87

Bruno JJ and Warren ML. Intensive Care Unit Delirium. *Critical Care Nurs Clin N AM* 22 (2010) 161-178.

Girard TD, Pandharipande PP and Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Critical care* 2008, 12 (Supl 3) S3

Freedman NS, Gazendan J, Levan L, Pack AI, Schwab RJ. Abnormal Sleep/Wake Cycles and the Effect of Enviromental Noise in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care* 2001, 163:451-457.

Broughton R, Bairnsfather L. Sleep patterns in the intensive care unit and the ward after acute myocardial infarction. *Electroencephal Clin Neurophysiol* 1978; 45:348-360

Parthasarathy S and Tobin MJ. Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2004 Feb; 30 (2):197-206

Krachman SL, D'Alonzo GE, Criner GJ. Sleep in the Intensive Care Unit. *Chest* 1995, 107:1713-1720.

I Sam 16: 23. Bíblia e Hinário Novo Cântico. Almeida JF Tradução. Revista e Atualizada. Sociedade Bíblica do Brasil. Copyright 1999: 267.

Staricoff R, Clift S. Arts and Music in Healthcare: Na overview of the medical literature: 2004-2011.

Miller M, Beach Valerie, Mangano C, Vogel RA. Positive Emotions and the Endotelium: Does Joyful

Music Improve Vascular Health? Circulation 208; 118:S-1148.

Jaber S, Bahloud H, Guétin S, Chanques G, Sebbane M, Eledjam JJ. Effects os music therapy in intensive care unit without sedation in weaning patients versus non-ventilated patients. Ann Fr Anesth Reanim 2007 Jan; 26(1): 30-8.

Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15(2).

Almeida C, Ribas V. Sleep Disturbances among Patients in Intensive Care Unit. 3º International Word Sleep Congress. Medimond 2009:19-23.

O CAMINHO: GRUPO DE HUMANIZAÇÃO

Marina Andrade, discente, Centro de Ciências da Saúde, Medicina Social, smart.nina@gmail.com
André Felipe Seabra, discente, Centro de Ciências da Saúde, Medicina Social, decofelipe@hotmail.com
Erison Henrique Rêgo, discente, Centro de Ciências da Saúde, Medicina Social, erisonrego@hotmail.com
Isabela Ramos, discente, Centro de Ciências da Saúde, Medicina Social, isabela.izidoro@ufpe.br
Regianne Keyssi Araújo, discente, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Serviço Social, regianne_araujo@hotmail.com
Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann, docente, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, rdzlegal@uol.com.br

Resumo

O Caminho é um grupo de humanização formado por estudantes e profissionais da UFPE, voltado para a extensão universitária e um voluntariado consciente. Facilita-se a sistematização de um método objetivo e adaptável a várias realidades, que aceite a multiplicidade de arcabouços teóricos para realização de grupos de encontros entre profissionais e estudantes. Com o objetivo de aprofundar os aspectos da relação profissional de saúde/paciente em direção à humanização, potencializando as características do agente capaz de modificar a realidade em que está inserido. almeja-se gerar um novo senso de identidade, resultante do cuidado aos pacientes e não apenas do acúmulo de conhecimentos. Pode-se concluir que humanizar é garantir medidas que visem o aumento da comunicação e do diálogo, estimulando a reflexão sobre o atual modelo de ensino para que os futuros profissionais possam ser agentes transformadores, sujeitos políticos de nossa cultura, que enfatizem o amor e o crescimento antes do conforto.

Palavras-Chave: Humanização, Interdisciplinaridade, Sensibilização.

Abstract

The path is a humanization group formed

by UFPE students and professionals, facing the university extension and conscious voluntary. Facilitates the systematization of a method objective and adaptable to many realities and multitude of theoretical frameworks for conducting groups meeting between students and professionals. With the goal of deepening the aspects of the professional relationship of health/patient in human direction, leveraging the characteristics of the care and of the agent able to modify the reality which is inserted, aims to gestate a new sense of identity, resultant of the care to the patients and not only of the knowledge accumulation. It can conclude that humanize is to ensure ways to increase the communication and dialogue, stimulating the reflection about the current model of teaching, so the future professionals could be transformer agents, political bloke of our culture, that emphasize love and growing before the comfort.

Key-words: Humanization, Interdisciplinary, Awareness

Introdução e Objetivos

Historicamente, os valores humanísticos caminharam paralelamente à medicina, considerada como ciência e arte de curar, eminentemente voltada para o ser humano. Em todos os processos diagnósticos e terapêuticos da arte médica, as interrelações entre pacientes e médicos se baseavam na confiança, na familiaridade e no respeito integral às crenças e valores dos indivíduos. Entretanto, essa proximidade secular começou a se desfazer no transcorrer do século 19, quando as relações humanas e as potencialidades de cura, contidas na colaboração entre pacientes e médicos, foram relegadas a segundo plano, pelo ponto de vista biológico. Os novos rumos se consolidaram no transcorrer do século 20, impulsionados pelo desenvolvimento científico e tecnológico, que possibilitaram a construção do modelo biomédico de atenção à saúde, caracterizado pelo biologicismo, centrado na figura do médico, individualista e extremamente especializado, com ênfase “na doença” e não “no doente”.

Diante das alterações ocorridas, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que promove a legitimação do processo de humanização da saúde e cresce uma valorização das interrelações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da

superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana.

O termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes. A humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional, sendo esta sua diretriz mais central da proposta de humanização. Assim, a possibilidade comunicacional passa, então, a constituir a referência conceitual mais importante, pois “sem comunicação não há humanização”

O Caminho é um grupo de humanização formado por estudantes e profissionais da UFPE, voltados para a extensão universitária e um voluntariado consciente. O projeto surgiu dentro dessa proposta de humanização da saúde, incentivando a reflexão, o contato corajoso, sincero e transformador com a pessoa em sofrimento.

Objetivo Geral:

- Aprofundar os aspectos da relação profissional de saúde/paciente em direção à humanização desta, potencializando as características do cuidado e do agente capaz de modificar a realidade em que está inserido.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os pacientes para uma percepção de seu caráter cidadão, independente do serviço e do próprio projeto;
- Diminuir o ócio intra-hospitalar dos pacientes, promovendo atividades lúdicas, em que a arte e o contato entre culturas promovam o crescimento humano tanto dos próprios, quanto dos estudantes e dos profissionais de saúde;
- Contribuir para a melhora da auto-estima dos pacientes;
- Promover uma maior interação entre os pacientes;
- Criar entre os estudantes participantes uma cultura de formação de equipes multidisciplinares à base da respeitabilidade e tolerância carinhosa;
- Discutir, nos vários espaços do projeto, temas de capacitação sobre as diretrizes e o funcionamento ideal do SUS para formar multiplicadores sociais;
- Incentivar, através do trabalho com os pacientes,

uma melhora no atendimento e no relacionamento dos profissionais do Hospital das Clínicas e seus usuários;

- Possibilitar aos estudantes de diversos cursos o contato com o ambiente hospitalar sem a prerrogativa clínica, apenas vendo o paciente como uma pessoa com sua identidade e sentimentos;
- Promover uma integração dos futuros profissionais de saúde entre eles e com seus pacientes proporcionando uma visão do “paciente pessoa” com sua vida, seus problemas e suas felicidades. E não mais uma visão do “paciente enfermidade”.

Marco Teórico

Muitos acreditam que o objetivo de uma Instituição de Ensino Superior é preparar o aluno para o mercado de trabalho capacitando-o nas questões inerentes à profissão escolhida. No entanto, acreditar e creditar, única e exclusivamente a universidade esse papel, seria menosprezá-la como o local livre e oportuno à reflexão sobre as necessidades humanas e a criação do conhecimento. É evidente que outro objetivo, de igual importância, é a formação do cidadão com espírito crítico, livre para pensar, agir com responsabilidade e, democraticamente, transformar a sociedade em que está inserido, tornando-a mais justa, ética e humana, como asseveram Zimmermann, Costa Lima (2004)

Marzo; Figueras, (1990) defendem que a educação superior deve ir além da competência técnica voltada para o exercício profissional e formar para a capacidade cívica, política e comunitária, adquiridos pelo pensamento científico, possibilita crescer nos valores e hábitos da cidadania local, bem como apreciar os aspectos sensíveis da cultura e da arte. Desta maneira, os alunos que atuam em projetos de extensão desenvolvem estas qualidades, porque o atendimento social exige um conjunto de conhecimentos científicos, principalmente da competência técnica, como animação sócio-cultural.

Os valores humanísticos sempre caminharam paralelamente as profissões de saúde. Em todos os processos diagnósticos e terapêuticos da arte médica, as inter-relações entre pacientes e profissionais de saúde se baseavam na confiança, na familiaridade e no respeito integral às crenças e valores dos indivíduos. Com a ascensão do determinismo e das bases científicas como explicações incontestáveis para os eventos de saúde e doença das populações ocorreu uma profunda modificação na postura dos profissionais da saúde, que distanciados dos valores humanísticos tradicionais perderam as

potencialidades de cura contidas na colaboração dos pacientes. O desenvolvimento tecnológico promoveu uma verdadeira revolução nas ciências biomédicas possibilitando a construção do modelo biomédico de atenção à saúde, caracterizado pelo biologicismo, centrado na figura do médico, individualista e extremamente especializado, com ênfase na medicina curativa e na exclusão de práticas alternativas, como ressaltam Binz; Menezes Filho; Saupe, (2010).

Freyre (2004), afirma que o processo de humanização ultrapassa conceitos que vão além de apenas tratar a patologia do paciente tornando-se relevante aos profissionais de saúde à prestação de cuidados humanizados, onde os mesmos devem apresentar postura ética, explicar os procedimentos a serem realizados e além de tudo respeitar a autonomia do paciente. Deste modo, haverá um *feedback* positivo na relação profissional-paciente gerando bem estar bio-psico-social, melhorando a qualidade da assistência nos serviços públicos de saúde.

Zusman (1998) registra que a humanização admite o reconhecimento da realidade interna, implica a aquisição de valores que levam ao refinamento da consciência moral, da sensibilidade ao sofrimento alheio, da compaixão, da capacidade empática, da tolerância ao sentimento de culpa e à consciência da finitude e fragilidade humana. Implica a admissão estóica ou resignada dos sofrimentos intrínsecos ao viver.

Conforme Puccini e Cecílio (2004) o produto da humanização corresponde ao aumento das inter-relações humanas entre os seres sociais, fortalecendo e resgatando valores que busquem a dignidade do indivíduo. No entanto, quando esta visão é baseada em experiências isoladas o que ocorre é a pluralidade de multifatores provocando efeitos conflituosos no âmbito social.

Dois desafios se apresentam à construção de um modelo de atenção humanizado e, ao mesmo tempo, humanizador: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento da pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um ethos, a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do “eu”) e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um), conforme enfatizam Caprara, Franco (1999).

Muitos profissionais de saúde se encontram presos a um ciclo de solidão e onipotência. As novas

tendências da educação na área da saúde apontam para a necessidade da formação geral e humanística dos futuros profissionais, com mais responsabilidade destes perante a sociedade, maior valorização da relação profissional-paciente e do sentido ético e humano das profissões. Em consonância com esse novo momento, de iniquidades, desafios, reflexões, redescoberta do valor da saúde das populações e de retomada dos valores humanísticos, ou seja, formar profissionais-cidadãos capazes de refletir sobre as práticas do cuidado, como defendem Binz; Menezes Filho; Saupe, (2010)

Silva (2009) enfatiza que os projetos de extensão permitem aos seus idealizadores, executores (alunos universitários) e participantes (pessoas da comunidade) desenvolverem suas capacidades emotivas para socializar, quebrar estigmas pessoais e sociais, ampliar os relacionamentos com o diferente da sala de aula. A extensão é o método (caminho) para colocar em prática as necessidades e capacidades humanas de aprender, relacionar, cuidar e conviver.

Metodologia

O Caminho em primeiro lugar enfrenta a inércia existencial representada pela não participação dos estudantes em propostas de transformação social. Em seguida mobiliza os estudantes a pensarem suas práticas e serem agentes de transformação. E finalmente passa a fazer com eles integrem um grupo que se questiona, trabalha e transforma-se constantemente. O método é aplicado em vários momentos, sendo que prevê sua constante reavaliação e experimentação de melhorias. Divididos em Elos (grupos) os estudantes participam de atividades de vivência e integração em grupos de crescimento sempre acompanhados por docentes que provocam as reflexões sobre os aspectos éticos, humanísticos e técnico-científicos envolvidos nas ações. O trabalho é desenvolvido por dois estudantes bolsistas que estão no projeto há mais de um ano (Arqueos), por sete estudantes que fazem parte do projeto há pelo menos um semestre (Paleos), os quais acompanharão os estudantes que estão iniciando suas atividades extensionistas (Neos), todos orientados e supervisionados por docentes e um técnico (Graduado pela UFPE que fez parte do projeto).

Atividades

Inicialmente são realizados encontros com estudantes para divulgação e apresentação do projeto com os devidos esclarecimentos aos interessados em participar. Nesta apresentação além dos recursos multimídia são utilizadas várias dinâmicas e atividades artísticas (música, poesia, teatro).

Após o recrutamento dos novos caminhantes (Neos), cujo número de vagas é ilimitado, haverá uma capacitação, prerrogativa para entrada efetiva no projeto. Esta capacitação acontece em vários atos: dinâmicas de sensibilização, de integração e identificação de seus componentes e da escolha dos grupos de ELOS. Esses momentos de muita mobilização emocional são ricos na percepção dos sentimentos e discussão de objetivos.

Visita às Enfermarias

O trabalho nas enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) é semanal, quando todo grupo vai às enfermarias de adultos (do sétimo, nono e décimo primeiro andar) divididos em Elos. Cada Elo é coordenado por uma dupla de estudantes e supervisionado por um docente (tutor do Elo). Nas enfermarias os Elos se dividem em duplas que realizam visitas aos internos, momento em que são desenvolvidas as mais variadas atividades (leitura, jogos, música etc.) que geram compartilhamento de experiências através de conversas, informações através de revistas e até mesmo o processo de alfabetização na própria enfermaria. Desta forma, pacientes e seus acompanhantes são chamados a exercer autonomia no seu processo de saúde e em seus direitos de cidadão.

Grupos de Elos (GE)

São grupos de 10 estudantes que estão iniciando no projeto (Neos), coordenados por uma dupla de estudantes que tem mais experiência, (Paleos). Nestes grupos são trabalhadas as situações vivenciadas nas visitas às enfermarias e sentimentos correspondentes. Semanalmente são distribuídos textos, preparada a projeção de filmes e formuladas questões pelo tutor, relacionados às ações do projeto como forma de fundamentar as discussões e vivências, bem como provocar nos participantes as reflexões sobre a importância do atendimento humanizado e suas conseqüências.

Grupos de Crescimento (GC Intra-Elo)

Este é um espaço continuado de trabalho emocional das vivências despertadas durante as visitas às enfermarias, nos relacionamentos interpessoais ou em relação ao crescimento pessoal e emocional dos estudantes. A dinâmica do grupo de crescimento se dá por meio dos relatos e trocas de experiências entre os membros dos Elos, fornecendo assim, a possibilidade destes exporem suas limitações, anseios, medos e dúvidas em relação à conduta em certas ocasiões. Cada Elo tem no seu tutor um facilitador.

Grupos de Crescimento (GC Inter-Elos)

Reuniões mensais de encontro entre os elos com a finalidade de trocar experiências e avaliação. Nestes encontros estão presentes os tutores que, previamente tem se reunido e avaliado o desenvolvimento das ações.

Cine Enfermaria

Semanalmente são realizadas sessões de cinema com filme escolhido pelos pacientes e em seguida são debatidos os aspectos relevantes do filme. A projeção ocorre no sétimo andar numa sala disponibilizada pela direção do hospital.

Comemorações de Datas Festivas

As festas são momentos de confraternização e de reconectar-se à cultura e a alegria que dá sentido à existência, traz o sentido cultural dos momentos de passagem. Comemoramos a Páscoa, o Dia das Mães, o São João, o Dia dos Pais, o Dia do Adulto e o Natal.

Bingo

Nos meses em que não há data festiva são realizados Bingos com a distribuição de pequenos brindes.

Avaliação

Os trabalhos desenvolvidos são avaliados nos grupos de crescimento Intra-Elos e Inter-Elos, bem como na avaliação dos tutores por meio da leitura dos diários de bordo elaborados pelos Neos, ou seja, através dos registros diários realizados pelos caminhantes em suas atividades no projeto. Realiza-se ainda uma análise dos relatos feitos pelos participantes do projeto ao final de cada semestre

(dentre estes, estudantes, profissionais e pacientes) sendo possível visualizar que “O Caminho: Grupo de Humanização” é uma ferramenta eficaz e eficiente da UFPE no auxílio do processo de humanização dos discentes e docentes. Sendo assim, o projeto colabora com os diferentes cursos da área de saúde na formação humanística de profissionais.

cultura, que enfatizem o amor e o crescimento antes do próprio conforto.

Resultados e Discussão

A cobrança social e política por um sistema de saúde mais humanizado não é só legítima, mas absolutamente necessária. Beneficia e tem um potencial transformador de toda a sociedade. Na área da saúde é ensinado ao estudante que sua postura deve ser pautada pela cultura biologicista; que sua relação com o sofrimento deve ser reprimida, recorrendo sempre em situações constrangedoras à violência hierárquica e autoritária, sendo menos humano, e mais racional, ou seja, ser humano é sinal de fraqueza.

Considerando que apropriação do saber historicamente sistematizado, representaria o ensino; o processo de construção do saber pressupõe a pesquisa; e os processos de objetivação e materialização desses conhecimentos, ou seja, a extensão é a intervenção sobre a realidade, que por sua vez retornam numa dinâmica de retroalimentação do ensino e da pesquisa (MARTINS, 2011), podemos afirmar que a integração entre ensino, pesquisa e extensão neste projeto é mais um elo que faz do caminho uma possibilidade de vivenciar os conteúdos teóricos tradicionais numa experiência criadora, transformadora e altamente enriquecedora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem é capaz de humanizar suas relações, traduzindo em palavras a dor, o sofrimento e o prazer. Tais sentimentos também são expressos por gestos, expressões, pela comunicação não verbal. Nesse sentir, não podem os profissionais de saúde construir uma relação humanizada sem o devido conhecimento do outro, pois as coisas só se tornam humanas quando passam pelo diálogo entre os semelhantes.

Desta forma, medidas que visam o aumento da comunicação e do diálogo entre pacientes e profissionais de saúde devem ser estimuladas, bem como a reflexão sobre a necessidade de mudanças no atual modelo de ensino e das práticas exercidas pelos profissionais formadores, para que no futuro tenhamos profissionais de saúde capazes de ser agentes transformadores, sujeitos políticos de nossa

Referências

BINZ, M. C.; MENEZES FILHO, E. W; SAUPE, R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. *Revista Brasileira de educação médica*. Rio de Janeiro. vol.34 n.1 (2010)

CAPRARA A, FRANCO A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno Saúde Pública*; 15(3):647-654. (1999)

FREYRE, K. (2004). *Era uma vez: laboratório de sonhos*. Recife: Editora Universidade de Pernambuco - UPE.

MARZO, A.; FIGUEIRAS, J. M. Educación de adultos – situación actual y perspectivas. *Cuadernos de Educación*, Barcelona, n. 3. (1990).

MARTINS, L.M. Ensino-Pesquisa-Extensão como fundamento metodológico da construção do conhecimento na universidade. Disponível em http://www.umcpos.com.br/centraldoaluno/arquivos/16_09_2011_134/Ensino_pesquisa_extensao_como_fundamento_metodologico_da_construcao_do_conheciment_na_universidade.pdf

SILVA, R. A. A extensão como método de ensino teórico-prático no ensino superior. *EDUCERE - Revista da Educação*, Umuarama, v. 9, n. 2, p. 119-137, (2009).

PUCCINI, PAULO DE TARSO; CECILIO, LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Caderno de Saúde Pública* [online]. vol.20, n.5, pp. 1342-1353. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500029. (2004).

ZUSMAN W. Pode a psicanálise oferecer algo na preservação do humano? *Revista Brasileira de Psicanálise* 32:945-51. (1998)

ZIMMERMANN,R.D.; COSTA LIMA, A. J. O que ensinamos aos nossos alunos? *Revista da Faculdade de Direito de Caruaru*. V 35, n. 1, 51-56.

PERCEPÇÕES DA COMUNIDADE LOCAL SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES SOCIOCULTURAIS OCORRIDAS NA SERRA NEGRA (BEZERROS - PE): UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO HERMENÊUTICO INTERPRETATIVO

Kelly Maria Paz e Silva

Graduanda em Administração pelo Centro Acadêmico Agreste (CAA)/Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); kellynha_paz_silva@hotmail.com

Sandro Valença da Silva

Doutor em Tecnologia Ambiental e Recursos Hídricos (PPGEC/UFPE); Professor do Núcleo de Gestão (CAA/UFPE); sandro_valenca@hotmail.com

Antonio Fagner da Silva Bastos

Graduando em Administração pelo Centro Acadêmico Agreste (CAA)/Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); fagnersbastos@hotmail.com

Resumo

O conceito de sustentabilidade é baseado no equilíbrio de dimensões, a exemplo das econômica, natural e sociocultural. Buscou-se, neste estudo, compreender as transformações socioculturais ocorridas na Serra Negra (Bezerros, Pernambuco), com base na percepção da comunidade local, em decorrência da inserção do turismo. Para tanto, utilizou-se o método fenomenológico hermenêutico interpretativo, de Heidegger. Os resultados demonstraram que, nos últimos 20 anos, a Serra Negra passou por significativas transformações socioculturais. Por exemplo: a substituição da agricultura pela pecuária, a princípio, e pelo turismo, posteriormente. E, com base na percepção dos sujeitos do estudo, o turismo nela praticado é visto como um meio de sustentabilidade econômica — associado, sobretudo, à geração de emprego e renda — e como um meio de degradação sociocultural, trazendo

consigo, crescente, acelerada e desordenadamente, urbanização, especulação imobiliária, deslocamento populacional e exacerbação de diferenças de comportamentos antrópicos.

Palavras-chave: Sustentabilidade; Método fenomenológico; Serra Negra.

Abstract

The sustainability concept is based on a balance of dimensions, such as the economic, sociocultural and natural. We sought in this study to understand the sociocultural transformations occurring in Serra Negra (Bezerros, Pernambuco), based on the perception of the local community, due to the inclusion of tourism. For this, we used the hermeneutic interpretive phenomenological method of Heidegger. The results showed that, in 20 years, Serra Negra has undergone significant sociocultural transformations. For example, the replacement of agriculture by livestock at first, and tourism later. And, based on the perception of the study subjects, tourism practiced in it is seen as a means of economic sustainability - associated mainly with the generation of employment and income - and as a means of sociocultural degradation, carrying, growing, and fast disorderly, urbanization, land speculation, population displacement and exacerbation of differences in behaviors anthropic.

Keywords: Sustainability; Phenomenological method; Serra Negra.

Introdução

O termo desenvolvimento sustentável se alicerça no equilíbrio de dimensões, a exemplo das econômica, natural e sociocultural. Assim, inicialmente, determina-se que o processo deste estudo focalizou uma das três — a sociocultural —, o que, ora, não significou que as restantes foram desprezadas.

Posto isso, buscou-se compreender as transformações socioculturais que se deram em uma determinada localidade — no caso, um destino turístico. A partir do entendimento das transformações, compreendeu-se a situação da sustentabilidade no destino, com base na percepção da comunidade local.

A localidade escolhida para tanto foi a Serra Negra, no município de Bezerros (Pernambuco). Nela, o turismo se dá em função da natureza — sendo, portanto, considerada um destino “ecoturístico”.

Ecoturismo, segundo a Sociedade Internacional de Ecoturismo (NEEDHAM, BENFIELD, 2007, p. 52), é “toda a viagem responsável a localidades naturais que conservem o[s] ambiente[s] e promovam o bem-estar das pessoas”.

Objetivo do Estudo

Analisar as transformações socioculturais ocorridas na Serra Negra, no município de Bezerros (Pernambuco), com base na percepção da comunidade local.

Marco Teórico

Principais Definições

Inicialmente, faz-se necessário apresentar a diferença entre crescimento econômico e desenvolvimento econômico. Segundo Branco e Martins (2007, p. 38-39):

[...] crescimento econômico significa aumentar o estoque de riqueza de um determinado sujeito [...]. É uma expansão quantitativa da capacidade produtiva da economia [...]. Já o desenvolvimento econômico [é] a expansão da economia de forma qualitativa, ou seja, crescimento econômico vinculado à efetiva melhoria das condições de vida da população.

Então, o desenvolvimento sustentável é uma forma de promover a equidade social, o equilíbrio ecológico e o resultado econômico, com o fim de garantir as necessidades do presente sem comprometer o suprimento das gerações futuras (BRANCO; MARTINS, 2007). Ele é permeado pelo equilíbrio de dimensões, quais sejam: econômica, natural e sociocultural.

Existe um postulado para cada dimensão da sustentabilidade. A dimensão econômica se refere à elevação da eficiência no uso de energia e de recursos naturais, além de propor um crescimento fundamentado na viabilidade econômico-financeira das atividades do homem (IBGE, 2004; VALENÇA, 2008). A dimensão natural se relaciona à preservação e à conservação da natureza e preconiza a utilização parcimoniosa dos recursos naturais (VALENÇA,

2008; IBGE, 2004). A dimensão sociocultural, por sua vez, trata da preservação do patrimônio social e cultural do homem e da melhoria da qualidade de vida (VALENÇA, 2008).

A dimensão focada no estudo foi a sociocultural. Isso não significa que as outras dimensões — econômica e natural — foram desprezadas.

Como o objetivo do estudo foi analisar as transformações socioculturais em um destino turístico — a Serra Negra, em Bezerros (PE) —, tornou-se imprescindível definir “turismo”, tanto pela importância da localização do estudo, enquanto destino ecoturístico, quanto pela influência que o mesmo exerce sobre a comunidade, desde a sua implantação.

Segundo Cuervo (1967, p. 29), “o turismo é um conjunto bem definido de relações, serviços e instalações que se geram em virtude de certos deslocamentos humanos”. A definição considera como principais fatores: a infraestrutura e o deslocamento.

A infraestrutura é classificada em: básica e turística ou específica. A infraestrutura básica se refere aos equipamentos que servem tanto à comunidade local quanto aos turistas. A infraestrutura turística ou específica são os sistemas de transporte, comunicação, saneamento, saúde, distribuição de água e energia, e outros (LOHMANN; PANOSSO NETTO, 2008). Servem de apoio à construção de meios de hospedagem e equipamentos de lazer, por exemplo.

O deslocamento é permitido pelo sistema de transporte, que interliga a região turística ao destino turístico ou vários destinos turísticos entre si, ou que torna possível o deslocamento dentro do próprio destino (LOHMANN; PANOSSO NETTO, 2008).

A Serra Negra

A Serra Negra se localiza no município de Bezerros, no agreste do estado de Pernambuco, situando-se a 10 km da sede municipal, em altitude média de 800 metros — com pico de 960 metros e área total de 20 km² (MELO, 2005) (ver Figura).

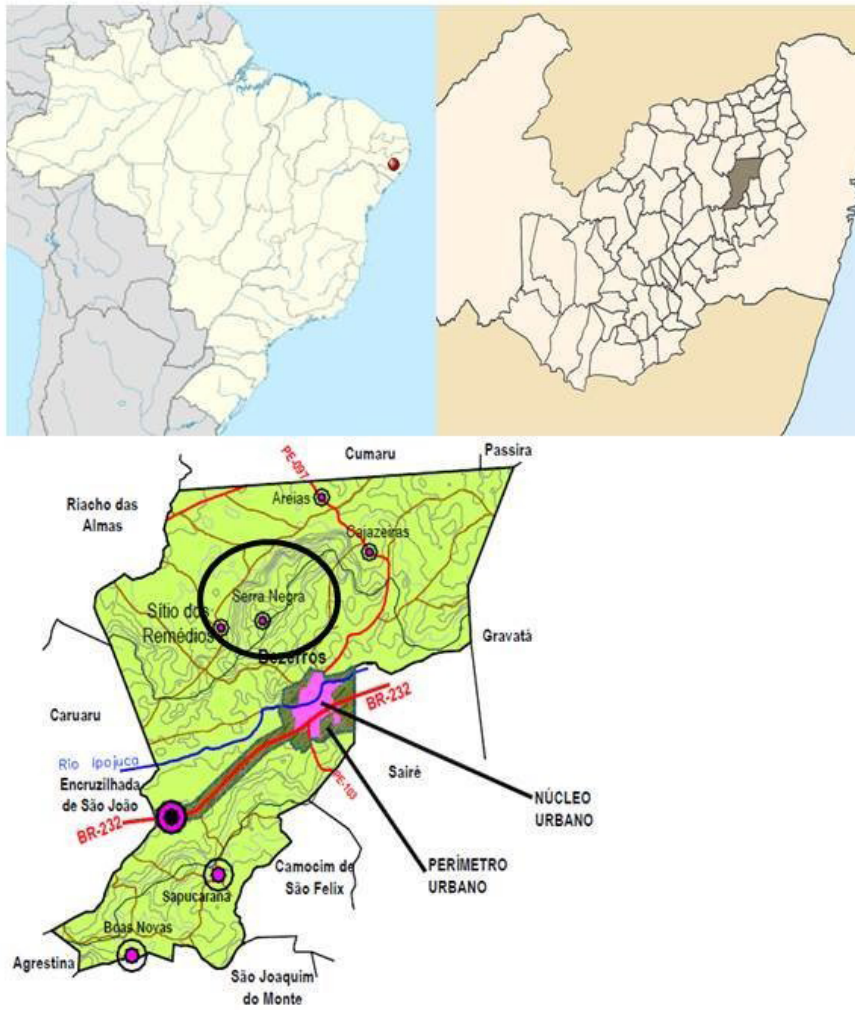


Figura: Esboço da Localização Geográfica de Serra Negra, Bezerros (Pernambuco)
Fonte: Adaptado de Melo (2005).

Na década de 1990, a Serra Negra era uma localidade essencialmente agrícola, dedicada, em particular, ao cultivo de café, banana e laranja. Progressivamente, a agricultura foi substituída pela pecuária bovina e, em especial, pela atividade turística. O turismo foi impulsionado na localidade pelo Programa Nacional de Municipalização do Turismo – PNMT (1994 a 2002), que propôs aos estados e municípios a implementação de um novo modelo de gestão simplificado e uniformizado da atividade turística, buscando maior eficiência e eficácia na administração participativa da atividade (RAMOS, MACIEL, 2011).

O PNMT foi implantado em Bezerros em 1997 e se deu em 3 fases: conscientização, capacitação e planejamento. A primeira fase — conscientização (junho de 1997) —, visou à capacitação dos agentes multiplicadores nacionais e estaduais e dos

monitores municipais para a mobilização, sensibilização e conscientização da comunidade. A segunda fase — capacitação (setembro de 1997) —, visou à formação de agentes multiplicadores e de monitores para a orientação de diversos segmentos da sociedade, procurando constituir o Conselho Municipal de Turismo e o Fundo Municipal do Turismo. A terceira e última fase (dezembro de 2001) — planejamento —, visou à formação de agentes multiplicadores e de monitores como facilitadores da metodologia simplificada de elaboração da estratégia municipal de desenvolvimento sustentável do turismo (MELO, 2005).

Em decorrência, o turismo intensificou na localidade efeitos pós-modernos.

A Serra Negra e a Pós-modernidade

A pós-modernidade é uma nova época, que surge no contexto da sociedade pós-industrial e na era dos serviços. Nela, o indivíduo vive uma crise de identidade (HALL, 2001), já que ocorre uma mistura de várias identidades fragmentadas, e o sujeito não consegue se encontrar e ter controle sobre os acontecimentos.

A pós-modernidade também se caracteriza pelos contrastes, como o que acontece entre o modo de vida local e o dos turistas. Em geral, os nativos estão acostumados com uma vida tranquila e simples; os turistas, inseridos em contexto turbulento de grande cidade. O modo de vida dos nativos é uma espécie de *fugere urben* — um “fugir da cidade” — aos turistas. Mas, mesmo buscando a “fuga”, os turistas não estão totalmente livres de seus comportamentos e acabam por impor uma lógica diferente no ambiente e gerar

uma fragmentação da identidade deles mesmos e de nativos.

Os efeitos pós-modernos também distorcem as características da localidade, enquanto lugar. Esta fica propensa a se tornar um “não-lugar”. O lugar integra tempos, ações e objetos, resultados das experiências de indivíduos que nele vivem ou viveram. Já o não-lugar não guarda relações de identidade e história. Então, o lugar está sempre num *continuum* de transformação “lugar / não-lugar / lugar” (GALLERO, 2004). A transformação de lugar em não-lugar tende a acontecer na Serra Negra por conta dos nativos, ao venderem seus terrenos e casas aos turistas, acabarem por perder o espaço formado por suas origens e seu patrimônio sociocultural.

Os processos pós-modernos, assim, geram um enfraquecimento das tradições locais, o que leva a uma homogeneidade social, dado que as identificações são construídas por meio de esferas de comunicação. As políticas de comunicação tradicionais de turismo, não raro, trabalham com o conceito do igual, no âmbito da massificação, utilizando para tanto estereótipos (GASTAL; MOESCH, 2007). Logo, o lugar perde suas características diferenciadoras e se torna um não-lugar, como qualquer outro que sofreu interferências semelhantes.

Metodologia

Para alcançar os resultados do estudo, foi o utilizado o método fenomenológico, que teve como principal expoente Husserl (1859-1938), com obra intitulada “Investigações lógicas”. A abordagem fenomenológica não existe na forma de uma regra ou modelo a ser seguido. É uma atitude e um posicionamento do estudioso no desenrolar do estudo, já que ele — o estudioso — deve se livrar de todos os conceitos e conhecimentos que tem da realidade que estuda (PANOSSO NETTO, 2005).

Para compreender a fenomenologia é imprescindível entender o significado de intencionalidade, fundamentado-se no fato de que a intenção é a consciência — *cogito* — de algo ou de outrem, que ultrapassa o objeto intencionado (HUSSERL, 2001; SOKOLOWSKI, 2004).

A fenomenologia busca capturar a(s) essência(s) do(s) fenômeno(s), possível através da “intuição eidética” — uma intuição da essência, uma síntese da identidade.

Sua análise se entende através de três níveis: (1º) experimenta-se um número de coisas

e encontram-se similaridades entre elas; (2º) não se encontram apenas similaridades, mas um “mesmíssimo”, entre elas; (3º) foca-se o alcance de uma característica, que, sem ela, seria inconcebível a coisa ser/existir (SOKOLOWSKI, 2004). Este nível representa a razão de existir da coisa, sua “ente” — aquilo que, se tirado da coisa, esta “não mais é”. Ou seja, a razão de existir da coisa é sua essência.

Para alcançar a generalidade essencial, recorre-se à “redução eidética” — ou *epoché*. Pela *epoché*, reduz-se o eu humano natural e sua vida psíquica ao eu transcendental e fenomenológico (HUSSERL, 2001). Isso consiste na neutralização da intenção natural com a suspensão do julgamento. Significa pôr em colchetes o mundo e todas as coisas do mundo (SOKOLOWSKI, 2004). É uma apreciação, por parte do estudioso, da coisa como ela é, independente de crenças e convicções que o estudioso possua.

A opção por tal método levou em conta: as variáveis abordadas serem de difícil identificação; a não existência de teorias descritivas da realidade da comunidade; a exigência da suspensão de julgamentos por parte dos estudiosos; e a necessidade de captura da essência das transformações.

Os instrumentos de coleta de evidências utilizados foram: observações participantes e entrevistas com nativos, *in loco*.

A fim de se obter percepções heterogêneas, foram abordados dois grupos de sujeitos díspares: um de pessoas com mais de 50 anos; outro, com menos de 25 anos.

O roteiro de entrevista foi semiestruturado e composto por quatro perguntas, que são apresentadas abaixo:

1. Como era a Serra Negra, na década de 1990, e como ela é na atualidade?
2. Partindo do pressuposto de que existe turismo na Serra Negra, como este se configura?
3. Qual foi o marco histórico para a implantação do turismo na Serra Negra?
4. Como será a Serra Negra daqui a 10 anos?

Também foram aplicados formulários para obtenção de dados pessoais dos sujeitos. Para complementar as aplicações dos formulários, foram feitos levantamentos documentais.

Durante a análise das evidências, seguiu-se a proposta hermenêutica de três fases da

fenomenologia interpretativa, de Heidegger (2012), que propõe uma reflexão exaustiva e contínua, através do ciclo hermenêutico das etapas: compreensão ou descrição; interpretação ou invariantes; e nova compreensão ou essência (MEDEIROS, PASSADOR, BECHELINI, 2011; PANOSSO NETTO, 2005).

A partir das evidências coletadas — respostas das entrevistas —, fez-se a suspensão do conhecimento dos estudiosos — redução eidética — e se estabeleceram as unidades de significado das respostas, para, posteriormente, estabelecer-se nova compreensão do objeto estudado e alcançar-se a definição de sua essência, a partir do grupo investigado.

Resultados

A Tabela 1 mostra, exemplarmente, o modelo básico de procedimentos adotado na análise das respostas recebidas à pergunta — “Como era a Serra Negra, na década de 1990, e como ela é na atualidade?” As demais respostas foram analisadas similarmente. Por conseguinte, o conteúdo da Tabela 1 representa os trechos relevantes das respostas dos sujeitos — as essências de suas percepções.

Tabela 1: Modelo de análise de respostas de nativos e da Serra Negra, com base na fenomenologia interpretativa de Heidegger (2012)

Discurso na linguagem do sujeito	Redução unidades de significado	Asserções articuladas do discurso
Não havia a quantidade de casas que hoje em dia há. Mudou muito. Hoje, vem muito turista. A Serra Negra se tornou conhecida. Ninguém sabia que existia um polo cultural. Antes não vinha pessoa alguma.	Poucas casas. Hoje, há muitas, por conta do turismo.	A Serra Negra se tornou conhecida como destino turístico.

Os resultados do estudo demonstraram que, há 20 anos, a Serra Negra era uma localidade essencialmente agrícola e não contava com infraestrutura básica — por exemplo, sistemas viários e de transporte, de energia elétrica, de telefonia e de saúde. Com o passar do tempo, a agricultura foi sendo substituída pela pecuária bovina, extremamente prejudicial ao ambiente natural, devido ao pisoteio do gado e à substituição da mata nativa por pastos. Isso se constituiu como um agravante ao desenvolvimento sustentável local, pois comprometeu a dimensão natural.

Atualmente, o que ocorreu de mais

significativo foi o advento do turismo, que valorizou a região em termos econômicos, tanto pela venda de casas e terrenos destinados à construção de segundas residências, quanto pela geração de empregos diretos e indiretos, na construção civil e na operação dos equipamentos turísticos que suportam a atividade, tais como: pousadas, bares e restaurantes.

O problema central observado na Serra Negra é a ênfase ao crescimento econômico — e não ao desenvolvimento. Trata-se de, apenas, a valorização de uma dimensão — a econômica, pela valorização imobiliária e pela geração de empregos e renda —, não acarretando desenvolvimento sustentável, pois as outras duas — a natural e a sociocultural — são “sacrificadas”.

As mudanças, ocorridas nos últimos 20 anos na Serra Negra foram previsíveis. Gomes (2000, p. 173), por exemplo, argumenta que tal realidade significa “a imposição de outra lógica na dinâmica socioambiental e cultural”. E, assim, eis a primeira transformação sociocultural identificada pelo estudo.

Alguns sujeitos creem que não ocorreram mudanças significativas na localidade — crença, em parte, infundada e imersa no senso comum, pois a mudança é e foi inevitável.

A seguir são apresentadas as transformações mais significativas identificadas pelo estudo.

Os sujeitos indicaram como fatores positivos a(o): geração de empregos; crescimento local;

popularização do lugar; movimentação do comércio; aproximação de pessoas (nativos e turistas).

Novamente, tem-se o dilema “crescimento *versus* desenvolvimento”. Considera-se apenas a dimensão econômica, esquecendo-se de que as pessoas — os turistas, em particular —, as quais valorizam a região em termos econômicos, também promovem êxodo e perda de laços socioculturais na comunidade nativa. Eis a segunda transformação sociocultural identificada.

Ademais, a inserção do turismo impôs efeitos pós-modernos temerários na localidade — principalmente, o choque entre o modo de vida

dos nativos e o dos turistas. O modo de vida dos primeiros funcionou como *fugere urban* aos últimos. Eis a terceira transformação sociocultural.

Os pontos negativos mais claros do turismo se concentraram no aumento da falta de segurança, agravada pelo fato de a Serra Negra se transformar em um destino turístico, que gera riquezas e movimentações delas. Mais uma vez, a dimensão econômica predomina ante as outras.

Os principais marcos à implantação do turismo na localidade foram: a paisagem bucólica, o Polo Cultural, o Parque Ecológico, o Centro de Artesanato e o clima. A paisagem bucólica, o Parque Ecológico e o clima, são marcos relacionados ao fato da Serra Negra ser um destino ecoturístico. Portanto, possui uma conotação sustentável, com harmonia entre as dimensões econômica, natural e sociocultural.

O Polo Cultural, construído pela Prefeitura, é importante tanto à comunidade quanto ao turista. Extensivamente, as pessoas associam o Centro de Artesanato de Bezerros, no Polo Cultural, a algo relevante à comunidade. Os dois marcos são alicerçados nas dimensões econômica e sociocultural, mas causaram impactos naturais negativos, com a sua construção. Logo, são parcialmente sustentáveis. Eis a quarta transformação sociocultural perceptível na localidade.

Em um segundo plano, menciona-se a atuação da gestão da Prefeitura, em 2000/2001, em benefício do turismo na localidade. A rigor, foi o PNMT, exercitado em estados e municípios brasileiros, que propiciou os benefícios à região. E, como a Serra Negra é localidade de um município do interior, onde a comunidade costuma associar as melhorias locais a uma gestão municipal, a menção se explica.

As evidências do estudo mostraram que, nos próximos 10 anos, poderão existir melhorias, que hoje se apresentam contraditórias. Melhorias em infraestrutura, principalmente, aumentarão a valorização econômica da localidade e, em decorrência, a venda de casas e terrenos. Então, os benefícios serão usufruídos pelas pessoas de alto poder aquisitivo, que começam a se instalar na localidade, e não pela comunidade nativa. Isso significa a transformação do lugar em um não-lugar. Os nativos, ao venderem casas e terrenos aos turistas, acabam por perder o próprio espaço e seus aspectos diferenciais — como o patrimônio natural e o sociocultural —, tornando o destino comum frente às opções existentes à atividade turística. Eis

a última, e principal, transformação sociocultural evidenciada, a ser ou não confirmada nos próximos 10 anos, na Serra Negra.

Fazendo-se uma análise conjunta entre as respostas dos dois grupos de sujeitos abordados, verificou-se uma convergência geral. Na realidade, não houve diferenças significativas entre elas, provavelmente porque as mais importantes transformações se deram na década de 2000, vivenciada por ambos os grupos.

Considerações Finais

O objetivo do estudo foi analisar as transformações socioculturais ocorridas na Serra Negra, em Bezerros (PE), com base na percepção da comunidade local. Foram evidenciadas 5 transformações socioculturais sofridas pela localidade: (1) substituição da agricultura pela pecuária bovina e, em especial, pela atividade turística; (2) êxodo e perda de laços socioculturais da comunidade nativa; (3) diferenças de comportamentos antrópicos, que geraram fragmentação de identidades; (4) impactos naturais negativos, gerados pela construção de equipamentos turísticos; e (5) transformação do lugar em não-lugar, nos próximos anos.

Com base na percepção dos sujeitos, o turismo praticado na Serra Negra é visto como um meio de sustentabilidade econômica — associado, sobretudo, à geração de emprego e renda — e como um meio de degradação sociocultural, trazendo crescente, acelerada e desordenadamente, urbanização, especulação imobiliária, deslocamento populacional e exacerbação de diferenças de comportamentos antrópicos.

Referências

- HUSSERL, E. **Meditações cartesianas**: introdução à fenomenologia. São Paulo: Madras, 2001.
- BRANCO, A. M.; MARTINS, M. H. B. **Desenvolvimento sustentável na gestão de serviços públicos**: responsabilidade socioambiental e informe social. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- CUERVO, R. S. **El turismo como medio de comunicación humana**. México: Departamento de Turismo do Governo do México, 1967.
- GALLERO, A. L. O lugar e o não-lugar no turismo. In: GASTAL, S.; MOESCH, M. M. (Organizadores). **Um outro turismo é possível**. São Paulo: Contexto, 2004, p. 36-42.
- GASTAL, S.; MOESCH, M. M. **Turismo, políticas públicas e cidadania**. São Paulo: Aleph, 2007.
- GOMES, L. Praia do Forte, BA: o paraíso e suas contradições. In: RODRIGUES, Adyr Balasteri (Org.) **Turismo**: modernidade: globalização. São Paulo: Hucitec, 2000.
- HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&AA, 2001.
- Heidegger, M. **Ser e tempo**. 6. ed. Petrópolis (RJ); Bragança Paulista (SP): Vozes; Editora Universitária São Francisco, 2012.
- HUSSERL, E. **Meditações cartesianas**: introdução à fenomenologia. São Paulo: Madras, 2001.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Vocabulário básico de recursos naturais e meio ambiente**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- LOHMANN, G.; PANOSSO NETTO, A. **Teoria do turismo**: conceitos, modelos e sistemas. Aleph: São Paulo, 2008.
- MEDEIROS, M. L.; PASSADOR, J. L.; BECHELENI, D. G. A fenomenologia e a pesquisa em turismo: reflexão para aplicação com base no turismo gastronômico. **Turismo – Visão e Ação** [Eletrônica], v. 13, n. 1, p. 20-34, 2011.
- MELO, M. J. G. **A inserção do ecoturismo no Brejo de Serra Negra/Bezerros/PE**: uma proposta de desenvolvimento socioespacial? Recife, 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Geografia, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2005.
- NEEDHAM, N.; BENFIELD, S. B. **Passaporte para o mundo**. São Paulo: IPSIS, 2007.
- PANOSSO NETTO, A. **Filosofia do turismo**: teoria e epistemologia. São Paulo: Aleph, 2005.
- RAMOS, E. M. Q. MACIEL, B. **Folia dos papangus de Bezerros (PE)**: um estudo empírico da participação na Associação de Artesãos de Bezerros sob as lentes da folkcomunicação”. In: Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, 13, 2011, Maceió, **Anais...** Alagoas: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação (Intercom), 15-17 jun. 2011.
- SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. São Paulo: Loyola, 2004
- VALENÇA, S. **Modelo para elaboração de um sistema de gestão sustentável para um destino turístico de zona costeira**: um estudo em Porto de Galinhas, no município de Ipojuca, em Pernambuco. Recife, 2008. 275 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Engenharia Civil (PPGEC), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2008.

PRÁTICAS LABORATORIAIS PARA ESCOLAS PÚBLICAS

Rejane Maria Ferreira da Silva [rejanessilva@yahoo.com.br]¹

Amanda Correia de Almeida [amandacorreia2@gmail.com]¹

Paulo Antônio Padovan [papadovan@yahoo.com.br]²

Isairas Pereira Padovan [ippadovan@gmail.com]³

¹ Graduandas do curso Ciências Biológicas (Licenciatura)

² Professor associado III Departamento de Histologia e Embriologia

³ Professora Associada II Departamento de Histologia e Embriologia
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE -

CEP: 50670-901 Fone PABX: (81) 2126.8000

Resumo

A inserção de aulas práticas no ensino de ciências é de suma importância para o processo de ensino-aprendizagem, as temáticas ensinadas exigem aulas práticas e vivenciadas, através de recursos como vídeos, jogos, experimentos que sejam importantes na formação de uma atitude científica. Na maioria das escolas públicas os conteúdos ministrados são predominantemente teóricos e isto se deve, sobretudo pela falta de laboratórios ou, quando existentes, não estão suficientemente equipados ou funcionando em sua totalidade. Tendo em vista essa problemática o “Projeto Práticas Laboratoriais para Escolas Públicas” através de experiências adquiridas pelos docentes, e alunos de graduação e pós-graduação, atua diretamente oferecendo aos alunos de escolas públicas a realização de práticas laboratoriais em biologia/ciências para complementar as atividades teóricas. O projeto foi desenvolvido na Coordenadoria de Ensino de Ciências do Nordeste - CECINE/UFPE. Participaram cerca de 45 alunos do ensino fundamental maior e médio proveniente de 10 escolas públicas do Município de Paulista/PE.

Palavras chaves: Ensino de ciências; Experiências didáticas; Atividades práticas;

Abstract

The inclusion of practical lessons in science education is critical to the process of teaching and learning, the topics taught classes and require

experienced, through features such as videos, games, experiments that are important in the formation of a scientific attitude. Most of the public schools are predominantly theoretical content taught and this is mainly due the lack of laboratories or, when available, are not sufficiently equipped or working in their entirety. Given this problematic “Project Laboratory Practice for Public Schools” through experiences gained by faculty, students and undergraduate and graduate, works directly providing public school students performing laboratory practices in biology / sciences to complement theoretical activities. The project was developed in Science Teaching Coordinator for the Northeast - CECINE / UFPE. Participated in about 45 elementary students and larger average from 10 public schools in the Municipality of Paulista, PE.

Keywords: Science education; Student Experiments; Activities practices.

Introdução

A educação tem por finalidade desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores, o ensino deve ser planejado atendendo as características sociais, culturais e cognitivas do indivíduo jovem, adolescente e adulto, respeitando cada fase de sua vida. Num processo educativo centrado no sujeito, portanto, possibilitando o desenvolvimento pleno das potencialidades do anulado. Dentro deste contexto, a biologia e/ou ciências apresenta-se como uma área de extrema importância, uma vez que, tem uma grande interface com as outras ciências e está presente no nosso cotidiano.

Entretanto, seu ensino, seus conteúdos e metodologias voltados quase que exclusivamente para a preparação do aluno para os exames vestibulares não têm atendido, plenamente, às finalidades atribuídas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Esta situação ocorre, tradicionalmente, pela apresentação dos conteúdos em forma de disciplinas isoladas e memorização de conceitos e reprodução de regras, pré-estabelecidas, não oferecendo o embasamento adequado aos alunos para que possam acompanhar criticamente, a refletir sobre assuntos abordados e discutidos, no

dia-a-dia. Além disso, numa parcela significativa das escolas públicas os conteúdos ministrados são predominantemente de natureza teórica, devido à falta de laboratórios para aulas práticas que, quando existentes, não estão suficientemente aparelhados ou funcionando em sua plenitude, dessa forma, a parte experimental não é oferecida.

A disciplina em pauta, ministrada de forma parcial tem privado os alunos de receberem uma formação sólida, cidadã e assim, desenvolverem uma visão mais ampla e mais crítica. Por consequência, a verdadeira dimensão da ciência, a possibilidade de sua interdisciplinaridade, de análises, proposições e até mesmo, soluções para problemas ambientais e do seu entorno e da sua comunidade, ficam comprometidos.

As temáticas ensinadas na disciplina de biologia/ciência exigem aulas práticas e vivenciadas, através de recursos como vídeos, jogos, experimentos que sejam importantes na formação de uma atitude científica e esteja intimamente vinculado ao modo como se constrói o conhecimento, permitindo que os estudantes aprendam como abordar objetivamente o seu mundo e como desenvolver soluções para problemas complexos.

Sendo a inserção de aulas práticas de suma importância para o processo de ensino-aprendizagem, pois através delas o aluno pode aprimorar os seus conhecimentos, por meio da relação teoria-prática, aumentando as suas possibilidades de compreensão ou interação. Além disso, essas atividades também podem contribuir para aguçar sua curiosidade, sensibilizando-os para a importância da aplicação das atividades práticas fazendo uma ponte de interação com o que eles vivenciam.

Contudo os professores, muitas vezes, durante a sua formação, não são orientados para incluir a atividade de laboratório no escasso tempo disponível para as aulas (ARROIO, 2006). Tendo em vista minimizar esses problemas, através de experiências adquiridas, professores e alunos de graduação e pós-graduação dos cursos do CCB/UFPE elaboraram o “Projeto Práticas Laboratoriais para Escolas Públicas”, através de experiências adquiridas pelos docentes, e alunos de graduação e pós-graduação, atua diretamente oferecendo aos alunos de escolas públicas a realização de práticas laboratoriais em biologia/ciências para complementar as atividades teóricas, utilizando recursos alternativos e de baixo custo. Ressalta-se que as atividades laboratoriais permite desenvolver atitudes científicas, as quais incluem rigor, persistência, raciocínio crítico,

pensamento divergente e criatividade, funcionando como uma ótima ferramenta dinâmica e interdisciplinar para despertar o interesse dos alunos.

Marco teórico

Na maioria das escolas públicas a biologia ou ciências é ministrada parcialmente, sendo a parte prática, negligenciada. Em certas circunstâncias, a escola possui laboratório equipado, porém, o professor nem sempre está capacitado para realizar as práticas e/ou manusear equipamentos básicos, tais como, microscópio, lupa, balança, estufa, etc. Os fatos acima citados são corroborados, em escala nacional, pelo artigo publicado no Jornal do Comercio, de 06 de fevereiro de 2011, por Demétrio Weber, da Agência O Globo, intitulado “Alunos sofrem com falta de estrutura nas escolas”. No caso do município de Paulista, as escolas públicas municipais não possuem laboratório e, dessa forma, é de se esperar que seus professores também não se encontram aptos para desenvolverem atividades práticas, o que se enquadram dentro do contexto acima descrito. Tais situações requereram medidas de urgência para minimizá-las e, nosso programa-projeto veio de encontro para tal, atuando diretamente e oferecendo aulas práticas, nos contra turnos das escolas, capacitando docentes e propiciando aos alunos realizarem práticas em biologia/ciências fazendo uma interatividade direta com a química, física, matemática e outras disciplinas.

Metodologia

O projeto foi desenvolvido na Coordenadoria de Ensino de Ciências do Nordeste - CECINE/UFPE e as atividades extra sala, nos locais apropriados a cada ação. Participaram cerca de 45 alunos do ensino fundamental maior e médio proveniente de 10 escolas públicas do Município de Paulista/PE, semanalmente. Os experimentos foram organizados de maneira interativa e participativa, em conformidade com o conteúdo ministrado nas escolas.

Dentre as atividades laboratoriais ministradas, estão: práticas de microscopia óptica, proporcionando o conhecimento sobre o funcionamento do MO e a finalidades e uso nas pesquisas; uso e funções das vidrarias e suas aplicações nos experimentos científicos, aulas práticas de biologia e diversos experimentos químicos. Nas práticas realizadas

os alunos foram avaliados com um pré-teste, pós-teste e jogos educativos referentes aos conteúdos (caça palavras, palavras cruzadas, jogo da memória, dentre outros), que estimulam o processo de ensino-aprendizagem. Aproximadamente 30 tópicos nas ênfases citados foram abordadas.

Resultados e Discussão

Considerando os pré-testes, os pós-testes e de acordo com relatos dos professores, a abordagem prática dos diversos assuntos auxiliou os alunos na assimilação e fixação dos conceitos teóricos ministrados nas escolas, estimulou na pesquisa e/ou consulta de tópicos das disciplinas em tela, bem como, de outras, ampliou o interesse do alunado na experimentação prática, melhorou o relacionamento com os colegas nas escolas, entre outros. Outras ações integradoras como palestras, jogos e visitas a laboratórios do CCB, complementaram as atividades propostas.

Pelizzari et al (2002) sugerem a participação ativa do aluno na aquisição de conhecimentos, de maneira que eles não sejam uma repetição ou cópia dos formulados pelo professor ou pelo livro-texto, mas uma reelaboração pessoal.

Em seus estudos, Carvalho et al, (2010) retrata sobre as temáticas ensinadas, que por muitas vezes, exigem aulas práticas e vivenciadas através de recursos como vídeos, jogos e experimentos que sejam importantes na formação de uma atitude científica e estejam intimamente vinculados ao modo como se constrói o conhecimento, permitindo que os alunos aprendam a abordar objetivamente o seu mundo e desenvolver soluções para problemas complexos. Segundo Arroio et al, (2006) os experimentos envolvem geralmente maior participação do alunado e maior confiança em responder questões. As aulas práticas é uma situação em que os professores podem motivar os estudantes a realizarem experimentações adicionais, além de induzi-los a relacionar teoria e experimentação.

As atividades desenvolvidas no Projeto “Práticas Laboratoriais para Escolas Públicas”, não demandam a utilização de materiais e equipamentos sofisticados e nem de laboratórios nas escolas e podem ser oferecidas nas escolas públicas que não apresentam recursos, pois, segundo Moreira (2003), o educador independente das condições da estrutura da escola, deve realizar práticas que possibilitem desenvolvimento do conhecimento, que resulte significativamente no aprendizado. Através dos

programas institucionais, Pibid – desenvolvido para alunos do ensino médio de cinco escolas públicas estaduais no município de Recife – e PIPEX, para estudantes do ensino fundamental de três escolas públicas de Limoeiro/PE (aproximadamente a 70 km de Recife) Padovan, I.P. et al. (2010) e Padovan, I.P. et al. (2012), elaboraram uma série de experimentos com os mesmos objetivos acima relatados e cujos resultados têm sido descritos similares aos que alcançamos em nosso projeto.

Considerações Finais

As atividades práticas mostraram-se muito eficientes para o processo de ensino-aprendizagem, auxiliando na assimilação do conhecimento e facilitando a compreensão de conceitos, priorizando os aspectos significativos para a construção do saber e o desenvolvimento do educando. É necessário, portanto, que os educadores, seja um agente transformador da realidade, e que possam integrar suas didáticas as atividades práticas, utilizando ferramentas adequadas, priorizando as necessidades dos alunos.

Dessa forma, o uso de abordagens práticas para o ensino de ciências é considerado uma importante estratégia didática, auxiliando como uma ponte de interação nas aulas teóricas, apresentando a função de um catalisador no processo de aquisição de novos conhecimentos, pois a vivência de experiências facilita a fixação do conteúdo, confirmando que aulas práticas são excelentes para incentivar o envolvimento, a participação e o trabalho de equipe.

Referências

ARROIO, A. et al. O show da química: motivando o interesse científico. Revista Química Nova, Universidade Federal de São Carlos, SP, v.29, p.173-178, 2006.

CARVALHO, U. et al. A Importância das aulas práticas de biologia no ensino médio. JEPEX, UFRPE, Recife, 2010.

Lei de Diretrizes e Base da educação Nacional. LEI Nº 9.394, 20 de dezembro de 1996.

MOREIRA, M. L.; DINIZ, R. E. S. O laboratório de Biologia no Ensino Médio: infraestrutura e outros aspectos relevantes. In: Universidade Estadual Paulista – Pró- Reitoria de Graduação. Editora da UNESP, São Paulo, Vol.1, p. 295-305, 2003.

PADOVAN, I. P. et al. PIBID: sementes de esperança para as escolas públicas. Editora da Universidade Federal de Pernambuco, p. 186, 2010. ISBN 9 788573 157734.

PADOVAN, I. P. et al. PIBID – Guia prático de Biologia. Editora da Universidade Federal de Pernambuco, p.103, 2012. ISBN 978-85-415-0088-3

PELIZZARI, A et al, Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubel. Rev. PEC, Curitiba, v.2, p.37-42, 2002.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL E ECOLOGIA POR UMA CULTURA DE PAZ - NEPAZ – UFPE

Jailma Santos Monteiro – Doutora em Nutrição, Profa. Adjunto IV, (81) 96812329, jailma03@yahoo.com.br; **Deborah Lemos Freitas**, estudante do Curso de Graduação em Nutrição da UFPE, bolsista de extensão (PROEXT_UFPE), (81) 94432095, deborahlemosfreitas@hotmail.com; **Eryka Maria dos Santos**, estudante do Curso de Graduação em Nutrição da UFPE, bolsista de extensão (PROEXT_UFPE) (81) 8827-2794, erykinha_15@hotmail.com; **Leopoldina Augusta de Souza Siqueira**, Doutora em Nutrição, profa. Adjunto I, (81)96359916, leopoldinasa@terra.com.br; **Sônia Lúcia Lucena Sousa de Andrade**, profa. Associada IV, (81) 99599491, sonialucena54@gmail.com; **Emília Aureliano de Alencar Monteiro**, Doutora em Nutrição, profa. Associada IV, (81) 99637302, eaam@hotlink.com.br; **Pedro Israel Cabral de Lira**, Doutor em Saúde Pública, (81) 96152670, lirapic@ufpe.br; **Poliana Coelho Cabral**, profa. Adjunto III, (81) 92729094, pccabral@uol.com.br; **Ana Carolina Ramos de Araújo**, Nutricionista, bolsista de apoio acadêmico, (81) 86058365, acarolina.araujo@hotmail.com; **Marinaldo Lustosa**, Nutricionista, bolsista de apoio acadêmico, (81) 21268475, marinaldoflustosa@hotmail.com. **Endereço para contato:** Departamento de Nutrição- Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil – 50670-901.

Resumo

Esse relato refere-se às atividades desenvolvidas em Educação Alimentar e Nutricional (EAN) interligadas à consciência ecológica e à Cultura de Paz, com diferentes comunidades de baixa renda. As etapas realizadas constam de concepção coletiva do projeto; diagnóstico educativo; formulação dos conteúdos; treinamentos, produção de material didático; execução da intervenção e avaliação. As atividades teóricas foram oferecidas por meio de rodas de conversa, mostra de vídeos e dinâmicas de grupo e as práticas, por apresentações artísticas; confecção de material lúdico e oficina de aproveitamento de alimentos. Os resultados foram satisfatórios, no que se refere à conscientização das necessidades nutricionais, a aquisição de novas habilidades e conhecimentos e geração de renda complementar da família. Quanto aos aspectos metodológicos, a ludicidade e a dimensão humanística interligada a ecologia e à Cultura de Paz,

se constitui num instrumento didático, fundamental para a compreensão sistêmica da EAN.

Palavras chaves: Educação Alimentar e Nutricional – Nutrição e Ecologia – Cultura de Paz

Abstract

This report refers to activities developed in food and nutrition education (FNE) interconnected to the ecological awareness and Peace Culture offered to low-income members. The steps performed include the project's collective design; educational diagnosis; content formulation, trainings, production of didactic material, intervention implementation and evaluation. Theoretical activities were offered through conversation wheels, videos presentations and group dynamics, while practice activities included artistic presentations, preparation of playful material and workshop on food utilization. The results were satisfactory regarding the awareness of nutritional needs, acquiring new skills and knowledge and generation of additional family income. Regarding methodological aspects, the playfulness and humanistic dimension interconnected to ecology and peace culture, it is an essential teaching tool for the systemic understanding of FNE.

Keyword: food and nutrition education - Nutrition and Ecology - Peace Culture

Introdução e objetivos

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é um campo de conhecimento e prática contínua e permanente, intersetorial e multiprofissional, que utiliza diferentes abordagens educacionais problematizadoras e ativas que visem principalmente o diálogo e a reflexão junto a indivíduos ao longo de todo o curso da vida, grupos populacionais e comunidades, considerando os determinantes, as interações e significados que compõem o comportamento alimentar que visa contribuir para a realização do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) a valorização da cultura alimentar, a sustentabilidade e a geração de autonomia para que as pessoas, grupos e comunidades estejam empoderadas para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2012). De acordo

com esse conceito, o presente trabalho traz para o conhecimento público o relato de experiências extensionistas vivenciadas, na busca da construção de uma metodologia mais participativa e apropriada para a prática da EAN, com o **objetivo principal** de desenvolver ações voltadas para a prática da EAN, baseado em uma consciência ecológica, dentro de uma concepção direcionada para uma Cultura de Paz, resgatando assim, a dimensão humanística e lúdica da Educação Popular em Saúde. Tendo como **objetivos específicos**: desenvolver ações educativas voltadas para a divulgação de conhecimentos a respeito de hábitos alimentares saudáveis e a sua relação com um bom estado de saúde; Promover a integração social dos grupos participantes por meio de atividades lúdico-participativas e de dinâmicas de grupo; Capacitar professores para que os mesmos possam trabalhar os temas de alimentação e Nutrição, de forma transversal; Capacitar merendeiras; Otimizar a utilização dos recursos alimentares disponíveis nas comunidades por meio de oficinas de aproveitamento integral dos alimentos e alternativas alimentares nas escolas e demais grupos populacionais; Aumentar a disponibilidade de alimentos nas famílias mediante os conhecimentos adquiridos; Contribuir para o aumento da renda familiar por meio da criação de hortas coletas; Resgatar hábitos alimentares que fazem parte da história da comunidade e foram substituídos posteriormente pela evolução dos costumes; Desenvolver habilidades para o exercício do trabalho cooperativo; Estimular a formação para o exercício da cidadania; Avaliar as práticas e conhecimentos a respeito de hábitos alimentares através dos testes de conhecimentos, entrevistas de opiniões e rodas de conversas; Registrar e divulgar as atividades realizadas a fim de sistematizar e democratizar os saberes apreendidos e produzidos.

Marco teórico

A EAN é apresentada de forma a considerar as múltiplas dimensões do conceito de SA, respaldada num conceito mais abrangente, que transcenda aos aspectos relativos ao uso do alimento e da sua ação no organismo alcançando de forma dinâmica todos os setores que estão interligados na determinação do estado nutricional de uma comunidade, como produção, transporte, armazenamento e comercialização dos alimentos; o poder aquisitivo

das famílias (como reflexo da economia da região ou do país), saneamento e cultura alimentar; aspectos fisiológicos e patológicos dos membros dessas famílias, como condicionantes da utilização dos nutrientes a nível celular, resultando na definição do estado nutricional da população, responsável pelo rendimento do trabalho, sejam este em condições de aprendizado ou de trabalho propriamente dito (Monteiro, 2004).

A introdução do conceito de desenvolvimento sustentável como base de fundamentação teórica se opõe à incorporação, à educação nutricional, do conceito de saúde pautado pela ausência de doença, entendida como um processo baseado na existência de um agente, um hospedeiro e do ambiente. Recentemente, a ecologia contribuiu para reformular esse conceito, demonstrando que, na exploração intensiva do meio que resulta em danos ao ambiente e riscos para a saúde humana, a saúde pode ser entendida como saúde ambiental, em oposição ao conceito clássico que considera a saúde como mera ausência de doenças (Lima, 1998).

De acordo com essa concepção, a saúde provém da forma de organização das relações de produção em determinado sistema político e econômico. Portanto, discussões acerca da saúde devem considerar a questão do modelo de desenvolvimento vigente e a influência dos fatores ambientais sobre a vida do homem (Lima, 1998).

Dentro desse contexto, ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações educativas para uma cultura de paz, refletida em um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida respaldados: no respeito à vida, no fim da violência e na promoção e prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação; no pleno respeito aos princípios de soberania, integridade territorial e independência política dos Estados e de não ingerência nos assuntos que são, essencialmente, de jurisdição interna dos Estados, em conformidade com a Carta das Nações Unidas e o direito internacional; na promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais; no compromisso com a solução pacífica dos conflitos; nos esforços para satisfazer as necessidades de desenvolvimento e proteção do meio-ambiente para as gerações presente e futuras; no respeito e promoção do direito ao desenvolvimento; no respeito e fomento à igualdade de direitos e oportunidades de mulheres e homens; no respeito e fomento ao direito de todas as pessoas à liberdade de expressão, opinião e informação; na adesão aos princípios

de liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, pluralismo, diversidade cultural, diálogo e entendimento em todos os níveis da sociedade e entre as nações; animados por uma atmosfera nacional e internacional que favoreça a paz” (UNESCO, 2010).

No Brasil e no mundo, a fome ainda é considerada um dos maiores problemas de saúde pública. Estima-se que mais de 800 milhões de pessoas passem fome todos os dias, e, ainda que se tenha registrado algum progresso, 150 milhões de crianças nos países menos desenvolvidos estão em situação de desnutrição. Segundo os dados obtidos pelo Programa Fome Zero, no Brasil, 44 milhões de cidadãos passam fome (Ministério da Saúde, 2005)

A FAO, órgão da ONU encarregado das políticas alimentares e de abastecimento internacionais considera por Segurança Alimentar e Nutricional, a situação em que todas as famílias tenham acesso físico e econômico à alimentação adequada para todos os seus membros, sem correr o risco de desabastecimento. Sendo assim, a Segurança Alimentar e Nutricional abrange três vertentes: disponibilidade, estabilidade e acesso (Webb, 2004). Disponibilidade é a oferta de alimentos em relação às necessidades de consumo da população. A estabilidade reflete as oscilações de safra e de abastecimento e define o nível mínimo necessário para o consumo alimentar, independente das variações de oferta. O acesso diz respeito à capacidade de aquisição de alimentos por diferentes estratos populacionais (Instituto Akatu, 2003) No Brasil, a disponibilidade e a estabilidade são adequadas, mas cerca de um a cada cinco brasileiros vive com menos de U\$ 2,00 por dia, o que significa que não têm acesso à quantidade suficiente de comida. A falta de acesso é resultado da miséria, condição social que gera privação, fazendo com que as pessoas não consigam alimentar-se três vezes ao dia, o mínimo necessário para manter a saúde.

Dentro dessa concepção, é de suma importância a implementação de políticas de Educação Alimentar e Nutricional que tenham por finalidade não somente a incorporação dos aspectos teóricos, mas que vise também uma perspectiva ecológica, levando em consideração a formação para a cidadania e para um desenvolvimento sustentável das populações.

Metodologia

A metodologia teve como base a proposta Metodológica de Comunicação Social em Nutrição

propostas por Andrein & Beghin (Andrein & Beghin, 2001; FAO, 1999) e como base filosófica e fundamentação teórica aquelas referendadas por Paulo Freire (Freire, 1987), Edgar Morin (Morin, 1991) e Francisco Imbérón (Imbérón, 2005).

A metodologia de Comunicação Social em Nutrição propõe a idealização e a realização de ações em Nutrição desenvolvidas em etapas, a saber: **concepção; formulação; organização; execução da intervenção e avaliação**. Sendo assim, essas etapas foram realizadas da seguinte maneira: **Concepção do projeto** – nessa fase, foram identificados os problemas principais, suas causas e as possibilidades de soluções. Foram realizados também diagnósticos educativos e alimentares dos participantes. Por meio de dinâmicas de grupo, os participantes expressaram os seus sentimentos, pensamentos e expectativas, facilitando assim a aproximação de todos. Em seguida, relataram coletivamente, quais os principais problemas relativos à alimentação e as potencialidades de resolução dos mesmos. Para um diagnóstico mais detalhado dos hábitos alimentares, utilizou-se, como instrumento didático, “O retrato da dieta”, uma técnica desenvolvida por Monteiro (2008) que tem como objetivos verificar, de forma lúdica, quais os alimentos consumidos em cada refeição. Além disso, os participantes tiveram a oportunidade de visualizar como está sua alimentação retratada em uma figura de um trevo de três folhas (representando as três principais refeições e os três principais grupos de alimentos). Na etapa de **Formulação** foram estabelecidos os objetivos comportamentais; após elaboração das mensagens; a seleção do plano de trabalho, elaborados a partir dos diagnósticos acima mencionados. A **organização** constituiu-se da produção do material de apoio; capacitação dos estudantes e demais participantes da equipe.

Considerando-se a escassez de recursos humanos qualificados em EAN e de material didático específico para cada grupo, os participantes confeccionaram jogos, teatrinhos de fantoches, estórias em quadrinho, a partir de material reaproveitável e de baixo custo; dinâmicas, brincadeiras, apresentações artísticas, entre outros, que com o mínimo de treinamento prévio podem facilitar o repasse do conhecimento.

Palestra, aulas, mostra de vídeos, rodas de conversas e oficinas temáticas foram executadas, abordando os seguintes temas orientador-geradores: **Noções básicas de alimentação e nutrição; Higiene geral e dos alimentos; Segurança**

alimentar e nutricional; Aproveitamento regional de alimentos, Ecologia e nutrição e Oficinas de aproveitamento integral dos alimentos.

As práticas apresentadas evidenciaram o objetivo de se desenvolver uma formação multiplicadora, inspirada na metodologia dialético-popular, pautada por princípios humanísticos, incluindo as concepções pessoais, os sonhos, memórias, histórias, lutas e esperanças dos participantes; estabelecer diálogos entre os saberes científicos e populares, problematizando e contextualizando as discussões e as experiências. Para a realização dessas práticas educativas os estudantes, estagiários de extensão, receberam capacitação prévia de 30h.

Na fase de **execução**, as atividades foram desenvolvidas em encontros semanais, e, dependendo das características de cada grupo, as ações foram realizadas nas escolas, nas instituições parceiras ou na própria comunidade.

Para realizar as **avaliações processuais e dos resultados**, ao final de cada atividade, cada participante recebia uma ficha com “carinhas” que representavam o estado de satisfação em relação às atividades daquele dia. Desse modo, a equipe pode ter uma ideia de quais os temas e/ou atividades mais ou menos aceitos. Foram também realizadas rodas de conversas para uma avaliação mais aprofundada.

Avaliação final foi feita de forma que, cada um pode expressar mais detalhadamente os seus sentimentos, impressões, opiniões, críticas e sugestões, por meio de uma carta redigida e destinada a um amigo fictício. No caso das comunidades que os grupos eram constituídos de não alfabetizados, utilizamos as rodas de conversas e dinâmicas de grupo para essa avaliação.

Quanto à equipe de educadores, os grupos avaliaram a maneira de transmitir as informações, clareza, entendimento dos temas relação educadores/educandos; o material didático utilizado; os pontos fortes e fracos.

A introdução de rodas de conversas e de oficinas temáticas nos procedimentos educativos provém do reconhecimento de como tais estratégias facilitam a prática educativa. As bases teóricas dessas metodologias são pautadas na metodologia de Paulo Freire, inicialmente utilizada na década de 1950, no Brasil. No caso das rodas de conversas, são bastante utilizadas nas intervenções comunitárias e consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de um diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar

e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos, por meio da problematização, da socialização dos saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve um conjunto de troca de experiências, conversas, discussão e divulgação do conhecimento (Furtado e Furtado, 2000). As oficinas temáticas consistem numa sequência coerente e construtiva que são orientadas por temas geradores, os quais mobilizam o grupo, a sua cultura e a sua realidade social, além de estimular o desejo de participação e troca de saberes. Essas atividades têm a finalidade de proporcionar oportunidades de potencialização de habilidades voltadas à criação e a difusão de instrumentos de apoio didático-pedagógico ao processo ensino-aprendizado (Libâneo, 1990). As oficinas realizadas foram voltadas à produção de instrumentos lúdico-educativos, a partir de material de baixo custo, reaproveitável, de fácil execução e de fácil reprodutibilidade, adaptável às diversas situações e realidades populacionais, a saber: revistas em quadrinhos, cartilhas, estórias, contos, paródias, teatro de fantoches, jogos, folders, rodas de alimentação, cartazes, cordéis, entre outros. Além disso, foram realizadas oficinas de alimentação – aproveitamento integral dos alimentos e alternativas alimentares, com a produção de livro de receitas. No caso dos trabalhos desenvolvidos nas escolas, para as capacitações, foram também realizadas aulas expositivas dialogadas, para alguns temas e mostras de vídeos.

Resultados e discussão

As atividades foram realizadas dentro de um **contexto lúdico**, tendo como objetivo resgatar os espaços que possibilitam o reconhecimento das subjetividades presentes em cada um, e a partir deste reconhecimento, resgatar os aspectos humanísticos, como sentimento construtor de cidadania (Costa, 2001). Além disso, a utilização de materiais lúdicos em programas de EAN é um importante recurso para o bem estar de grupos populacionais, presente nas demais atividades ofertadas nas áreas de educação e saúde. Sendo assim, tal recurso metodológico, baseado em atividades lúdico-educativas, permitiram o constante aprimoramento dos modelos operacionais na área de Educação Nutricional em sintonia com as etapas históricas específicas de nossa realidade social e regional. Outro aspecto ligado ao processo do desenvolvimento da ludicidade é aquele referente à perspectiva ecológica e ambiental. Nesse

sentido, passamos a abordar os aspectos educativos buscando resgatar uma concepção criativa e humanizada do ensino na saúde como forma de alcançar um maior impacto na EAN (Monteiro et al, 2008). Nas oficinas temáticas foram trabalhados os temas geradores referentes à alimentação e modos de vida saudáveis, higiene geral e dos alimentos; Segurança Alimentar e Nutricional; Ecologia Integral e Nutrição. Oficinas de aproveitamento integral dos alimentos e de alternativas alimentares foram realizadas com excelente aceitação. Além disso, os participantes confeccionaram materiais lúdicos e educativos, de baixo custo e de fácil reprodução, dentro dos princípios ecológicos do reaproveitamento e do não desperdício (bonecos de caixas de leite para teatrinhos, revistas em quadrinhos, jogos). Foram também realizadas hortas alternativas com garrafas PET. Todas as atividades foram consideradas importantes e tiveram boa aceitação. Desse modo pode-se considerar que os objetivos propostos foram alcançados estimulando a equipe a dar continuidade as ações, de forma a abranger um número maior de pessoas.

A experiência de projetos de extensão apontou que, mesmo tendo os recursos limitados, os resultados dos esforços conjuntos, entre os parceiros, puderam produzir uma melhoria na autonomia alimentar com aumento do consumo de produtos mais nutritivos e de baixo custo, bem como uma melhor participação dos grupos no desenvolvimento de propostas ambiental-ecológicas, relacionadas à prática alimentar.

O contato direto com as comunidades, envolvendo famílias de baixa renda, diferentes faixas etárias e diferentes níveis de instrução, contribui para a aquisição de novas experiências. Estas, por sua vez auxiliam na construção de novos conceitos, estimulam a obtenção de uma visão crítica quanto à realidade em que estamos inseridos, além de nos propor questionamentos quanto ao papel, enquanto cidadãos, que estamos exercendo para mudar a situação presenciada.

A aproximação da Universidade com as diversas populações tem estimulado a participação e o comprometimento da equipe (alunos, professores e técnicos), em dar continuidade a projetos dessa natureza, expandindo as atividades a um número maior de grupos sociais, criando espaços de trocas de conhecimentos com os educandos; oportunizando a participação efetiva e a capacitação de estudantes de extensão e estagiários da graduação.

Um dos pontos fortes do trabalho é o reconhecimento da oportunidade de

desenvolvimento de novas técnicas e novos modelos lúdico-educativos, voltados para a prática da EAN, em conjunto com a própria população alvo; criar espaços de trocas de conhecimentos com os educandos.

O conhecimento, as vivências e o sentido lúdico associados ao saber científico repassados aos nutricionistas em formação, passa, desse modo, a atender a uma necessidade de qualificação relacional com o grupo-alvo, constituindo-se uma tríade composta que inclui, além da formação pessoal, a formação pedagógica e a formação teórica. Assim a necessidade de desenvolvimento de práticas lúdicas na disciplina de Educação Nutricional, a partir da observação da forma, muitas vezes impessoal e tecnicista, de como os alunos lidam com os conteúdos repassados a esses, e como, os mesmos alunos os reproduzem nos trabalhos extensionistas (Santos, 2001).

A experiência vivenciada no presente trabalho nos possibilitou vislumbrar, não somente esse aspecto criativo entre os estudantes, mas também entre os grupos populacionais que puderam expressar as suas potencialidades criativas, favorecendo o exercício de levar o “saber científico” para o “saber popular”, potencializando o despertar de aptidões e enriquecendo o aprendizado com novas experiências. Esse fato reforça a importância da ludicidade, em particular quando educadores e educando compartilham seus saberes entre si.

O desafio de se ter uma atenção mais voltada para o processo pedagógico do que para os conteúdos pré-estabelecidos se constitui em mais do que um desafio: um caminho possível e em construção. Nesse sentido, consideramos importante ressaltar alguns pontos a serem trabalhados na formação acadêmica dos estudantes das disciplinas de EAN de modo que se facilite uma formação e uma orientação mais direcionada às práticas educativas, dentro da pedagogia problematizadora, a saber: a) valorização do saber popular, permitindo que as pessoas se expressem e compartilhem suas experiências, seus sentimentos, impressões e percepções; b) elaboração de perguntas apropriadas, utilizando uma linguagem mais simples e direta; c) fazer encaminhamentos e orientar as discussões para que não haja dispersões exageradas, de uma forma democrática (sem autoritarismo); d) além de utilizar uma linguagem simples, utilizar exemplos concretos, dentro da realidade sócio-cultural do grupo focal; e) usar a criatividade e estar aberto a novas metodologias; f) aprender, com a prática, a trabalhar em equipe e

a ter uma postura autocrítica para aprender com os próprios erros g) exercitar a paciência para criar, recriar, avaliar, reavaliar, corrigir falhas, escutar; h) estudar os temas com antecedência; i) conhecer a realidade local e das pessoas; j) ter flexibilidade e dinamicidade.

Considerações finais

As vivências com os grupos populacionais em questão têm sido de fundamental importância, no sentido de que a cada momento, essa troca de saberes, sentimentos e emoções fortalecem a certeza de que transformações são possíveis e a esperança de dias melhores floresce a cada sorriso vislumbrado, a cada emoção expressa nos olhos desse povo de coração aberto, resilientes, com coragem para vencer os obstáculos de uma vida desafiante. Essa constatação nos impulsiona a refletirmos sobre as nossas práticas pedagógicas, no sentido de aprimorarmos cada vez mais o nosso modo de ver o mundo, de aprender a aprender, de aprender a fazer, de conviver e de nos tornarmos seres cada vez melhores, envolvidos num sentimento de solidariedade e de amor a nós mesmos, aos nossos semelhantes e à nossa casa terrena.

Referências

- Adrien, M; Beghin, I. *Nutrición y comunicación: De la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición*. Universidad Iberoamericana. Biblioteca Francisco Xavier Clavigero. México, 2001.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de segurança Alimentar e Nutricional, 2012.
- Costa, N. M. S. C. *A formação profissional do nutricionista: educação e contradição*. 1ª. ed. Goiânia: CEGRAF - Editora da UFG, 2001. v. 1200. 151 p.
- FAO . *Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação. Guia Metodológico de Comunicação Social em Nutrição*, Roma, 1999.
- Freire, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 184p.
- Furtado, R. & Furtado, E. *A intervenção participativa dos atores – INPA: uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento sustentável*. Brasília: II CA, 2000.
- Imbéron, F. *Formação docente e profissional: formar-se para a mudança e a incerteza*. 5 ed. São Paulo: Coretz; 2005. Coleção Questões da Nossa Época. V.77.
- Instituto Akatu. *A nutrição e o consumo consciente. Caderno Temático*. São Paulo, 2003.
- Libâneo, J.C. *Fundamentos teóricos e práticos do trabalho do professor – estudo introdutório sobre pedagogia e didática*. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC-SP, 1990.
- Lima, E.S. *Gênese e constituição da educação alimentar: a instauração da norma*. Hist. Ciênc. Saúde. Manguinhos, v.5, n.1. Rio de Janeiro, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Estudo de Caso Brasil - A Integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação*. 32ª. Sessão – Comitê Permanente de Nutrição – Sistema das Nações Unidas. Brasil, 2005, p. 305.
- Monteiro, E.A. *Estratégias de Intervenção para Educação em Alimentação e Nutrição*, Tese de Doutorado em nutrição da UFPE, Recife, Brasil, 2004.
- Monteiro, E.E.A., Santos, J.M., Souza, P.A.S., da Silva Sá, C. *Resgate da concepção criativa e humanizada no processo pedagógico da educação nutricional*. Ver Brás Nutr Clin, 2008; 23 (1): 51-5.
- Morin, E. *O método, vol.1. A natureza da natureza*. Publicações Europa-América, 1991.
- Santos, S.M.P. *A ludicidade como ciência*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- UNESCO . *Cultura de paz: da reflexão à ação; balanço da Década Internacional da Promoção da Cultura de Paz e Não Violência em Benefício das Crianças do Mundo*. – Brasília.; São Paulo: Associação Palas Athena, 2010. 256 p.
- Webb P. *Los alimentos como ayuda: tendencias, necesidades y retos en el siglo XXI*. Documento No. 14, Dirección de Estrategias y Políticas – Program Mundial de Alimentos – WFP, Rpm, 2004, p.27.

PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL PARA PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Doutora, Professora Adjunto II, CCB/Departamento de Anatomia, cabralcarla1@hotmail.com).

Georgina Agnelo de Lima (Doutora, Professora Associado I, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial, gagnelo@ig.com.br).

Zélia de Albuquerque Seixas (Doutora, Professora Adjunto III, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial, zeliaaseixas@gmail.com).

Amanda Regina Silva de Melo (Acadêmica do Curso de Odontologia, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial, amanda.mello@hotmail.com).

Andrelle Nayara Cavalcanti Lima (Acadêmica do Curso de Odontologia, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial, drellenayara@hotmail.com).

Camila Caroline da Silva (Acadêmica do Curso de Odontologia, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia BucoFacial, kanescel@hotmail.com).

Lorena do Nascimento Paes (Acadêmica do Curso de Odontologia, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia BucoFacial, lori_barreto@hotmail.com).

Renan Macedo Cutrim Tavares (Acadêmico do Curso de Odontologia, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia BucoFacial, renan.mac@gmail.com).

Tássia Fernanda Leal de Lima (Acadêmica do Curso de Odontologia, CCS/Departamento de Prótese e Cirurgia BucoFacial, tassialleal@gmail.com).

Resumo

A doença de Alzheimer (DA) é caracterizada pela perda gradual e progressiva da memória, funções motoras e cognitivas. Quanto à saúde bucal, essas pessoas apresentam os mesmos problemas que os idosos não portadores: cáries, gengivite, doença periodontal, redução salivar e edentulismo, porém com risco aumentado para esses problemas. O objetivo deste estudo foi o de promover a saúde bucal dos Portadores da DA do HC/UFPE, realizando raspagem e polimento coronário, prevenção e controle da cárie dentária, infecção dental e orientação sobre higienização bucal e de aparelhos protéticos, no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE). Os resultados demonstraram que a Odontologia está contribuindo para a saúde integral

desses idosos, através da prevenção e tratamento da dor, favorecendo a uma melhor mastigação, fonação e deglutição. Quanto às ações terapêuticas, os planos de tratamentos elaborados devem levar em consideração as necessidades imediatas e o grau de colaboração apresentado pelo paciente.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer; Odontologia; Saúde Bucal.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is characterized by gradual and progressive loss of memory, motor and cognitive functions. As for oral health, these people have the same problems that the elderly noncarriers: cavities, gingivitis, periodontal disease, tooth loss and reduced salivary but with increased risk for these problems. The aim of this study was to promote the oral health of AD carriers from HC / UFPE, performing coronary scaling and polish, prevention and control of dental caries, dental infection and guidance on oral hygiene of prosthetic devices at Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI / UFPE). The results showed that dentistry is contributing to the overall health of the elderly, through the prevention and treatment of pain, resulting better chewing, speech and swallowing. As for the therapeutic actions, treatment plans elaboration must take into account the immediate needs and the level of cooperation displayed by the patient.

Key-words: Alzheimer's Disease; Dentistry; Oral Health.

Introdução e objetivos

Atualmente, tem-se observado que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente em relação às outras faixas etárias. O Brasil possui cerca de 15 milhões de idosos, número que deverá estar duplicado em 2030, representando a sexta maior população mundial de idosos (Lyra; Carréra, 2011).

Com o envelhecimento, o número de patologias, próprias da velhice, surgirá com maior frequência e terá impacto na qualidade de vida dos idosos. Doenças relacionadas ao coração, artrites, osteoporoses e doenças neurológicas degenerativas, onde a demência tem uma prevalência significativa,

serão cada vez mais comuns na população que está envelhecendo de forma rápida e contínua salientaram Graziano (1999) e Leal et al. (2006).

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu que os transtornos neurológicos afetam cerca de um bilhão de pessoas em todo mundo e se estima que 6,8 milhões de pessoas morram por ano como consequência deles. Dentre os mais significativos temos: a epilepsia, os acidentes cerebrovasculares, os traumatismos crânio-encefálicos, as infecções neurológicas, a esclerose múltipla, a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson.

A doença de Alzheimer é uma desordem neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central, de origem ainda duvidosa, não possui uma cura específica e que atinge milhões de pessoas no mundo, inclusive no Brasil. Seus sinais clínicos são a perda da memória recente, dificuldade na fala, movimentos desordenados associados como a perda das funções intelectuais e da capacidade de realizar as atividades diárias (AVDs), como uma correta manutenção da saúde bucal (Nunes; Portella, 2003; Oliveira et al., 2005; Friedlander et al., 2006; Chiappelli et al., 2006).

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e do bem-estar do indivíduo idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e emocionais são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória (Silva; Valsecki Júnior, 2000; Guimarães et al., 2005; Bulgarelli e Manço, 2008; Silva et al., 2010). Tal fato se torna mais crítico quando se considera que muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado, o que muitas vezes acontece por falta de preparo profissional em encarar essa situação como uma necessidade de atuação interdisciplinar (Domingos et al., 2011).

Dentro desse contexto, faz-se necessário o preparo do odontólogo para atuar de forma adequada junto aos portadores de Alzheimer, objetivando promover saúde e qualidade de vida a essas pessoas. Assim, o objetivo deste projeto foi o de promover a saúde bucal dos Portadores da DA do HC/UFPE, realizando raspagem e polimento coronário, prevenção e controle da cárie dentária, infecção dental, e orientação sobre higienização bucal e de aparelhos protéticos, no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE).

Marco teórico

A Doença de Alzheimer foi descrita pela primeira vez, em 1907, pelo psiquiatra e neuropatologista, Alois Alzheimer. É a forma mais comum de demência dentro da população idosa (Varjão, 2006). É uma alteração neurodegenerativa progressiva de complexa etiologia, onde fatores genéticos e ambientais influenciam em sua patogênese. Diversos fatores de riscos estão associados a sua causa como: a idade, o sexo, o infarto agudo do miocárdio, doença cerebrovascular, alteração envolvendo o alelo E4 da apolipoproteína, o traumatismo crânio-encefálico, e defeitos imunológicos (Kocaelli, 2002).

Clinicamente é uma doença caracterizada pela perda gradual e progressiva da memória, funções motoras e cognitivas. Em geral a primeira manifestação clínica dura em média de 2 a 4 anos e inclui desorientação do tempo, falta de espontaneidade, erros de julgamento e um declínio da higiene pessoal (Kttinger, 2000; Gitto et al., 2001; Santiago et al., 2008).

Quanto à saúde bucal, esses pacientes apresentam os mesmos problemas que os idosos não portadores: cáries, gengivite, doença periodontal, redução salivar e edentulismo, porém com risco aumentado para esses problemas. Kttinger (2000) declarou que situações de dor ou desconforto oral podem acarretar mudanças no comportamento dos pacientes com DA, como aumento do desassossego, sono prejudicado, gemidos ou gritos, recusa da ingestão de comidas favoritas e comportamento agressivo para com os seus cuidadores.

Friedlander et al. (2006) afirmaram que o cirurgião-dentista deve desenvolver planos de tratamento realistas para o portador de DA baseados no grau de colaboração e nas necessidades do paciente adequados às fases da doença. Consideraram importante a solicitação do consentimento escrito pelo responsável legal do paciente para realizar qualquer tratamento. Nos estágios iniciais da DA os autores declararam que ações restauradoras podem ser realizadas de forma satisfatória com mínima alteração da técnica. Recomendaram a aplicação de flúor em gel com concentração mínima de 1% de três em três meses em visitas de acompanhamento. Na fase intermediária recomendaram reparos e reembasamento das próteses antigas preferencialmente à confecção de novos aparelhos. Sugerem o agendamento das consultas no período matinal e com duração máxima de 45 minutos.

O atendimento em sessões curtas e a execução de procedimentos paliativos como restaurações provisórias, eliminação de dor e prevenção

de bacteremias que possam piorar a condição sistêmica do paciente foram indicadas por Indiandro (2007). Na fase avançada da DA afirmou que grandes tratamentos reabilitadores não resultam necessariamente, em benefícios. Deve-se, calcular o fator risco-benefício da reabilitação protética visto que na fase intermediária e final da doença essa reabilitação torna-se praticamente impossível. Recomendou excluir do plano de tratamento as próteses parciais removíveis na última fase da doença, como prevenção da obstrução das vias áreas causada pela deglutição ou aspiração da prótese. Relatou que entre 66 e 77% dos portadores apresentam algum problema relacionado com o uso de próteses totais ou parciais mal adaptadas, onde o mais frequente é o aparecimento de hiperplasia fibrosa inflamatória.

Gallarreta et al. (2008) ressaltaram que todas as orientações para o paciente portador de DA devem ser adequadas às condições físicas e mentais de cada paciente. Nos casos em que ocorre hipossalivação/xerostomia indicaram o uso de substitutos salivares como alternativa para amenizar a sensação de secura de boca, como também, reduzir a desmineralização e potencializar a remineralização das estruturas dentais, além de reduzir as infecções oportunistas e permitir melhor limpeza bucal, mastigação e deglutição dos alimentos.

No Guia Prático do Cuidador (Ministério da Saúde, 2008) recomendou-se como medida preventiva, a higienização dos dentes após as refeições e à ingesta de medicamentos. Quanto à higienização de próteses removíveis, recomenda-se o uso de escovas dentais de cerdas duras e sabão neutro ou pasta dental.

Nas fases iniciais da DA, a maioria dos procedimentos reabilitadores odontológicos podem ser realizados com mínima modificação de técnica. A orientação aos cuidadores por meio de instruções orais e escritas quanto a escovação, uso de fio dental e aplicação de clorexidina sobre os dentes desses pacientes e ainda a prescrição de saliva artificial para aqueles que apresentam xerostomia. Na fase intermediária, devido à dificuldade de adaptação desses pacientes a novas próteses, deve-se, se necessário, procurar reparar as que eles fazem uso do que confeccionar novas próteses. Na fase final, relatam que vários medicamentos usados pelo paciente estão associados com hipotensão ortostática após o atendimento odontológico, logo, sugerem que o cirurgião-dentista após a conclusão dos procedimentos, levante o encosto da cadeira lentamente e deixe o mesmo em posição sentadas

por 5 minutos antes que se levante, evitando assim a hipotensão ortostática, Meloto et al. (2008).

Em 2009, Miranda afirmou que os principais problemas encontrados são a grande presença de placa bacteriana, periodontopatias, próteses mal adaptadas e lesões decorrentes de trabalhos protéticos mal feitos. Nestes casos o atendimento odontológico deve voltar-se ao exercício da odontologia preventiva, tratamento periodontal e cirurgia só em caráter emergencial. A valorização da estética passa a ser de último plano, antecedida pela função que deve ser proporcionada ao paciente como mastigação e fala, sempre objetivando a eliminação de qualquer tipo de foco de inflamação, infecção e sintomatologia dolorosa no paciente.

Deve-se aconselhar os portadores de DA a não dormirem com suas próteses por serem pacientes mais propensos a infecções como a *Cândida albicans*, além de aumentar o risco para lesões de tecido mole, oriundas de traumas ou relacionadas à halitose mencionaram Pereira et al. (2009).

Segundo Miranda et al. (2010), na fase inicial da doença, que vai até 4 anos, deve-se adequar o meio bucal buscando melhorar a fisiologia do sistema estomatognático desses pacientes, e orientar os cuidadores dos mesmos quanto à necessidade da manutenção da higienização bucal. Dentre as práticas de atenção à saúde bucal, nessa fase, está o controle de placa bacteriana, restaurações com caráter funcional, ajuste oclusal, reembasamentos de próteses e tratamento periodontal. Na fase intermediária da doença, que dura de 2 a 8 anos, o planejamento passa a ser direcionado para a remoção de possíveis focos de infecção como problemas periodontais e principalmente de qualquer fator determinante de dor. Indicaram, em caso de necessidade, a realização de procedimentos sob sedação consciente com óxido nitroso. Já na fase final da doença, com duração de 6 a 10 anos, os autores recomendaram que o primordial é oferecer qualidade de vida ao doente.

Metodologia

Semanalmente, foi realizado o recrutamento dos pacientes no Ambulatório de Neurologia do HC/UFPE mediante exame clínico, e preenchimento de ficha odontológica; nos casos de necessidade de tratamento, estes eram encaminhados para o consultório odontológico do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE). Os que não tinham necessidade ou encontravam-se acamados recebiam através de seus familiares e/ou cuidadores, orientações sobre

higienização de dentes e aparelhos protéticos para serem realizados no domicílio.

No NAI os atendimentos aconteciam uma vez por semana, no período da manhã, com sessões de duração máxima de 40 minutos. Após o levantamento do estado de saúde bucal, procedemos à execução dos procedimentos de ação básica, que tiveram a seguinte sequência: Na fase inicial e intermediária da doença o tratamento foi: 1- Eliminação de focos de infecção (restos radiculares, dentes com reabsorção severa e mobilidade); 2- Raspagem para a eliminação de cálculos supra-gengival e polimento superfícies dentais; 3- Controle da doença cárie (raspagem cavitária e deposição de material obturador); e 4- Acompanhamento do estado de saúde bucal através da evidênciação de placa e orientações a escovação.

Sempre em cada visita ao consultório às palestras de orientação a promoção de saúde foram realizadas, como forma a relembrar aos familiares e/ou cuidadores a importância dos cuidados bucais para esses pacientes. Os dados de cada paciente após a abordagem odontológica foram analisados para a elaboração de laudos e relatórios que foram entregues ao familiar e/ou cuidador e ao neurologista responsável, de forma a manter uma integração entre a assistência ao paciente, e entre os serviços ajudando a melhorar a saúde integral dos portadores de Alzheimer.

Resultados e discussão

Os idosos portadores da doença de Alzheimer atendidos no NAI estavam, em sua maioria, entre a fase inicial e intermediária da doença apresentando quadro de desorientação do tempo e espaço, falta de espontaneidade, erros de julgamento e declínio da saúde bucal (Kttinger, 2000; Gitto et al., 2001; Santiago et al., 2008).

O atendimento odontológico foi sempre realizado na parte da manhã, devido à dificuldade de traslado desses pacientes pelos seus familiares/cuidadores. Além disso, as constantes faltas dos idosos eram justificadas por essa dificuldade comprovando o reduzido acesso ao atendimento odontológico desses pacientes. (Silva ; Valsecki Júnior, 2000; Guimarães *et al.*, 2005; Bulgarelli e Manço, 2008; Silva *et al.*, 2010; Domingos et al., 2011). A condição bucal encontrada foi de frequente edentulismo sem uso de próteses ou com estado precário das próteses em uso (fraturas, câmara de sucção, placa microbiana e cálculo).

Quanto aos dentes remanescentes foram detectados cárie radicular, gengivite, cálculo

supragengival, infecções pulpares, algumas assintomáticas, redução salivar e mobilidade dental. Este quadro de saúde bucal está compatível com a literatura estudada (Kttinger, 2000; Silva ; Valsecki Júnior, 2000; Guimarães *et al.*, 2005; Bulgarelli e Manço, 2008; Miranda, 2009; Silva *et al.*, 2010).

Os planos de tratamento foram traçados para ações conclusivas realizadas em várias sessões de 30 minutos no máximo, tempo que, na experiência vivida, era o limite da colaboração do paciente (Friedlander et al. 2006; Indiadro, 2007). A conduta seguida foi: radiografias periapicais (não mais do que duas por sessão), remoção dos dentes com indicação (infecção pulpar e com mobilidade), restaurações em resina fotopolimerizável dos dentes anteriores, remoção de cárie radicular e colocação de restaurador provisório (IRM), raspagem e polimento coronário (Miranda et al., 2010). As próteses que apresentavam câmara de sucção ou fratura foram reembasadas e reparadas (Meloto et al., 2008; Miranda 2009). Não foi recomendado reabilitação oral, pois os que tinham indicação já apresentavam o quadro da doença agravado, seguindo a conduta orientada por Indiadro (2007) e Miranda et al. (2010). Todos os cuidadores receberam informações e demonstrações quanto aos cuidados de higiene tanto dos dentes, quanto das próteses (Pereira, 2009).

O Brasil já conta com uma população idosa significativa (Kocaelli, 2002; Lyra, Carréra, 2011) e por consequente com doenças crônicas que merecem atenção e cuidados dentre elas a doença de Alzheimer (Graziano, 1999; Leal et al. 2006) cujo declínio da saúde bucal é característico (Nunes; Portella, 2003; Oliveira et al., 2005; Friedlander et al., 2006; Chiappelli et al., 2006). Portanto, o cirurgião-dentista deve desenvolver planos de tratamento realistas para o portador dessa doença baseados no grau de colaboração e nas necessidades do paciente adequados às fases da doença (Friedlander et al. 2006).

Considerações finais

De modo geral, recomendamos ações preventivas em todas as fases da doença mediante instrução ao paciente e/ou ao seu cuidador para higienização de dentes e próteses. Quanto às ações terapêuticas os planos de tratamento devem levar em consideração as necessidades imediatas e o grau de colaboração apresentado pelo paciente. A boa saúde bucal favorece a mastigação, deglutição e fonação dos pacientes contribuindo inclusive, para melhoria de sua qualidade de vida.

Referências

- Chiappelli F.; Navarro A.M.; Moradi D.R.; Manfrini E., Prolo P. Evidence-based research in complementary and alternative medicine III: treatment of patients with Alzheimer's disease. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2006; 3(4):411-24.
- Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008 13: 1165-74.
- Domingos, PAS; Moratelli, RC; Oliveira, ALBM. Atenção Odontológica Integral ao Idoso: uma Abordagem Holística. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2011; 23(2): 143-53.
- Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc*, 2006; 137: 1240-51.
- Gallarreta FWM, Turssi CP, Dibb RGP, Serra MC. Histórico de saúde: atenção a condições sistêmicas e suas implicações, sobretudo nos fatores de risco de cárie. *Rev. odonto ciênc*, 2008; 23(2): 192-6.
- Graziano KV, Maia FM. Principais acidentes de causa externa no idoso. *Gerontologia* 1999; 7(3): 133-9.
- Guimarães MLRe, Hilgert JBe, Hugo FNe, Corso ACe, Nocchi Pe, Padilha DMPe. Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes *Sci med* 2005 15(1): 30-3.
- Gitto CA, Moroni MJ, Terezhalmay GT, Sandu S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence International*, 2001; 32(3): 221-31.
- Indiagro AJA. Enfermedad de Alzheimer: consideraciones odontológicas. *Fundación Acta Odontológica Venezolana*, 2007; 45(1): 1-6.
- Kttinger R. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology*, 2000; 17(1): 8-12.
- Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic LI, Özbaz H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2002; 93(5): 521-4.
- Leal MC, Marques AP, Marino JG, Austregésilo SC. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006; 9(3): 39-48.
- Lyra, E. V. V; Leal, M. C. C. *Doença de Alzheimer: um olhar sob o enfoque multidisciplinar*. Paco Editorial: 2011. 172 p.
- Meloto CB, Barbosa CM, Gomes SGF, Custódio W. Dental practice implications of systemic diseases affecting the elderly: a literature review. *Brazilian Journal Oral Sciences*, 2008; 7(27): 1691-9.
- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Miranda AF. Odontologia Domiciliar: uma mudança de paradigma. *Revista APCD*, 2009; (23): 10-3.
- Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *RGO*, 2010; 58(1): 103-7.
- Nunes; Portella M.R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Bol Saúde*. 2003; 17(2): 109-21.
- OMS. Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo: informe de La OMS. Disponível em: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/index.html> [2007 Dec 12]
- Pereira MTP, Montenegro FLB, Flório FM. Estratégias preventivas em Odontogeriatric. *Publisaude.com.br*, 2010 [acesso em 2010 maio 01]. Disponível em: <http://www.publisaude.com.br/portal/artigos/artigos-medicos/estrategias-preventivas-em-odontogeriatric.html>
- Santiago E, Simões RJP, Pereira JAL. A saúde oral na doença de Alzheimer. *Arquivos de Medicina*, 2008; 22(6): 189-93.
- Silva SRCd, Valsecki Júnior A. Avaliação das

condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4): 268-71.

Varjão FM. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. *Revista Odonto Ciência*, 2006; 21(53): 284-288.

PRÓ-PARKINSON: FISIOTERAPIA

Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano, Doutora,
Docente, Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Anatomia,
gracawander@hotmail.com

Amdore Asano, Mestre, Neurologista do Programa Pró-Parkinson,
Ambulatório de Neurologia, Hospital das Clínicas, UFPE,
amdoreasano@gmail.com

Douglas Monteiro da Silva, Mestrando, Centro de Ciências da
Saúde, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências
do Comportamento da UFPE, dougmonteiro05@gmail.com.

Anderson Santos Fraga, Discente Graduação, Centro de Ciências
da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE, fraga_anderson@
hotmail.com

Natália Romana Gomes da Silva, Discente Graduação, Centro
de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE,
natalia.g.romana@gmail.com

Jenyffer Monnyk de Siqueira Balbino, Discente Graduação, Centro
de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE, jeny.
monnyk@gmail.com

Belvânia Ramos Ventura, Discente Graduação, Centro de Ciências
da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE, bel.zo.ca@
hotmail.com

Ana Paula Silva de Oliveira, Discente Graduação, Centro de
Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE,
paulinhaso14@hotmail.com

Marília Andrade Lima, Discente Graduação, Centro de Ciências da
Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE, marii_andradelima@
hotmail.com

Bruna Pereira Prudente, Discente Graduação, Centro de Ciências
da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE, brubrapp@
hotmail.com

Ludmila Carneiro da Silva, Discente Graduação, Centro de
Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE, ludgelt@
hotmail.com

Taysa Vannoska de Almeida Silva, Discente Graduação, Centro
de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia da UFPE,
taysavnk@hotmail.com

motores da doença. Resultados: Foi elaborado o Manual do paciente com DP do HC/UFPE com orientações e ilustrações de exercícios para reduzir a rigidez e melhorar o equilíbrio e a marcha dos pacientes. Projetos de pesquisa foram desenvolvidos resultando em artigos científicos enviados às revistas da área. Discussões de artigos foram realizadas em forma de seminários com discussão com a equipe multidisciplinar.

Palavras-Chave: Doença de Parkinson, Reabilitação, Fisioterapia.

Abstract

Parkinson's disease (PD) is the second most common neurodegenerative disorder after Alzheimer's disease. His motor symptoms are tremor, rigidity, bradykinesia and postural dysfunctions. The objective of this project is to provide basic care and physiotherapy in health education of patients with PD, HC / UFPE. The PD patients were systematically screened during their routine visit in Pro-Parkinson Medicine. Evaluations were made of physical and mental state of the patient and then were carried conducts physical therapy for improving motor symptoms of the disease. Results: We have created the manual patient with PD of HC / UFPE with directions and illustrations of exercises to reduce stiffness and improve balance and gait in patients. Research projects were developed resulting in papers submitted to journals in the field. Discussion of articles were conducted in seminar fashion with discussion with the multidisciplinary team.

Palavras: Parkinson's Disease, Rehabilitation, Physiotherapy.

Resumo

A doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer. Seus sintomas motores são tremor, rigidez, bradicinesia e disfunções posturais. O objetivo deste projeto é oferecer cuidados básicos em fisioterapia e em educação para a saúde do paciente com DP do HC/UFPE. Os pacientes com DP foram triados sistematicamente durante a sua consulta de rotina no Pró-Parkinson: Medicina. Foram realizadas avaliações do estado físico e mental do paciente e em seguida, foram realizadas condutas fisioterapêuticas para a melhoria dos sintomas

Introdução e objetivos

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurológica progressiva que afeta 0,3% da população geral (SCALZO, 2009), sendo a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer (FINDLEY, 2007).

Em virtude do crescente envelhecimento da população mundial, estima-se que, em 2020, mais de 40 milhões de pessoas no mundo terão desordens motoras secundárias à DP (LANA, 2007). Contudo, a sua etiologia, na maioria das ocorrências, permanece desconhecida (JANKOVIC, 2007).

Existe uma combinação de sinais e de sintomas motores e não motores que caracterizam a DP como uma doença multisistêmica. Os sintomas motores cardinais são tremor, rigidez, bradicinesia e disfunções posturais (LINAZANORO, 2009). Dentre os sintomas não motores são descritas as disfunções neuropsiquiátricas, os distúrbios do sono, as disfunções autonômicas e algumas disfunções sensoriais (JANKOVIC, 2007).

Essas características são bem conhecidas e particularmente evidentes nos estágios tardios da doença, contudo, crescem as evidências de que um número de sintomas pode preceder as características motoras clássicas da DP, definindo um período conhecido como fase pré-motora da doença (TOLOSA, 2007).

A DP causa significativa e progressiva dependência, proporcionando um impacto financeiro no sistema de saúde e, principalmente, uma diminuição da qualidade de vida do paciente (FINDLEY, 2007; SCHNEIDER, 2009).

Desta forma os objetivos deste projeto de extensão foram:

Objetivo Geral

Oferecer cuidados básicos em fisioterapia e em educação para a saúde do paciente com doença de Parkinson do HC/UFPE.

Objetivos Específicos

- a) Aplicar escalas e protocolos de avaliação do estado físico e mental do paciente;
- b) Realizar condutas fisioterapêuticas para melhorar os distúrbios cinéticos funcionais do paciente;
- c) Propor através de material didático ilustrado (Manual) condutas básicas em fisioterapia para que o paciente possa executá-las em casa;
- d) Melhorar a qualidade de vida do paciente.

Marco teórico

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso central (SNC), que se caracteriza pela perda neuronal de células dopaminérgicas da porção compacta da substância negra do mesencéfalo (padrão básico neuropatológico). Ocorre uma disfunção da via nigroestriatal, com diminuição da concentração de dopamina ao nível dos receptores dopaminérgicos situados no corpo estriado (MENESES, 2006).

A DP afeta 0,3% da população em geral (SCALZO, 2009), e é a segunda mais comum doença neurodegenerativa depois da doença de Alzheimer (FINDLEY, 2007). Com o aumento da idade da população mundial, estima-se que em 2020 mais de 40 milhões de pessoas poderão ter desordens motoras secundárias à DP (LANA, 2007). Entretanto sua etiologia ainda é desconhecida na maioria das ocorrências (JANKOVIC, 2007).

O diagnóstico da DP é estabelecido com a presença de dois dentre os seguintes sinais cardinais: tremor de repouso, bradicinesia (acinesia ou hipocinesia), rigidez muscular do tipo plástica e instabilidade postural (MENESES, 2003).

Associados as essas alterações, o comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico, decorrentes e relacionados aos sinais e sintomas da DP interferem no nível de capacidade do indivíduo e podem influenciar negativamente na qualidade de vida (QV) do mesmo, levando o indivíduo ao isolamento e à diminuição da sua participação na vida social (LANA, 2007).

Para melhorar os sintomas da DP e a qualidade de vida (QV) dos pacientes tem-se como base a instituição e acompanhamento rigoroso da terapia farmacológica, entretanto outras estratégias terapêuticas devem fazer parte da assistência ao paciente com DP. A fisioterapia constitui um importante recurso, pois promove exercícios que mantêm a atividade muscular e preservam a mobilidade, minimizando e retardando a evolução dos sintomas com conseqüente melhoria da QV (RITO, 2006; HAASE, 2008).

A fisioterapia é empregada como tratamento adjunto aos medicamentos ou a cirurgia utilizada na DP. Mesmo assim ainda existem dúvidas acerca deste tratamento coadjuvante. Seu valor subestimado talvez se deva à comparação com o tratamento medicamentoso (DE GOEDE, 2001; NIEUWBOER, 2007).

A reabilitação deve compreender exercícios motores, treinamento de marcha (sem e com estímulos externos), treinamento das atividades diárias, terapia de relaxamento e exercícios respiratórios. Outra meta é educar o paciente e a família sobre os benefícios da terapia por exercícios. Devem ser avaliados os sintomas neurológicos, a habilidade para andar, a atividade da vida diária (AVD), a qualidade de vida (QV) e a integração psíquica (NIEUWBOER, 2007; KWAKKEL, 2007).

A intervenção fisioterápica inclui a terapia convencional e ocupacional, terapia com estímulos

visuais, auditivos e somato-sensitivos. Os estímulos facilitariam os movimentos, o início e continuação da marcha, o aumento do tamanho dos passos e a redução da frequência e intensidade dos congelamentos (NIEUWBOER, 2001).

Também poderiam ser realizado treinamento em esteira com suporte do peso, treinamento do equilíbrio, treinamento com exercícios de alta intensidade e terapia muscular ativa. Todo o exercício tem como objetivo melhorar a função do movimento, como levantar, andar, sentar, as atividades motoras, bradicinesia, e redução das quedas (SUCHOVERSKY, 2006).

Alguns autores (LANDERS, 2005; ASHBURN, 2007; CANNING, 2009) consideram a diminuição do número de quedas as metas principais. Justificam que 68,5% dos pacientes com DP apresentam quedas, sendo que 33% destes teriam fraturas ósseas com admissões em hospitais 13. O propósito da fisioterapia é melhorar e manter a facilidade e segurança das AVD e prevenir complicações secundárias (KEUS, 2004).

Infelizmente nem todos os pacientes são submetidos a estes cuidados. Alguns por não serem encaminhados pelos neurologistas, geriatras ou clínicos, por desconhecimento ou pela atitude séptica destes profissionais e outros por falta destes serviços na comunidade em que residem. Em alguns países como na Inglaterra a fisioterapia é praticada em 7% dos pacientes com DP, já na Holanda em cerca de 60% (KEUS, 2004). Entretanto as quedas frequentes, fraturas, perda da independência, inatividade, causando isolamento social e o risco de osteoporose e doenças cardiovasculares resistentes a tratamento medicamentoso e à cirurgia encorajam aqueles que lutam para incrementar exercícios fisioterápicos para estes enfermos.

Metodologia

Área programática proposta: UFPE e Políticas Públicas.

Área Temática Prevista: Saúde e Educação.

Local da Ação

O projeto PRÓ-PARKINSON: FISIOTERAPIA se desenvolve junto ao PRÓ-PARKINSON: MEDICINA (ambulatório de neurologia), 2º andar, sala 450e.

Período de realização da ação

O projeto desenvolve-se no período entre 15 de março de 2012 e 15 de janeiro de 2013.

Público beneficiado pela ação

O público alvo são os pacientes com doença de Parkinson que realizam suas consultas de rotina no PRÓ-PARKINSON: MEDICINA NO HC/UFPE (ambulatório de neurologia). Este público atinge cerca de 200 pacientes cadastrados no serviço.

Além do benefício para o paciente, estudantes de graduação e pós-graduação (nível mestrado e doutorado) podem desenvolver suas atividades de pesquisa associadas à extensão dentro da proposta integradora do PRÓ-PARKINSON com o apoio do Grupo de Pesquisa: Neurofisiologia Clínica e Experimental

Operacionalização da ação

Os fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia do PRÓ-PARKINSON: FISIOTERAPIA estão presentes em todas as quartas-feiras pela manhã acompanhando o PRÓ-PARKINSON: MEDICINA no ambulatório de neurologia.

Os pacientes com doença de Parkinson buscam o serviço médico do HC/UFPE para realização da sua consulta de rotina e para recebimento da medicação que é dispensada gratuitamente pelo Hospital. Com o apoio do neurologista responsável pelo Serviço Médico (PRÓ-PARKINSON: MEDICINA), Dr. Amdore Asano, os pacientes são encaminhados para o serviço de Fisioterapia (PRÓ-PARKINSON: FISIOTERAPIA) que funciona em sala contígua.

Ao serem recebidos pelo Fisioterapeuta responsável e equipe o paciente é avaliado através de escalas/instrumentos que medem o comprometimento físico e mental proporcionado pela doença.

Após os testes de avaliação o paciente recebe orientações fisioterapêuticas, além de um Manual ilustrado (Manual do Paciente com Doença de Parkinson do HC/UFPE), elaborado pela equipe, com dicas e exercícios para que o mesmo possa executá-los em casa.

Atividades Propostas (ações)

a) Triagem dos pacientes;

- b) Aplicação de escalas de avaliação com posterior tabulação dos dados e preparação de laudos e relatórios;
- d) Orientações fisioterapêuticas: baseado no Manual do Paciente com Doença de Parkinson do HC/UFPE, com entrega gratuita deste material ilustrado ao paciente. As orientações são realizadas para o paciente e cuidador;
- g) Clube de revista. Semanalmente um tema relacionado à doença de Parkinson é selecionado e discutido por toda a equipe.

Avaliação

Cada membro da equipe de execução colabora na elaboração do relatório parcial e final da ação. Com isso todos têm a oportunidade de avaliar o desenvolvimento das atividades que realizou durante a execução da ação.

Para avaliação do projeto os pacientes que participaram da ação recebem um questionário semi-estruturado, sem identificação, que é distribuído, a partir do qual, a equipe executora poderá analisar a eficácia das ações propostas.

Resultados e discussão

Foi elaborado pela equipe de Fisioterapia o Manual do Paciente com Doença de Parkinson do HC / UFPE. Este material ilustrado é entregue gratuitamente aos pacientes. Além da entrega são realizadas palestras e realização dos exercícios propostos no Manual.

Esses exercícios foram elaborados com base nas recomendações do Guia de fisioterapia para pacientes com Doença de Parkinson (KEUS, 2007) e tem como metas melhorar as transferências do paciente no leito ou na cadeira; melhorar a postura, o equilíbrio e a marcha.

O paciente é orientado a realizar os exercícios propostos no Manual em casa e procurar sempre a equipe do Pró-Parkinson: Fisioterapia para tirar dúvidas. O paciente também é encaminhado para participar como voluntário de projetos de pesquisa desenvolvidos pelo grupo, caso aceite, sendo beneficiado pelas propostas terapêuticas que o grupo desenvolve.

Além do manual o estudante do curso de Fisioterapia da equipe participa de grupo de estudos com apresentação de seminários semanais, fortalecendo o conhecimento teórico do estudante que participa do projeto.

Projetos de pesquisa são desenvolvidos com a aplicação de instrumentos de avaliação, produzindo artigos científicos enviados à revista da área, apresentação dos resultados em eventos locais (CONIC) e Nacionais (Congressos Brasileiros).

Essas atividades têm beneficiado cerca de 15 pacientes por semana, além das orientações que são realizadas para os cuidadores. Os pacientes do interior são atingidos de forma mais positiva, pois apresentam menos acesso aos serviços de reabilitação.

Através deste projeto vem sendo elaborado um protocolo de atendimento fisioterapêutico baseado na evidência científica. A consolidação deste protocolo proporcionará a criação de mais uma clínica especializada de atendimento ambulatorial de caráter semanal para os pacientes com doença de Parkinson do HC.

Considerações finais

O Projeto Pró-Parkinson: Fisioterapia atende aos pacientes com doença de Parkinson do Ambulatório de Neurologia do HC / UFPE. Elaborou e revisou o Manual do Paciente com Doença de Parkinson do HC / UFPE. Distribui e orienta os pacientes através de palestras sobre o conteúdo do referido Manual beneficiando todos os pacientes, mas principalmente aqueles do interior do estado.

Está formado por 10 estudantes de graduação que são acompanhados em suas atividades de extensão, além de desenvolverem projetos de pesquisa (PIBIC). Além da graduação, dois estudantes de pós-graduação (mestrado e doutorado) e um docente da UFPE compõem a equipe. O grupo é responsável pela produção científica do projeto.

Referências

- Canning CG; Sherrington C; Lord SR; Fung VSC. et al. Exercise therapy for prevention of falls in people with Parkinson's disease: A protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation. *BMC Neurology*. 2009; 9(4): 1-7.
- De Goede CJT; Samyra HJ; Keus PT. et al. The Effect of Physical Therapy in Parkinson's Disease: A Research Synthesis. *Arch. Phys. Med. Rehabil*. 2001; 82: 509-15.
- Findley LJ. The economic impact of Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2007; 13(S8-S12).
- Haase DCBV; Machado DC; Oliveira JGD. Atuação da Fisioterapia no Paciente com Doença de Parkinson. *Fisioter. Mov*. 2008; 21(1):79-85.
- Jankovic J; Tolosa E. *Parkinson's disease & Movement Disorders*. 5. Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 2007:113.
- Keus SHJ; Bloem BR; Verbaan D, et al. Physiotherapy in Parkinson's disease: utilisation and patient satisfaction. *J Neurol* 2004; 251:680-687.
- Keus SHJ; Bloem BR; Hendriks EJM, et al. Evidence-Based Analysis of Physical Therapy in Parkinson's Disease with Recommendations for Practice and Research. *Movement Disorders*. 2007; 22(4): 451-460.
- Kwakkel G; Goede CJT; Van Wegen EEH. Impact of physical therapy for Parkinson's disease: A critical review of the literature. *Parkinsonism relat. disord*. 2007;13:S478-S487.
- Lana RC, et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. *Rev. Bras. Fisioter*. 2007; 11(5): 397-402.
- Landers M; Wulf G; Wallmann H; Guadagnoli M. An external focus of attention attenuates balance impairment in patients with Parkinson's disease who have a fall history. *Physiotherapy*. 2005; 91: 152-158.
- Linazanoro G. A global view of Parkinson's disease pathogenesis: Implications for natural history and neuroprotection. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2009; 15:401-405.
- Meneses MS; Teive HAG. *Doença de Parkinson*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Meneses MS; Teive HAG. *Doença de Parkinson*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Nieuwboer A; Weerdt W; Dom R. et al. The Effect of a Home Physiotherapy Program for Persons with Parkinson's Disease. *J Rehabil Med*. 2001; 33: 266-272.
- Rito M. *Doença de Parkinson: Instrumentos Avaliativos*. *Arq Fisioter. Portugal*. 2006;1(2):27-45.
- Scalzo P; Kummer A; Cardoso F. et al. Depressive symptoms and perception of quality of life in Parkinson's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009; 67(2-A):203-208.
- Schneider MG; Swearingen CJ; Shulman LM. et al. Minority enrollment in Parkinson's disease clinical trials. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2009;15:258-262.
- Tolosa E; Compta Y; Gaig, C. The premotor phase of Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2007; 13: S2-S7.

PRÓ-PARKINSON: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA AO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON

Nathalia Angelina Costa Gomes¹, Daniele Albuquerque Alves de Moura², Luciana Rodrigues Belo³, Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano⁴, Danielle Carneiro de Menezes⁵, Karina Polo Norte Danda⁶, Maria Lúcia Gurgel da Costa⁷, Amdore Asano⁸, Otávio Gomes Lins⁹.

Discente em Fonoaudiologia da UFPE;
Discente em Fonoaudiologia da UFPE;
Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE;
Doutora, professora adjunta do Departamento de Anatomia da UFPE;
Doutoranda, Professora Assistente do departamento de Terapia Ocupacional da UFPE;
Fonoaudióloga Clínica do Hospital da Aeronáutica;
Doutora; professora adjunta do departamento de fonoaudiologia da UFPE;
Mestre; Neurologista do Programa Pró-Parkinson do Hospital das Clínicas de Pernambuco;
Doutor; professor adjunto do departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.
E-mail: nathigomes13@hotmail.com

Resumo

A terapia fonoaudiológica junto ao paciente com doença de Parkinson busca prevenir e minimizar perdas funcionais e alterações relacionadas à comunicação e à deglutição. O Serviço de Assistência Fonoaudiológica do PRÓ-PARKINSON, projeto desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Neurofisiologia Clínica e Experimental na linha doença de Parkinson (DP), integra ações voltadas à pesquisa e extensão universitária, a partir da demanda espontânea do laboratório de doença de Parkinson do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/UFPE). As atividades desenvolvidas pelo grupo compreendem palestras educativas, realização de exercícios terapêuticos especializados e orientações, além de buscar potencializar as capacidades preservadas. Logo, o objetivo deste trabalho foi descrever a ação do Pró-Parkinson:

Fonoaudiologia junto à equipe multidisciplinar no período de 2011-2012.

Palavras-Chave: doença de Parkinson-
Fonoaudiologia-prevenção

Abstract

The speech therapy with the patient with Parkinson's disease and seeks to prevent and minimize functional changes related to communication and swallowing. The Assistance Service Speech of PRO-PARKINSON, a project developed by the Research Group on Experimental and Clinical Neurophysiology in research about Parkinson's disease (PD), actions aimed at integrating research and extension education from the spontaneous lab Parkinson's Disease hospital of Pernambuco (HC / UFPE). The activities developed by the group include educational lectures, exercises and specialized therapeutic guidelines, and seek to leverage the capabilities preserved. Therefore, the aim of this study was to describe the action of the PRO-PARKINSON: Speech by the multidisciplinary team in the period 2011-2012.

Key-words: Parkinson's Disease; prevention; Speech, Language and Hearing Sciences.

Introdução e Objetivos

O grupo de Pesquisa Neurofisiologia Clínica e Experimental na linha doença de Parkinson (DP) integra ações voltadas à pesquisa e extensão universitária, a partir da demanda espontânea do Pró-Parkinson. O Pró-Parkinson é formado pelos seguintes serviços: Serviço de Assistência Médica; Serviço de Assistência Fonoaudiológica; Serviço de Assistência em Fisioterapia; e o Serviço de Assistência em Terapia Ocupacional e atualmente pelo serviço da Odontologia ao paciente com DP no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC/UFPE).

A atuação da Fonoaudiologia dentro da equipe multidisciplinar se apoia no conceito de Saúde Coletiva. Desta forma, a atuação não se limita apenas ao tratamento de doenças, mas também a promoção da saúde e prevenção de agravos, assegurando meios que ampliem o bem-estar do indivíduo, redimensionando e dirigindo o foco para a qualidade de vida.

Nesta perspectiva, o Pró-Parkinson: Fonoaudiologia do HC/UFPE oferece cuidados básicos em fonoaudiologia e em educação para a saúde de todos os pacientes realizando orientações e condutas fonoaudiológicas. Alguns desses pacientes, de acordo com os critérios de elegibilidade, foram convidados a participarem de pesquisas, sendo realizado a aplicação de escalas; protocolos de avaliação do estado físico e mental do paciente e a avaliação eletromiográfica de músculos envolvidos na deglutição.

O enfoque do trabalho fonoaudiológico foi direcionado aos aspectos relacionados à voz, fonoarticulação, deglutição e a linguagem do paciente com doença de Parkinson, visando minimizar e retardar os efeitos da progressão desta doença na comunicação e na deglutição.

Além disso, através da ação extensionista, os estagiários de fonoaudiologia do Pró-parkinson, sob supervisão, tem a oportunidade de aprofundar os seus conhecimentos, interagir com o DP e com a equipe multidisciplinar, ampliando a sua responsabilidade social e contribuindo para formação da cidadania.

Desta forma, o objetivo deste projeto de extensão foi oferecer cuidados básicos em fonoaudiologia com a realização de orientações aos pacientes e cuidadores, condutas fonoaudiológicas, desenvolvimento de pesquisas com a realização de avaliação fonoaudiológica e eletromiográfica dos músculos envolvidos na fala e deglutição nos pacientes com DP do HC/UFPE.

Objetivo geral

Oferecer cuidados básicos em fonoaudiologia com a realização de orientações aos pacientes e cuidadores, condutas fonoaudiológicas, desenvolvimento de pesquisas com a realização de avaliação fonoaudiológica e eletromiográfica dos músculos envolvidos na fala e deglutição nos pacientes com DP do HC/UFPE.

Objetivos específicos

- a) Realizar orientações e condutas fonoaudiológicas para proporcionar qualidade de vida relacionada à voz, fala, deglutição e linguagem do paciente com doença de Parkinson;
- b) Realizar pesquisas com a aplicação de escalas e protocolos de avaliação do estado físico e mental do paciente; realizar a eletromiografia de superfície para a complementação da avaliação fonoaudiológica e

obter informações eletrofisiológicas de músculos e grupos musculares envolvidos na deglutição e na fala.

c) Propor através de material didático ilustrado condutas básicas em fonoaudiologia para que o paciente possa executá-las em casa.

d) Realizar o treinamento e capacitação de alunos da graduação em fonoaudiologia para a participação na ação.

Marco teórico

A doença de Parkinson (DP) é um transtorno neurológico de caráter degenerativo e desta forma, progressivo. O início desta doença ocorre geralmente em idades avançadas, entre os 50 e 60 anos. Pode acometer tanto mulheres como homens. Com o aumento da expectativa de vida da população, estima-se que em 2020, mais de 40 milhões de pessoas no mundo terão desordens motoras secundárias à DP (SCALZO, 2009). Contudo, a sua etiologia, na maioria das ocorrências, permanece desconhecida (JANKOVIC, 2007).

A doença de Parkinson é caracterizada pela presença dos sintomas motores cardinais: tremor, bradicinesia/acinesia, rigidez e instabilidade postural (TEIVE, 2005; LINAZANORO, 2009). Esses sintomas trazem prejuízos na marcha, postura, voz, fala e deglutição (PALERMO et al., 2009).

Além dos prejuízos motores, a DP também pode acarretar o desenvolvimento de sintomas não-motores como: as disfunções neuropsiquiátricas (alterações cognitivas/demência; depressão; alucinações/delírio/delirium; mania/ hipomania; hipersexualidade; ansiedade/crises de pânico; transtorno obsessivo-compulsivo (REICH, 1997 e NUTI et al., 2004), os distúrbios do sono, as disfunções autonômicas e algumas disfunções sensoriais (JANKOVIC, 2007).

Alguns sujeitos com DP podem queixar-se, ainda, de dificuldades para concentrar a atenção para fatos recentes, sendo a capacidade de memorização o aspecto cognitivo que mais está sujeito a alterações, principalmente quando associado há sintomas depressivos (MÄDER. In: Teive, 2002).

Pesquisas referem que das alterações fonoaudiológicas encontradas, as alterações vocais (disfonias) estão presentes em cerca de 81% dos casos, seguida das alterações na fala (disartria) presentes em 72% e as alterações na deglutição (disfagia), que se mostrou presente em 34% de uma amostra composta de 32 pacientes com DP (PALERMO et al., 2009).

Em relação à voz, as alterações laríngeas secundárias à hipocinesia originam fendas do tipo fusiformes e este tipo de fenda provoca mudanças na qualidade vocal tornando-a rouca e soprosa. Já a fala, devido à bradicinesia e/ou rigidez nos músculos da face e dos órgãos fonoarticulatórios, pode apresentar-se laboriosa, monótona e com imprecisões articulatórias que diminuem o grau de inteligibilidade (PALERMO et al., 2009; FERRAZ, 2003).

As queixas na deglutição só irão surgir nas fases mais avançadas da doença de Parkinson (GAZZONI et al., 2003), porém alterações assintomáticas e que aumentam os riscos de desenvolvimento de pneumonia aspirativa podem estar presentes nas fases iniciais da doença dependendo do conjunto sintomatológico apresentado pelo paciente (ERTEKIN, 2002).

A disfagia é qualquer alteração no trânsito do bolo alimentar desde a boca até o estômago e corresponde a um sintoma presente na DP que poder acarretar desnutrição, desidratação e pneumonia broncoaspirativa e assim potencializar os riscos de morte.

As alterações respiratórias, também podem estar presentes e trazer prejuízos para a voz, fala e deglutição. Na voz, estas alterações provocarão a redução da intensidade vocal; na fala, a elaboração de frases curtas e na deglutição pode potencializar os riscos de tosse ou engasgos devido à incoordenação entre essas duas funções (CARRARA-ANGELIS et al., 2002 e CARRARA- ANGELIS, 2006).

Apesar dos escassos estudos realizados sobre a linguagem e os aspectos cognitivos comprometidos na doença de Parkinson, Galhardo et al (2009) em seu artigo de revisão na literatura afirma que estas alterações são uma realidade enfrentada pelos pacientes com DP e prejudica principalmente o convívio com amigos, familiares e o estabelecimento de uma vida social ativa.

Palermo et al (2009) afirma que o acompanhamento fonoaudiológico tradicional, baseado em intervenção oromiofuncional e cervical, coordenação das estruturas da articulação, fonação, respiração, terapia indireta, manobras facilitadoras e técnicas posturais, vem trazendo benefícios para a comunicação oral e deglutição dos sujeitos com DP favorecendo o aumento da qualidade de vida e interação com a sociedade.

Além das propostas terapêuticas convencionais, diversos autores referem os recursos eletrofisiológicos como ferramentas importantes

para auxiliar o diagnóstico das alterações na fala e deglutição, bem como, ser utilizados para monitorar as sessões de reabilitação através de equipamentos de eletromiografia de superfície e de biofeedback (ALFONSI et al., 2007; BELO et al., 2009; CORIOLANO e LINS, 2010a; CORIOLANO et al., 2010b; ERTEKIN et al., 2002; VAIMAN, EVIATAR, SEGAL, 2004).

A eletromiografia de superfície trata-se de um exame não-invasivo, que pode ser repetido sempre que necessário, sem contra-indicações e que a partir da fixação de eletrodos aderidos à pele ocorre à captação, filtragem e amplificação da atividade mioelétrica, produzida pelas unidades motoras durante a contração muscular (CRAM JR e KASMAN. In: CRISWELL, 2011).

Tendo em vista as alterações presentes na voz, fonoarticulação, respiração e deglutição nos pacientes com DP, a intervenção fonoaudiológica torna-se fundamental para minimizar e/ou retardar a evolução desse quadro.

Metodologia

Fazem parte do Programa Pró-Parkinson os serviços de assistência médica, fonoaudiológica, fisioterapêutica, da terapia ocupacional e odontologia. Os encontros são realizados todas as quartas-feiras no ambulatório de doença de Parkinson do HC/UFPE e funciona da seguinte forma: 08:00 às 09:00 são realizadas as orientações da medicina; das 09:00 h às 10:00h é realizado o workshop com os pacientes e familiares pelas diferentes especialidades e a partir das 10:00h é iniciado o serviço de assistência médica.

A cada quarta-feira o paciente participa das orientações da medicina e de um workshop de uma área diferente, havendo um rodízio entre a fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e odontologia.

O Pró-Parkinson: Fonoaudiologia em Parceria com o Projeto desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), através do Projeto: Atuação Fonoaudiológica em Neurologia e Gerontologia oferece no HC/UFPE assistência aos familiares e aos pacientes com DP.

Durante o workshop da fonoaudiologia que se propôs a realizar orientações e condutas fonoaudiológicas, os pacientes que necessitaram uma avaliação mais específica foram encaminhados ao NAI, em virtude da falta de espaço físico para a realização da triagem fonoaudiológica no HC/UFPE.

Este trabalho foi desenvolvido de uma a duas vezes por mês visando proporcionar orientações quanto às alterações ocorridas na voz, fonoarticulação e deglutição, além do treinamento para possibilitar a realização de exercícios fonoterápicos em seus domicílios. As orientações e os exercícios propostos encontram-se na forma de uma cartilha ilustrada para facilitar o aprendizado.

No NAI são realizadas triagens fonoaudiológicas a todos os idosos que frequentam este núcleo e idosos com DP provenientes do HC/UFPE. Os idosos do NAI com suspeita de doença de Parkinson ou aqueles com diagnóstico e que não estão sendo acompanhados foram encaminhados para o HC/UFPE para se beneficiarem das atividades desenvolvidas pela equipe do Pró-Parkinson.

Aqueles que demonstram alterações na voz, fonoarticulação e/ou deglutição, após a triagem fonoaudiológica foram encaminhados para o tratamento fonoaudiológico em centros, clínicas ou hospitais dentro e fora da IES.

Resultados e Discussão

Esta ação contou com a colaboração de quatro docentes da UFPE; um médico (neurologista clínico); uma fonoaudióloga, pós-graduanda; duas fonoaudiólogas externas à UFPE; cinco discentes em fonoaudiologia; cinco discentes em fisioterapia; três discentes em terapia ocupacional; dois membros da UFPE e cinco membros externos.

Em 2011 esta ação beneficiou 120 pacientes com doença de Parkinson que realizaram suas consultas de rotina no Pró-Parkinson: Serviço de Assistência médica do HC/UFPE. E no NAI foram beneficiados 112 idosos, que participaram das triagens e/ou palestras educativas oferecidas pelo grupo.

Como produtos da ação foram desenvolvidos: 1 (uma) cartilha informativa; 1 (um) manual de orientações do HC/UFPE; 3 (três) artigos publicados: 2 (dois) na Revista CEFAC, 1 (um) na Revista Dysphagia, 1 (um) resumo na Revista Moviments Disorders; e 1 (uma) pesquisa de iniciação científica, cujo o título foi: Relação entre Limite de Disfagia e Volume Médio por Gole em pacientes com doença de Parkinson.

Na proposta inicial este projeto teve como objetivo: oferecer cuidados básicos em fonoaudiologia com a realização de avaliação fonoaudiológica, avaliação eletromiográfica dos músculos envolvidos na voz, fala, deglutição,

linguagem, acompanhamento fonoaudiológico e orientações aos pacientes com DP HC/UFPE e seus cuidadores.

Porém, devido à ausência de espaço físico no HC/UFPE nas quartas-feiras (dia em que o Serviço de Assistência Médica ao paciente com doença de Parkinson acontece), a aplicação de escalas, protocolos de avaliação do estado físico/mental do paciente; e a realização da triagem fonoaudiológica foram realizadas no Núcleo de Apoio ao idoso - NAI.

Estas atividades foram desenvolvidas por estudantes da graduação em fonoaudiologia acompanhadas pela doutoranda Luciana Rodrigues Belo como parte da pesquisa de iniciação científica da estudante de fonoaudiologia Nathália Angelina Costa Gomes.

Nos workshops, as orientações aos pacientes DP foram realizadas pela doutoranda Luciana Rodrigues Belo e pela prof. Dra Maria Lúcia Gurgel da Costa e colaboradores externos da IES antes do Serviço de Assistência Médica ao paciente com doença de Parkinson iniciar suas atividades. Estas foram ministradas em forma de palestras com a distribuição de material didático na forma de uma cartilha ilustrada, abordando temas relacionados com as alterações na voz, fonoarticulação e deglutição, bem como o treinamento dos cuidadores para monitorar os sujeitos com DP na realização de exercícios fonoterápicos em seus domicílios.

Foram beneficiados em torno de 10 pacientes por mês. No período de um ano foram orientados 120 pacientes com doença de Parkinson. As alunas de graduação foram preparadas, a partir de aulas e discussões a partir de material didático distribuído e elaboraram junto com a doutoranda Luciana Rodrigues Belo, sub-coordenadora do projeto, um protocolo de triagem fonoaudiológica contemplando a avaliação da voz, fonoarticulação e deglutição que foi utilizado no NAI. Bem como o desenvolvimento da cartilha informativa que foi distribuída.

Além disso, foi realizado o acompanhamento de projetos de pesquisa voltados para o estudo da doença de Parkinson. Dentre eles, o estudo da relação entre limite de disfagia e volume médio por gole de pacientes com doença de Parkinson. Este projeto é da responsabilidade da doutoranda Luciana Rodrigues Belo e foi desenvolvido pela aluna de graduação em fonoaudiologia Nathália Angelina Costa Gomes com a orientação do Prof. Dr. Otávio Gomes Lins. Este projeto foi aprovado no PIBIC e foi realizado a partir da avaliação eletromiográfica dos músculos supra-hióideos durante a deglutição de volumes crescentes de água.

Considerações Finais:

Esta ação beneficiou tanto alunos da graduação, quanto os pacientes com doença de Parkinson, como os idosos que frequentam o NAI. Os alunos se beneficiaram do aprendizado sobre a doença e de como intervir, tendo em vista que os *workshops* foram ministrados pelos mesmos com a supervisão da sub-coordenadora e coordenadora dos projetos. Os pacientes com DP se beneficiaram dos workshops e da terapia em grupo, principalmente pela dificuldade para deslocarem-se até os órgãos da saúde mais próximos.

Referências

* ABNT-NBR 6023.

ALFONSI, E; VERSINO, M; MERLO, I.M et al. Electrophysiologic patterns of oral-pharyngeal swallowing in parkinsonian syndromes. *Neurology*, v. 68, p. 583–590, 2007.

BELO LR, LINS OG, CUNHA DA, AMORIM CF, CASTRO S. Eletromiografia de superfície da musculatura supra-hióidea durante a deglutição de idosos sem doenças neurológicas e idosos com Parkinson. *Rev. CEFAC*, V.11, n.2, p. 268-280, 2009.

CARRARA-ANGELIS, E. et al. Fonoaudiologia. In: KOWALSKI, L.P; ANELLI, A; SALVAJOLI, J.V; LOPES, L.F. editores. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. Ribeirão Preto, Tecmedd, p. 121-6, 2002.

CARRARA-ANGELIS E. Voz e deglutição In: Andrade LAS, Barbosa ER, Cardoso F. et al. Doença de Parkinson, estratégias atuais de tratamento. *ABDR*, v. 13, p.197-207, 2006.

CORIOLOANO, MGWS; LINS, OG. Surface electromyography of muscle involved deglutition in patients with parkinson 's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 68, p. 144-144, 2010a.

CORIOLOANO, MGWS; BELO, LR; CARNEIRO, D. et al. Monitorando a deglutição através da eletromiografia de superfície. *Rev. CEFAC*, v.12, n.3, p. 434-440, 2010b.

CRAM JR, KASMAN GS. Instrumatation. In: CRISWELL E. Cram 's Introduction to Surface Electromyography (second edition). Mississauga: Jones and Bartlet Publishers, p. 35-61, 2011.

ERTEKIN C, TARLACI S, AYDOGDU I, et al. Electrophysiological Evaluation of Pharyngeal Phase of Swallowing in Patients with Parkinson's Disease. *Movement Disorders*. V.17, n.5, p. 942–949, 2002.

FERRAZ HB, MOURÃO LF. Doença de Parkinson. In: Chiappetta ALML. Conhecimentos Excenciais para atender bem o paciente com doenças neuromusculares. Parkinson e Alzheimer. São José dos Campos: Pulso, p.45-54, 2003.

GALHARDO MMAM, AMARAL, AKFJ, VIEIRA,

ACC. Caracterização dos distúrbios cognitivos na doença de parkinson. *Revista CEFAC*, v.11, n.2, p. 251-257, 2009.

GAZZONI J, D'AMELIO PEDROSO KC, GROLLI EB. Avaliação fonoaudiológica funcional em pacientes portadores de doença de parkinson. *Rev Cefac*, V.5, p. 223-226, 2003.

JANKOVIC, J; TOLOSA, E. Parkinson's disease & movement disorders. 5. Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, p. 113, 2007.

LINAZANORO, G. A global view of Parkinson's disease pathogenesis: Implications for natural history and neuroprotection. *Parkinsonism and Related Disorders*, v.15, p. 401–405, 2009.

MÄDER, MJ. Função Cognitiva na doença de Parkinson. In: Teive, HAG. Doença de Parkinson: Um guia prático para pacientes e familiares. São Paulo: Lemos Editorial, p. 73, 2002.

NUTIA A, CERAVOLO R, PICCINNI A, DELL'AGNELLO G, BELLINI G, GAMBACCINI G, et al. Psychiatric comorbidity in a population of Parkinson's disease patients. *Eur J Neurol*, V.11, n.5, p. 315-20, 2004.

PALERMO S, BASTOS ICC, MENDES MFX, TAVARES EF, SANTOS DCL, ALINE FERNANDES DA C. RIBEIRO AFC. Avaliação e intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson. *Análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes*. *Rev Bras Neurol*, v.45, n.4, p. 17-24, 2009.

REICH EG. Demencias subcorticales en enfermedades extrapiramidales. In: Mangone CA, Allegri RF, Arigaza RL, Ollari JA. Demência: enfoque multidisciplinario. Buenos Aires: Bayer, p. 157-82, 1997.

SCALZO, P; KUMMER, A; CARDOSO, F. et al. Depressive symptoms and perception of quality of life in Parkinson's disease. *Arq Neuropsiquiatr*, v.67, n.2-A, p. 203-208, 2009.

VAIMAN, M; EVIATAR, E; SEGAL, S. Surface electromyographic studies of swallowing in normal subjects: A review of 440 adults. Report 1. Quantitative data: Timing measures Otolaryngology– Head and Neck Surgery, v.131, n. 4, p. 548-555, 2004.

TEIVE AGH, Etipatogenia da doença de Parkinson. *Revista Neurociência*, v.13, n. 4, p.201-214, 2005.

SAÚDE ALIMENTAR PARA A MATURIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA FOOD HEALTH TO MATURITY: CASE STUDIES

Juliana Hublet de Souza¹, Liriane Baratella Evêncio², Paloma Lys de Medeiros², Luiz Lucio Soares da Silva², Luciana Maria Silva de Seixas Maia^{2*}

¹Estudante do Curso de Biomedicina- CCB – UFPE; ²Docente/ pesquisador do Depto de Histologia e Embriologia – CCB – UFPE *Telefone: 21268515 e e-mail: lumaibr@yahoo.com.br

Resumo

Este projeto teve como objetivo promover ações que visem à melhoria da qualidade de vida dos idosos. O curso aqui proposto ofereceu, gratuitamente, noções sobre o sistema digestório e alimentação saudável. Foi executado em 15 encontros semanais de 2 horas de duração. Teste trabalho auxiliou ainda na promoção da convivência em grupo e a inclusão social da pessoa idosa.

Abstract

This project aimed to promote actions that improving the life's quality of older people. So we offered a free of charge course on notions about the digestive system and eating healthy. It was performed on 15 lessons with durations of two hours each one. One Test-work also helped in promoting coexistence group and social inclusion of the elderly.

Introdução e objetivos

Ser idoso, segundo a OMS, é ter 60 anos ou mais. Dados recentes do IBGE indicam que o número de idosos aumentou quase 50% na última década, chegando a registrar 47,8% da população com 60 anos ou mais em relação ao crescimento da população brasileira total no mesmo período. Esses

dados indicam que uma modificação da pirâmide populacional se intensificou a partir de 1960, com a predominância da população adulta e idosa. Isto, certamente, exerce influência sobre a disponibilidade dos serviços de saúde para atender esta população visto que o processo do envelhecimento pode estar atrelado ao surgimento de doenças crônicas as quais necessitam de atenção diferenciada e continuada (BAISCH et al, 2006). Muitas doenças crônicas podem ser prevenidas ou tratadas através de uma alimentação adequada. Nutrição é o conjunto de processos por meio dos quais o organismo vivo recolhe e transforma as substâncias sólidas e líquidas exteriores (alimentos) que precisa para a sua manutenção, desenvolvimento orgânico normal e produção de energia (FAO/OMS). É fundamental o consumo de todos os nutrientes (carboidrato, gordura, proteína, vitamina, minerais e água) em quantidade, qualidade, de maneira harmônica e adequada as necessidades do indivíduo em questão. A população de idosos é muito peculiar em suas necessidades (MASSAROLO; MARTINS, 2008). Esta fase da vida possui características e valores próprios. Ocorrem modificações no indivíduo no que diz respeito à estrutura orgânica, metabólica, bioquímica, imunológica, nutricional, intelectual e emocional (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010; AIRES, 2008). Doenças crônicas são comuns entre os idosos, porém um tratamento bem sucedido pode controlar estas enfermidades mantendo a autonomia e a integração social (RAMOS, 2003), promovendo boa qualidade de vida. Uma das formas de controle é através da educação. A capacidade de descobrir ou aprender algo novo sempre existe em qualquer fase da vida (AGUIAR, 2004). O artigo 20 do Estatuto do Idoso refere que: o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua particular condição de idade. A atividade lúdica é a ação motora, ou não, que resulta em bem estar, aprendizado, e desenvolvimento cognitivo, através de dinâmica de grupos, por meio de jogos, de objetos ou de desenhos (AGUIAR, 2004). A introdução dos jogos lúdicos na rotina dos idosos é uma maneira não só de mostrar que eles são capazes de aprender algo novo, como também de externar sentimentos, esclarecer dúvidas e dividir seus conhecimentos sobre as doenças crônicas que podem lhes acometer (LUCKESI, 2004).

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é divulgar princípios de uma alimentação adequada aos idosos. Os objetivos específicos são:

- Oferecer noções sobre o sistema digestório,
- Esclarecer dúvidas a respeito da fisiopatologia, causas e consequências das doenças crônicas, tais como: diabetes e osteoporose.
- Procurar auxiliar na promoção da convivência em grupo e a inclusão social da pessoa idosa, promovendo ações que visem à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Marco teórico

Ao envelhecer, as pessoas confrontam-se com novos desafios e novas exigências. As limitações físicas são acrescidas àquelas que a sociedade impõe como os preconceitos e os estereótipos, e o grande desafio é construir permanentemente o próprio caminho e desenvolver atitudes que as levem a superar suas dificuldades, integrando limites e possibilidades de conquistar mais qualidade de vida. No Brasil, às perdas sociais somam-se os resultados das crises e das carências vivenciadas pela atual população envelhecida (BRASIL, 2003). Além do mais, o idoso é relegado a uma condição não produtiva e que não possui capacidade para buscar novos conhecimentos e oportunidades (CAMARANO, 2004; REVISTA 3ª IDADE, 2008).

Dessa forma, vê-se a educação como um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade, propiciando-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional. O programa “Universidade da Terceira Idade” é um movimento de grande sucesso em diversos países, uma vez que vem criando oportunidades de desafio intelectual e promovendo o bem-estar dos idosos, que estão em busca de um envelhecimento bem-sucedido. Acredita-se que os programas devam servir como um espaço educacional, cultural e político, pelo qual os alunos possam vir a usufruir uma vida saudável, participativa e produtiva na sociedade em que estão inseridos.

No entanto, vale lembrar, que os hábitos alimentares das pessoas são adquiridos na infância e adolescência, portanto, na idade madura são poucas as modificações ocorridas, por já possuírem hábitos estabelecidos. Em alguns segmentos de idosos, pode-se encontrar resistência em adquirir novos hábitos, devido à cultura alimentar e à consolidação de práticas prévias e simbolicamente valorizadas por eles (BLEIL, 1998; GARCIA, 2003), dada às necessidades que o corpo “velho” impõe como mudança de seus hábitos alimentares. Em relação

ao consumidor idoso, constata-se, também a existência de uma preocupação crescente com a saúde, o que o conduz à busca por alimentos mais saudáveis, tornando o estudo da alimentação do idoso bastante relevante (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000). Desta forma, o crescimento da população idosa representa um grande mercado de consumo alimentar, fato que exige uma adequação dos alimentos para permitir um maior tempo de vida saudável para esses consumidores idosos e consequentemente, gerando uma redução de custos para o estado e a sociedade, pois um melhoramento na condição de vida, por meio de uma boa alimentação mais saudável, pode gerar uma queda nos custos gerados para o governo e a sociedade, quanto a prevenções de doenças e manutenção da saúde de seus idosos (MAZO; MOTA; GONÇALVES, 2005; WOORTMAN, 2006; REVISTA 3ª IDADE, 2008).

Metodologia

Este projeto foi operacionalizado através de aulas sobre nutrição e doenças crônicas não transmissíveis, tais como Diabete e Osteoporose. Foram realizados 15 encontros com duração de 2 horas cada. Todos os encontros foram realizados nas segundas-feiras das 8 às 10 horas, no Departamento de Histologia e Embriologia - CCB/UFPE. Durante a semana a estagiária e os professores ficaram responsáveis por preparar as aulas dos encontros. As aulas foram distribuídas na ordem dos seguintes temas: Relação tecido e nutrição; histofisiologia do sistema digestório; nutrientes; metabolismo dos lipídios, açúcares, diabetes, obesidade e osteoporose; leis da nutrição visando uma boa alimentação e qualidade de vida para a maturidade. A avaliação foi desenvolvida através da participação nas aulas e da frequência dos idosos.

Resultados e Discussão

Foram selecionados aleatoriamente 16 idosos advindos do processo de inscrição da UNATI – UFPE. Destes, 75% frequentaram até o final das atividades. A participação foi bastante intensa de todos os integrantes do grupo. As eventuais faltas que ocorreram foram motivadas por consultas médicas dos idosos, mas não interferiram no andamento das atividades. Além disso, os encontros foram repletos de jogos e brincadeiras que contribuíram para fortalecer os laços de amizade do grupo.

Durante o curso, também, foi reforçada a capacidade de memorização, sendo os participantes induzidos a responderem perguntas pertinentes aos assuntos ministrados. A necessidade de suplementação de informações adicionais foi uma constante no transcorrer das aulas. Ficou evidente a busca por novas condutas ou mesmo paradigmas quanto à questão da reeducação alimentar numa fase avançada da vida, especialmente com relação aos aspectos sócio-econômicos e culturais.

Desta forma, prestamos serviços à comunidade, levando o conhecimento acadêmico à população idosa. Além disto, foi possível trabalharmos na formação de recursos humanos (aluno de graduação) no que se refere a ações extensionistas, como mais uma das metas dentro do contexto de uma Universidade com foco para a terceira idade.

Considerações Finais

O fator nutricional relacionado ao idoso vem se destacando ao longo dos tempos, especialmente quando nos deparamos com a certeza da longevidade nos dias atuais; sendo assim, requer atenção continuada, uma vez que, muitas das funções normais podem se alterar seja no sentido das condições internas do corpo ou devido àquelas relacionadas aos transtornos do meio ambiente, capazes de modificarem os hábitos tradicionais.

É importante lembrar que a velhice é um processo relacionado a mudanças no comportamento e no corpo do idoso, dada às transformações que ocorrem ao longo do tempo. Esse processo pode afetar as funções da pessoa idosa, influenciando diretamente nos hábitos alimentares relacionados diretamente com a quantidade e qualidade dos alimentos que se consome, e que, nem sempre, está adequada às necessidades reais desses indivíduos, à medida que eles envelhecem. Além disso, muitas vezes, nessas características biológicas e funcionais estão agregadas situações de pobreza, analfabetismo, cultura, solidão e uma série de enfermidades, pois a utilização crônica de medicamentos interfere na ingestão e absorção de alimentos e na utilização biológica dos nutrientes, levando à perda da sua capacidade funcional e modificação das funções metabólicas (NAJAS et al. 1994; NAJAS et al., 2006).

Nesse sentido, os idosos devem ter maior preocupação com a alimentação, buscando, adotar dietas balanceadas; ainda que a necessidade de se alimentar seja uma das primeiras necessidades

dos indivíduos para sobreviverem. Todavia, independente do desenvolvimento tecnológico, ressalta-se a falta de informações corretas e qualificadas sobre esses consumidores e seus hábitos alimentares, o que vem reforçar a criação de cursos (como o que ministramos) ou mesmo programas mais arrojados por órgãos do governo no que concerne à questão da qualidade de vida com o avançar da idade.

Referências

- AGUIAR, J.S. **Educação inclusiva: jogos para o ensino de conceitos**. Papirus, pág-19-22, 2004.
- AIRES, M.M. **Fisiologia** 3ed. Guanapara Koogan, 2008. 1252p.
- BAISCH, A.L.M; BULHOSA, M.S; CESTARI, M.E; SOARES, M.C.F; SANTOS, S.S.C; TIER, C.G. **Política de saúde do idoso: iniciativas identificadas no município de Rio Grande-RS**. Cogitare enfermagem. V 11 n.1 Curitiba, 2006.
- BLEIL, S. I. **O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil**. Revista Cadernos de Debate. v. VI, p.1-25, 1998.
- BRASIL. Lei n.: 10.741, de 01 de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Diário Oficial da União; 2003.
- CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros : muito alem dos 60?**, IPEA, Rio de Janeiro, 2004.
- CAMPOS, M; MONTEIRO,J; ORNELAS, A. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso**, Revista Nutrição, vol.13, n. 3, Campinas Set./Dec. 2000.
- GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, v. IV, p. 483-492, 2003.
- LUCKESI, C C, **Estados de consciência e atividades lúdicas, em Educação e Ludicidade, Ensaio 03: ludicidade onde acontece?**, publicado pelo Gepel, FAGED/ UFBA, pág. 11-20, 2004.
- MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause-Alimentos, Nutrição e Dietoterapia** 12ed. Elsevier, 2010. 1358p.
- MASSAROLO, M.C.K.B.; MARTINS, M. **S. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do estatuto do idoso segundo profissionais de hospital geriátrico**. Rev Esc Enferm USP; 42(1):26-33, 2008.
- RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso**. São Paulo. Cad. Saúde publica vol.19 n.3 Rio de Janeiro, 2003.
- MAZO, G.; MOTA, J.; GONÇALVES, L. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 2, n. 1, p. 115-118, jan./jun. 2005.
- NAJAS, M. S. et al. **Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da Região Sudeste, Brasil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 28, n. 3, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 10 out. 2009.
- NAJAS, M. S.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A. L. M.; GUEDES, A. C. B.; SACHS, A.; RELVAS, K.; MENDONÇA, P. S. M. (2006). **Hábitos de compra e consumo alimentar de idosos nas cidades de São Paulo, Porto Alegre, Goiânia, Recife. Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006. 124p.
- REVISTA 3ª IDADE. **ATERCEIRIDADE: há 20 anos divulgando experiências e reflexões sobre o envelhecimento**. São Paulo, v. 19, n. 43, out. 2008.
- WOORTMAN, K A A. W. **O sentido simbólico das práticas alimentares**. In: ARAÚJO, W M C; TENSER, C M R (Orgs.). *Gastronomia: cortes & recortes*. Brasília: Senac, 2006. v. I. p. 23-55.

Informações Gráficas

Formato

21 x 29,7 cm

Tipografia

Trajan Pro

Arno Pro

Esta edição do caderno Universidade e Sociedade em Diálogo, com o tema “Equidade, diversidade e políticas afirmativas”, é uma coleção dos resultados dos principais trabalhos apresentados nos eventos conjuntos Universidade e Sociedade em Diálogo 2012, XII Encontro de Extensão (ENEXT), e do V Fórum de Extensão Pesquisa Ensino, ocorridos nos dias 13 e 14 de dezembro de 2012.

Os resultados estão em formato de capítulo de livro, e consistem em relatos de experiência, ensaios e trabalhos em pesquisa-ação, distribuídos ao longo de quatro eixos temáticos: a) Tecnologia e Trabalho; b) Educação e Direitos Humanos; c) Comunicação e Cultura e d) Saúde e Meio Ambiente.