

Cadernos de Extensão 2014

Organizadores

Wellington Pinheiro dos Santos

Jowania Rosas de Melo

Maria Christina de Medeiros Nunes

Edilson Fernandes de Souza

Saúde 2



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

C122	Cadernos de Extensão 2014, 2 : saúde / Organizadores: Wellington Pinheiro dos Santos... [et al.]. – Recife : Editora UFPE, 2014. 174 p. : il., fígs, gráfs. Inclui referências. ISBN 978-85-415-0466-9 (broch.) 1. Universidade Federal de Pernambuco. 2. Extensão universitária – Recife (PE). 3. Saúde pública. I. Santos, Wellington Pinheiro dos (Org.). 378.175 CDD (23.ed.) UFPE (BC2014-062)
------	--

Apresentação

A Extensão Universitária é definida pela interação dialógica entre Universidade e Sociedade, interação com o objetivo de transformar realidades locais na Sociedade e, também, transformar a própria Universidade, por meio da construção de novos conhecimentos em um movimento inverso àquele da educação superior formal, de graduação e pós-graduação, onde a espiral de construção de conhecimento se dá a partir da Universidade. Nos encontros proporcionados pelas atividades de extensão, o movimento começa no sentido da Sociedade para a Universidade.

Com a diversificação e melhoramento qualitativo e quantitativo das ações de extensão, aliados à compreensão da necessidade de formalizar, registrar e divulgar o conhecimento construído, a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco resolveu retomar os Cadernos de Extensão, sob a forma de compêndios de artigos organizados na forma de volumes de livros, de acordo com as áreas temáticas da Extensão, a saber: Comunicação, Cultura, Direitos Humanos, Educação, Meio-Ambiente, Saúde, Tecnologia e Trabalho. Os textos consistem em relatos de experiência de ações extensionistas, artigos de pesquisa-ação, e textos de divulgação científica e extensionista.

Boa leitura!

Edilson Fernandes de Souza

Pró-Reitor de Extensão

PROGRAMA PÓS-REABILITAÇÃO PULMONAR PARA PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Patrícia Érika de Melo Marinho*¹, Gilmário Ricarte,
Marcelo César Santos Silva, Marília Rodrigues da Paz,
Rosália Souza, Karina Vilela dos Santos,
Ísis Miranda Vidal, Rafaela Clemente,
Dayana Roberta da Silva, Lucas Franco,
Christian Oliveira, Atos Silva,
Renato Souza, Joclebison Gonçalves,
Gledson Oliveira, Ana Flávia Ebrahim,
Érika Espínola, Patrícia Moreira, Chintia Aragão.

Resumo

O programa de reabilitação pulmonar procura proporcionar melhora da qualidade de vida através do aumento da tolerância aos esforços, da melhora da força muscular periférica e respiratória, de um programa de suporte nutricional para aqueles que necessitam recuperar o peso corporal e de um programa educacional para conhecimento da doença e do tratamento estabelecidos e o programa pós-reabilitação pulmonar procura dar continuidade aos benefícios adquiridos no momento inicial do PRP. A inexistência de locais que pudessem receber os ex-participantes de um PRP, foi criado um programa pós-reabilitação pulmonar a fim de contemplar os pacientes que houvessem concluído um programa de longa duração (6 meses). Assim, o objetivo principal do projeto foi desenvolver um programa de tratamento fora do âmbito hospitalar ou de clínicas de reabilitação e que se aproximasse mais da realidade diária desses pacientes, a fim de reinseri-los no contexto familiar e social de onde são originários.

Palavras-Chave: DPOC – Idosos - Qualidade de vida

Abstract

The pulmonary rehabilitation program aims to provide improved quality of life by increasing the tolerance of exertion, the improvement in peripheral muscle strength and breathing, a program of nutritional support for those who need to recover the body weight and an educational program for knowledge disease and treatment established and post-pulmonary rehabilitation program aims to continue to benefits at the

1. *PhD, professor, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia.
Email: patmarinho@yahoo.com.br / patricia.marinho@ufpe.br

initial moment of PRP. The lack of sites that could receive ex participants of a PRP, a program was created after pulmonary rehabilitation to accommodate patients who had completed a program of long-term (6 months). Thus, the main objective of the project was to develop a program of treatment outside hospital or rehabilitation clinics and approaching daily reality of most of these patients in order to reintegrate them into the family and social context in which they originate.

Key words: COPD- Elderly- Quality of life

Apresentação e objetivos

O programa de reabilitação pulmonar (PRP) para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), constitui-se de um programa de exercícios devidamente direcionado para pacientes que apresentam cansaço aos esforços físicos (dispneia) e limitações nas atividades de vida diária.

Os doentes, em sua grande maioria ex-fumantes, apresentam queda na qualidade de vida, a despeito do uso da terapêutica medicamentosa. Por ser uma doença cuja manifestação clínica se desenvolve de maneira lenta, progressiva e irreversível, suas principais manifestações começam a aparecer muitos anos após a cessação do fumo, quando a doença se encontra em estágio avançado e as manifestações sistêmicas da mesma (perda de peso, disfunção muscular esquelética, osteoporose, depressão e câncer) evidentes.

Devido ao curso relativamente lento e silencioso da doença em seus estágios iniciais, muitos pacientes procuram atendimento pelo profissional de saúde quando os sintomas já são evidentes, as limitações estabelecidas e a dispneia presente no repouso.

Nesse estágio, o programa de reabilitação pulmonar procura proporcionar melhora da qualidade de vida através do aumento da tolerância aos esforços, da melhora da força muscular periférica e respiratória, de um programa de suporte nutricional para aqueles que necessitam recuperar o peso corporal e de um programa educacional para conhecimento da doença e do tratamento estabelecidos.

A recuperação dos pacientes após um programa de reabilitação pulmonar não deixa dúvidas acerca dos benefícios diretos e indiretos resultantes da intervenção. As avaliações realizadas ao início e final do programa revelam melhoras nos diversos parâmetros avaliados, a exemplo da capacidade funcional, da força muscular respiratória e da qualidade de vida. No entanto, a preocupação emergente e determinante para a realização do projeto pós-reabilitação pulmonar, surgiu a partir do término do próprio PRP, quando então os pacientes retornavam ao estilo de vida sedentário anterior ao programa.

Ao longo de mais de 15 anos de experiência com o PRP temos observado essa dura realidade: os pacientes perdem, ao longo de curto espaço de tempo, todos os benefícios adquiridos ao longo do programa e cursam com exacerbação do quadro clínico, agudizações, aumento do número de medicações necessárias ao controle dos sintomas e internamentos hospitalares recorrentes. Todos esses fatores, aliados ao curso natural da doença, tem constituído na deterioração dos sintomas e queda vertiginosa da qualidade de vida, com aumento da prevalência de sintomas depressivos que podem evoluir para quadros depressivos ao longo do tempo.

Diante dessa realidade e da inexistência de locais que pudessem receber os ex-participantes de um PRP, foi criado um programa pós-reabilitação pulmonar a fim de contemplar os pacientes que houvessem concluído um programa de longa duração (6 meses). Assim, o objetivo principal do projeto foi desenvolver um programa de tratamento fora do âmbito hospitalar ou de clínicas de reabilitação e que se aproximasse mais da realidade diária desses pacientes, a fim de reinseri-los no contexto familiar e social de onde são originários.

Marco teórico

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença complexa que envolve implicações gerais para a saúde, especialmente porque resulta em elevados custos econômicos e elevadas taxas de hospitalizações e utilização de serviços de saúde ¹.

É uma desordem respiratória caracterizada por progressiva obstrução das vias aéreas e hiperinsuflação pulmonar, inflamação sistêmica, elevada frequência de exacerbações e que cursa com múltiplas comorbidades e efeitos sistêmicos ², entre eles a caquexia, as anormalidades nutricionais e perda de peso, a osteoporose, a disfunção muscular esquelética, a depressão e o câncer ^{3,4,5}. Além desses, as anormalidades relativas a composição corporal e função pulmonar resultam em dispneia, reduzida tolerância aos esforços físicos e qualidade de vida ⁶⁻⁹, reforçando assim o sentimento de incapacidade e diminuição da auto-estima do paciente ¹⁰.

A intolerância ao exercício é um dos principais fatores limitantes para a participação nas atividades de vida diária, onde os principais sintomas são a dispnéia e/ou fadiga, o qual pode resultar de anormalidades nas trocas gasosas, disfunção muscular periférica, disfunção cardíaca ou ainda a combinação entre eles. Outros aspectos que estão associadas a essa intolerância dizem respeito a presença de ansiedade e depressão entre esses pacientes ¹¹.

A interação entre esses diversos aspectos da doença podem resultar em reduzidos níveis de atividade física e participação em atividades outras relacionadas ao dia a dia ¹² e a inatividade física resultado de um estilo de vida sedentário e da ausência de conhecimento sobre a doença e benefícios de se submeter a um programa de exercício físico supervisionado ¹². Dessa forma, o objetivo da reabilitação pulmonar é melhorar a participação na atividade física e prevenir recorrências de exacerbações, sendo caracterizado por um programa multidisciplinar para pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas sintomáticos que apresentam diminuição nas atividades de vida diária.

O programa tem como objetivo reduzir sintomas, otimizar o estado funcional, aumentar a participação e reduzir os custos com a saúde através da estabilização ou reversão das manifestações sistêmicas ¹⁰, envolvendo avaliação, exercícios de treinamento, educação, intervenção nutricional e suporte psicossocial, além da colaboração ativa do paciente, família e profissionais de saúde ¹¹. Naqueles pacientes que utilizam excessivamente os serviços de saúde, o programa pode reduzir tais custos ^{12,13}.

Os exercícios que constituem o programa devem ser prescritos e desenvolvidos com uma intensidade que proporcione maiores efeitos fisiológicos de treinamento e que sejam adequados em função da gravidade da doença e devem envolver membros superiores e inferiores com combinação de exercícios de *endurance* e de força ¹¹.

A educação é parte constitutiva do PRP, sendo desenvolvida ao longo desse processo e apesar de variável, se caracteriza por proporcionar conhecimentos que englobam noções sobre o diagnóstico da patologia, tratamento, controle respiratório e modificações de hábitos comportamentais, sendo direcionada a pacientes, familiares e demais profissionais envolvidos no atendimento a esses pacientes ^{11,13}.

A educação constitui fonte de esclarecimento e maior aproximação entre pacientes e profissionais de saúde, que nesse momento discutem temas de interesse comum, proporcionando compreensão, auto-confiança e responsabilidade para consigo próprio ¹¹, resultando em maior aderência ao programa, requisito importante para a continuidade do tratamento nos pacientes portadores de doenças crônicas.

Como a DPOC é uma doença de manifestação sistêmica, as anormalidades na composição corporal têm sido descritas em muitos estudos sobre a doença ¹⁴⁻²¹. Alguns deles têm apontado relativa preservação do IMC e comprometimento do compartimento magro (massa magra), refletindo perda de massa celular e de peso corporal ^{17,22-24}. A perda de massa magra está associada a atrofia de fibras musculares, particularmente as do tipo II, o que resulta em diminuída tolerância ao exercício e diminuição da força muscular periférica e respiratória ¹¹. Devido ao elevado risco de morbidade e mortalidade entre os pacientes com DPOC decorrentes das alterações na composição corporal ^{15,21}, o suporte nutricional constitui aspecto relevante para esses pacientes no PRP, proporcionando suporte calórico para manutenção ou restauração do peso corporal e da massa gorda ¹¹.

Alguns estudos têm demonstrado preocupação acerca do período pós-reabilitação pulmonar, exatamente pela possibilidade de perda dos principais benefícios advindos do programa ^{23,24}. Ries et al desenvolveram um programa de exercícios pós-reabilitação pulmonar que resultou em encontros mensais supervisionados e controlados por telefone para um grupo experimental, e um grupo controle que apenas eram vistos mensalmente, sendo esses grupos seguidos por um período de 2 anos. Os autores constataram que, ao longo dos vinte e quatro meses, não foram observadas diferenças entre eles, tendo os pacientes retornado aos parâmetros pré-reabilitação pulmonar ²³. Ketelaars et al propuseram a continuidade de um programa pós-reabilitação pulmonar que fosse desenvolvido na comunidade de procedência desses pacientes, o que facilitaria a adesão dos mesmos ao programa, uma vez que não necessitariam se deslocar para os centros de reabilitação ²⁴.

Considerando a possibilidade da transposição de um programa pós-reabilitação pulmonar para a realidade de nosso país, algumas considerações necessitam ser realizadas. Entre elas podemos destacar o foco de atenção a saúde voltado a relação de atendimento centrado em ambiente hospitalar (ambulatorial ou internamento) para manutenção e minimização das manifestações sintomáticas, sem que se pense em estratégias para beneficiar pacientes portadores de doenças crônicas fora desse local, a fim de garantir a sua autonomia e independência funcionais. Dessa forma, perde-se de vista a necessidade de manutenção desses pacientes fora da realidade hospitalar.

Assim, Ketelaars et al trazem a ideia de que em ambientes mais próximos de sua comunidade de origem esses pacientes poderiam estar se beneficiando de um programa de exercícios físicos ²⁴ e com isso reduzindo os custos das consultas, do número de internamentos hospitalares por agravamento do quadro clínico e de mortes.

Considerando os benefícios de um PRP de longa duração desenvolvido por nossa equipe no Laboratório de Fisioterapia Cardiopulmonar, a excelente aderência ao tratamento, o resgate da auto-estima, confiança e qualidade de vida desses pacientes, resolvemos propor a continuidade do programa fora do ambiente ambulatorial e que envolvesse além de fisioterapeutas, educadores físicos e nutricionistas. Assim sendo, esse projeto tem por objetivo desenvolver um programa de exercício físico que garanta a manutenção dos benefícios decorrentes de um programa de reabilitação pulmonar prévio, minimizando assim as repercussões negativas do sedentarismo.

Metodologia

Programa Pós-Reabilitação Pulmonar

O programa de treinamento desenvolvido tomou como base os princípios de especificidade, individualidade biológica, sobrecarga, adaptação, intensidade x volume e continuidade, assim discriminados:

Especificidade: cada etapa do treinamento e da evolução das partes do corpo deve ser avaliada juntamente com o sistema energético a ser utilizado para que não haja modificações celulares significativas de modo a danificar o paciente. Individualidade biológica: a prescrição do exercício respeitará a composição corporal, biótipo e altura, sendo prescrito individualmente de forma a atingir os objetivos.

Sobrecarga: é necessário que após um treinamento seja respeitado o período de descanso, com o qual será reposta as energias gastas durante o treinamento. Através do descanso pode-se preparar o corpo para uma sobrecarga sem que o mesmo esteja em desgaste.

Adaptação: é o princípio de quebrar a homeostase para gerar adaptação ao exercício. Essas alterações podem ou não fazer diferença na adaptação, pois os estímulos é que farão com que haja a adaptação que pode ser crônica ou aguda. Intensidade x volume: uma grande quantidade de carga faz com que o exercício tenha um tempo menor, aumentando assim a sua intensidade. Se forem utilizar cargas baixas o treino tende a ser mais longo, pois o volume é menor. Sendo assim o volume e a intensidade das cargas devem ser controladas de acordo com o objetivo do aluno.

Continuidade: é necessária que haja um aumento progressivo de carga durante o treinamento. Esse aumento deve ter um período de tempo para que ocorram as modificações biológicas necessárias para gerar a adaptação. Contudo não se deve esquecer que após cada jornada de trabalho é necessário que haja um período de recuperação.

Os tipos de exercícios desenvolvidos durante o programa são:

Exercícios aeróbicos: esse tipo de treinamento é fundamental para que haja melhora nas funções cardiorrespiratórias. Ele deve ser aplicado de forma contínua ou intervalado, mas nunca deixar de ser praticado. A prescrição deve levar em conta o nível de aptidão, pois a partir daí é que será aplicado o melhor treinamento para aquele aluno. O exercício deve ser dividido em leve (10 minutos), moderado (10 a 30 minutos) e intenso (acima de 30 minutos). Os pacientes realizarão em média, 20 minutos desses exercícios.

Resistência muscular localizada (RML): o treinamento da RML é bastante importante num programa de treinamento que vise à qualidade de vida. Ele deve conter elementos que trabalhe os músculos responsáveis pela locomoção (membros inferiores), postura, respiração, proteção das vísceras (tronco) e que ajudem nas tarefas básicas diárias (membros superiores e inferiores) devem ser estimulados com exercícios moderados e bem dosados. Para que ocorram as adaptações fisiológicas necessárias deve-se levar em conta: as cargas a serem utilizadas (preferencialmente leves), exercícios dinâmicos (isotônicos), número de séries (três para cada exercício), repetições (no mínimo quinze) e intervalo de 30 a 40 segundos entre cada série.

Alongamento: os alongamentos são realizados imediatamente antes e após o programa de exercícios.

Constam de alongamentos para os membros superiores, inferiores e tronco, sendo orientados a realizarem a expiração durante os alongamentos.

Os exercícios são realizados com a frequência de três vezes na semana e duração de uma hora por sessão. Os pacientes recém saídos do PRP ingressam nesse programa e permanecem durante toda a sua duração (1 ano), sendo reconduzidos a partir do interesse em continuar.

Resultados e discussão

Embora nem todos os pacientes que concluíram o PRP participem do programa pós-PRP, aqueles que aderem a essa continuidade permanecem desde o início de sua indicação e continuam se beneficiando dos exercícios até presente momento.

Nossos resultados observaram melhora da capacidade funcional [aumento da distancia percorrida ao final do teste de caminhada de seis minutos (TC6min)], da dispneia e de todos os domínios do questionário de qualidade de vida do Saint George Respiratory Questionnaire [SGRQ] (sintomas, atividade, impacto e total) ao final do programa de treinamento (PRP), o que se encontra em consonância com outros estudos²⁵⁻²⁷. No entanto, a manutenção dos benefícios advindos de um programa de reabilitação para esses pacientes necessita ser viabilizado, uma vez que a inatividade física pode se instalar, com perdas da funcionalidade, agravamento do quadro clínico e subsequente aumento por consultas e internamentos hospitalares²⁸.

A continuidade de um programa de exercícios após a finalização de um PRP proporciona a manutenção da condição clínica do paciente com DPOC, como observado nesse projeto. Devem ser consideradas as limitações impostas pela doença, os fatores sociais e os psicológicos (alterações do humor), que juntos podem afetar o estilo de vida e prejudicar a adesão ao tratamento²⁹.

Quanto a alta fisioterapêutica do PRP para o programa pós-reabilitação pulmonar faremos algumas considerações. Nem todos os pacientes que concluíram o PRP participaram dessa nova etapa do tratamento e os principais motivos observados para tal seguem abaixo:

- Gravidade da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): os pacientes encaminhados para a realização do PRP em sua grande maioria estão em estágio avançado da doença (estágios III e IV do GOLD), com quadro de hipoxemia importante ao repouso ($SpO_2 < 90\%$) e consequente contraindicação para a realização do exercício fora do ambiente hospitalar ou ambulatorial, onde a oxigenoterapia de suporte se faz necessária e o deve ser exercício realizado sob monitorização contínua.
- Dependência de familiares para frequentar o programa: considerando a gravidade da doença, muitos desses pacientes necessitam acompanhamento de familiares para a realização do programa, o que torna difícil a manutenção fora do período de realização do PRP e a continuidade do exercício por longo período de tempo, constituem as principais dificuldades para a adesão ao programa.
- Condição sócio-econômica e distância do local de moradia: aspecto relevante a ser considerado quando do estabelecimento de programas com objetivo de continuidade de programas de exercícios para pacientes crônicos, pulmonares ou não. Os pacientes que frequentaram e frequentam o nosso programa apresentam baixa condição sócio-econômica e moram em bairros da periferia e/ou cidades circunvizinhas da região metropolitana da cidade. A dependência de vários transportes públicos para

chegada ao local, a gravidade dos sintomas, a necessidade de acompanhamento por familiar que necessita pagar as passagens dos transportes, a regularidade da participação do programa (três vezes por semana) e a distância, constituem os principais impedimentos a adesão ao pós-PRP.

Aqueles pacientes que optaram pela continuidade do programa tem mantido frequência regular ao pós-PRP desde a sua saída do programa inicial. Eles tem melhorado a qualidade de vida, resgataram a auto-estima e a confiança, retornaram as suas atividades laborativas anteriores a doença e constituem-se como um grupo ativo e otimista, a despeito de algumas limitações decorrentes da própria doença e do processo de envelhecimento subjacente.

Considerações finais

Acreditamos que um programa de exercícios físicos direcionados a pacientes pulmonares crônicos necessita ser desenvolvido fora do ambiente hospitalar e ambulatorial e após a realização de um PRP prévio pelo fisioterapeuta responsável. Esse profissional tem condições de avaliar, prescrever e desenvolver um programa de tratamento adequado as condições clínicas desses pacientes e acima de tudo, de indicar aqueles que apresentam potencial para continuidade dos exercícios em parceria com educadores físicos e nutricionistas, preferencialmente desenvolvido na comunidade, a exemplo de programas como a Academia da Cidade.

Para isso, faz-se necessário repensar os programas de assistência e ampliar a intervenção para além do ambiente hospitalar e preparar os profissionais para esse tipo de intervenção, considerando os aspectos que envolvam as dimensões sócio-culturais dos pacientes, procurando resgatar o aspecto mais saudável da vida, mesmo considerando a doença crônica. A reinserção desses pacientes nas atividades laborativas, a maior participação na vida familiar, o controle clínico e a manutenção do estado de saúde devem constituir meta prioritária no atendimento desses pacientes, proporcionando menor gasto com a saúde.

Projetos devem ser desenvolvidos com esse fim e os profissionais necessitam se capacitarem para receber, avaliar e adequar os programas de exercícios para essa parcela de pacientes, preferencialmente nos locais onde esses pacientes residem, evitando assim a superlotação dos serviços de saúde para onde migram e a fila de espera por um atendimento.

Para finalizar, concluímos a importância do programa pós-reabilitação pulmonar para pacientes com DPOC desenvolvido de forma lúdica e prazerosa, mas prescrito de forma a manter os benefícios do programa original e desenvolvido por profissionais de saúde devidamente qualificados.

Referências

1. Gan, W.Q., Man, S.P.F., Sin, A.S.D.D. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis. *Thorax* 2004; 59: 574-580
2. Hurd, S. The impact of COPD on lung health worldwide. Epidemiology and incidence. *Chest*, 2000; 117:1S-4S.
3. Decramer, M., Benedetto, F., Ponte, A., Marinari, S. Systemic effects of COPD. *Respiratory Medicine* 2005; 99:S3-S10.
4. Agustí, A.G.N., Noguera, A., Sauleda, J., Sala, E., Pons, J., Busquets, X. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal* 2003; 21:347-360.
5. Felker, B., Katon, W., Hedrick, S.C., Rasmussen, J., McKnight, K.M.A., McDonnell, M.B.M.S., Fihn, S.D. The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23:56-61.
6. Sin, D.D., Man, S.F.P. Skeletal muscle weakness, reduced exercise tolerance, and COPD: is systemic inflammation the missing link? *Thorax* 2006; 61:1-3.
7. Palange, P., Forte, S., Felli, A., Galassetti, P., Serra, P., Carlone, S. Nutritional state and exercise tolerance in patients with COPD. *Chest*, 1995; 107: 1206-12.
8. Godoy, D.V., Godoy, R.F. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. *Jornal de Pneumologia*, 2002; 28:120-24.
9. Nici, L., Donner, C., Wouters, E., et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2006; 173: 1390-413.
10. Troosters, T., Gosselink, R., Langer, D., Decramer, M. Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine: COPD update*, 2007; 3:57-64.
11. ZuWallack, R., Hedges, H. Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease – part 3: Pulmonary Rehabilitation and comprehensive care for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *The American Journal of Medicine*, 2008; 121:S25-S32.
12. Mostert, R., Goris, A., Welling-Scheepers, C. et al. Tissue depletion and health related quality of life in patients with COPD. *Respiratory Medicine*, 2000; 94:859-867.
13. Vermeeren, M.A.P., Creutzberg, E.C., Schols, A.M.W.J., Postma, D.S., Pieters, W.R., Roldaan, A.C. et al. Prevalence of nutrition depletion in a large out-patient population of patients with COPD. *Respiratory Medicine*, 2006; 100:1349-1355.
14. Lerario, M.C., Sachs, A., Lazaretti-Castro, M., Saraiva, L.G., Jardim, J.R. Body composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease: which method to use in clinical practice? *British Journal of Nutrition*, 2006; 96:86-92.
15. Vestbo, J., Prescott, E., Almdal, T., Dahi, M., Nordestgaard, B.G., Andersen, T. et al. Body mass, fat-free body mass, and prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease from a random population sample. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2006; 173:79-83.
16. Wouters, E.F.M. Nutrition and metabolism in COPD. *Chest*, 2000; 117:274S-280S.

17. Mador, M.J. Muscle mass, not body weight, predicts outcome in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2002; 166:787-789.
18. Ischaski, E., Papatheodorou, G., Gaki, E., Papa, I., Koulouris, N., Loukides, S. Body mass and fat-free mass indices in COPD. Relation with variables expressing disease severity. *Chest*, 2007; 132(1):164-169.
19. Agustí, A.G.N., Garí, P.G., Sauleda, J., Busquets, X. Weight loss in chronic obstructive pulmonary disease. Mechanisms and implications. *Pulmonary Pharmacological & Therapeutics*, 2002; 15:425-432.
20. Slinde, F., Grönberg, A., Engström, C., Rossander-Hulthén, L., Larsson, S. Body composition by bioelectrical impedance predicts mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Respiratory Medicine* 2005; 99:1004-1009.
21. Landbo, C., Prescott, E., Lange, P., Vestbo, J., Almdal, T.P. Prognostic value of nutritional status in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1999, 160:1856-1861.
22. Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M.E., Yohannes, A.M., Hanania, N.A. Anxiety and depression in COPD. Current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134:43S-56S.
23. Ries, A.L., Kaplan, R.M., Myers, R., Prewitt, L.M. Maintenance after pulmonary rehabilitation in chronic disease. A randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:880-888.
24. Ketelaars CAJ et al. Long-term outcome of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*, 1997; 112(2):363-369.
25. Troosters T, Gosselink R., Langer D., Decramer M. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med: COPD Update* 2007; 3:57-64.
26. ZuWallack R, Hedges H. Primary Care of the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease—Part 3: Pulmonary Rehabilitation and Comprehensive Care for the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Med* 2008; 121: S25–S32.
27. Puhan M.A, Mador M.J., Held U., Goldstein R., Guyatt G.H., Schunemann H.J. Interpretation of treatment changes in 6-minute walk distance in patients with COPD. *Eur Respir J* 2008; 32: 637–643.
28. Moulleca G., Ninota G., Varrayb A., Desplanc J., Hayotd M., Prefautd C.. An innovative maintenance follow-up program after a first inpatient pulmonary rehabilitation. *Respir Med* 2008 102:556–566.
29. Wempe J.B., Wijkstra P.J. The influence of rehabilitation on behaviour modification in COPD. *Pat Educ Counsel* 2004 52:237–241.

PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE E SUA ARTICULAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA: UMA ANÁLISE SOB O OLHAR DOS USUÁRIOS

Nara Cavalcanti Maranhão de Albuquerque¹

Resumo

O estudo teve como objetivo geral analisar o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) no que diz respeito aos efeitos na melhoria da qualidade de vida de seus usuários. A pesquisa é de natureza qualitativa. Em conformidade com os objetivos da pesquisa lançamos mão de dados oriundos da análise documental, da aplicação de questionários e realização de entrevistas com os alunos usuários do Programa. Para o tratamento das informações recorreremos à análise de conteúdo de Bardin (1997). Entre os principais resultados, evidenciamos: atualização e aquisição de conhecimentos, aumento das redes sociais e elevação da auto-estima, possibilitando uma melhoria da qualidade de vida da maioria dos alunos entrevistados. Dessa maneira, a pesquisa ressalta a importância da inserção do idoso em um espaço de aprendizagem contínua, tendo como princípio a educação permanente.

Palavras-chave: Terceira Idade. Educação Permanente. Qualidade de Vida.

Abstract

On the study searches as general objective analyze the Open University of the Third Age (UnATI) with regard to the effects on improving the quality of life of its users. The research is qualitative in nature. In accordance with the objectives of the research we used the data from the document analysis, the use of questionnaires and interviews with program users sample. For the treatment of the information we used the content analysis of Bardin (1997). Among the main results, we highlight: update and acquisition of knowledge, increased social networking and increased self-esteem, enabling a better quality of life for the majority of students interviewed. Thus, the research highlights the importance of placing the elderly in a space of continuous learning, having the principal continuing education.

Keywords: Elderly. Continuing Education. Quality of Life.

Introdução

O conhecimento além de ser um importante artefato de inclusão social, possibilita ao indivíduo ferramentas para atuar no meio social que vive. Tal ação sinaliza para a promoção do desenvolvimento

1. (Especialista em Gestão Pública para o Desenvolvimento Universitário; Assistente Administrativo, Coordenação de Gestão da Extensão – CGE/ PROEXT; nara.proext@hotmail.com)

sustentável da sociedade não apenas na área econômica, como também na melhoria da qualidade de vida, saúde e bem estar social do ser humano. (TEIXEIRA, 2000).

Compreendemos que o período de construção do aprendizado se dá ao longo dos anos e apesar da capacidade do cérebro armazenar uma série de informações é extremamente necessário mantê-lo em contínuo aprendizado, pois o conhecimento adquirido também pode ser esquecido se não mantiver exercício/aprendizagem contínuo.

A partir da relevância dada à aprendizagem em nossas vidas, surge o interesse em analisar a educação permanente, mais especificamente a voltada para o grupo das pessoas idosas, que ao chegar nessa etapa da vida não detêm de muitas oportunidades para atualizar-se e por em prática o aprendizado adquirido.

Nesse sentido, o presente trabalho teve como foco de análise o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (doravante UnATI), mais especificamente buscamos analisar os impactos dos cursos ofertados pelo Programa no âmbito da UFPE na melhoria da qualidade de vida do idoso.

Assim, o acesso e a permanência dos idosos na UnATI têm sido aspecto essencial do processo mais amplo de inclusão social, visto que não se limita apenas a melhoria da qualidade de vida, mas assegura também meios de permanência sustentável de parcela da população mais desassistida em razão do déficit de ensino, questões econômicas, preconceitos e outros fatores, garantindo condições adequadas à realização de educação com qualidade.

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em parceria com a Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT) instituiu a criação da UnATI com o objetivo de fomentar atividades de ensino visando o bem estar da coletividade, a promoção de um ambiente adequado ao desenvolvimento de pessoas e à construção de conhecimentos e competências que contribuam para a sustentabilidade, através da extensão universitária.

A UnATI foi criada em agosto de 1996 e nasceu com o objetivo de ofertar e promover através da difusão do conhecimento ações para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Nesse sentido, promove atividades de atualização de conhecimentos e integração de pessoas da terceira idade, no contexto da sociedade contemporânea. Além disso, mobiliza docentes, técnicos, voluntários externos à instituição e alunos de pós-graduação e graduação para a realização de cursos e outras atividades dirigidas ao segmento idoso.

Considerado um espaço importante na difusão do conhecimento representa um espaço de convivência em grupo, com estímulo à participação ativa da pessoa idosa, valorização de suas potencialidades e talentos, além de se constituir em um espaço de prática para o estudo do envelhecimento, nas diversas áreas da geriatria.

Marco Teórico

A terceira Idade na Sociedade Brasileira

O cenário de envelhecimento da sociedade brasileira tem sido resultado do aumento da expectativa de vida mundial. Esse panorama de transição, onde se tem elevado a cada dia o quantitativo de pessoas idosas na sociedade decorre do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade e como consequência o aumento da longevidade, atribuída em grande parte aos avanços da medicina.

Muito se tem pesquisado sobre a questão do envelhecimento e da terceira idade no contexto atual. Para tanto, faz-se necessário compreender e esclarecer os conceitos com base na definição de alguns estudiosos sobre o tema.

Machado (2003) com base em Furtado, destaca que o envelhecimento “sob o ponto de vista fisiológico, é o resultado de um processo contínuo de mudanças irreversíveis ao longo da vida, que ocorre desde o momento em que o ser humano nasce” (p.69). O envelhecimento é um processo dinâmico, relacionado a múltiplos fatores. Pode ser acelerado ou retardado dependendo dos fatores ambientais, genéticos, ambiente familiar, problemas de saúde, emoções, hábitos de trabalho e classe social de cada indivíduo.

Oliveira e Silva (2008) defende a ideia que o envelhecimento ocorre em diferentes dimensões, concomitante ou não: biológica, social, psicológica, econômica, jurídica, política, etc. O envelhecer depende de muitos fatores ocorridos nas fases anteriores da vida, das experiências vividas na família, na escola ou em outras instituições.

Para Bacelar (2002) a velhice não comporta um só conceito, porque não há equivalência sobre as características de uma pessoa em determinada idade, isto é, a idade cronológica pode não ser idêntica à biológica e social do indivíduo.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) o início à terceira idade começa aos 60 anos nos países subdesenvolvidos e aos 65 anos nos países desenvolvidos, sendo classificado em três categorias: pré-idosos (entre 55 e 64 anos); idosos jovens (entre 65 e 79 anos ou 60 e 69 anos, para quem vive na Ásia e na região do Pacífico) e idosos avançados (com mais de 70 ou 80 anos).

Existem muitas definições para o termo velhice em várias áreas do conhecimento, no entanto, até o momento nenhum termo foi definido com exatidão. Para fins de análise e entendimento, iremos considerar na pesquisa fatores cronológicos, biológicos e sociais, comuns ao processo de envelhecimento.

Em decorrência ao cenário de envelhecimento a estrutura etária da população, que era uma pirâmide, passou assumir a forma de uma gota ocasionada pela redução das taxas de natalidade e mortalidade brasileira. Estima-se, atualmente, cerca de um milhão de pessoas cruza a barreira dos 60 anos de idade, a cada mês, em todo o mundo e que até 2025, a população mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população terrestre em sua totalidade.

As mudanças demográficas mundiais foram significativas nas últimas décadas em todo o mundo. Atualmente o Brasil contabiliza 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira, onde prevê ser o sexto país mais idoso do mundo em 2025 segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

As projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) avaliam que até 2025, a população idosa mundial cresça cinco vezes e a brasileira dezesseis vezes, onde passarão existir cerca de 34 milhões de pessoas com mais de 60 anos, isto é, 15% da população total. (IBGE, 2010). De acordo com o presidente do IBGE, Eduardo Nunes, o Brasil caminha para uma sociedade que vai parar de crescer, o estoque de novos brasileiros vai diminuir.

No Brasil o primeiro passo ao reconhecimento dos direitos dos idosos é dado com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), onde pela primeira vez o tema idoso foi abordado. Em seguida, no ano de 1994, com a Lei n.º 8842, surge a Política Nacional do Idoso com o objetivo de garantir a terceira idade condições na promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade. A Lei determina ações educativas, especialmente nos meios de comunicação, com a finalidade de difundir o conhecimento sobre o assunto do envelhecimento e incentivando a criação de universidades abertas à terceira idade como meio

de promoção ao conhecimento. Além das questões sociais, a Política Nacional do Idoso remete a educação um grau de importância, prevendo a inclusão de disciplinas curriculares nas áreas de cursos ligados a saúde e determinando as instituições de ensino superior a criação de cursos de Gerontologia e Geriatria nas faculdades de medicina.

Em 2003, outra Lei é criada para intensificar o direito do idoso. O Estatuto do Idoso ratifica os princípios constitucionais, mas precisamente os artigos 229 e 230 da CF/88, resgatando as diretrizes acerca da temática, remetendo aos cidadãos idosos direitos que preservem a dignidade da pessoa humana ao mesmo tempo rejeitando qualquer forma de discriminação. A Lei preceitua o direito à educação e incentiva o governo na criação de programas que atendam a especificidade dessa classe.

Nessa perspectiva, enquanto a Política Nacional do Idoso tem por função promover as políticas sociais básicas de atendimento ao idoso por parte da atuação do poder público, o Estatuto do Idoso tem por premissa instituir penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade, consolidando os direitos assegurados na CF/88, sobretudo garantindo a proteção ao idoso em situação de risco social. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso foram instituídos em razão da própria exclusão que os idosos vivenciam chegando a esse estágio da vida. Para Fernandes (1997) essas leis não seriam necessárias caso existisse uma inclusão destes nas atividades econômicas e culturais, decisão e integração social.

No Brasil, o Dia Nacional do Idoso foi estabelecido pela Comissão de Educação do Senado Federal em 1999, com o objetivo de conhecer os direitos e dificuldades dos brasileiros, comemorado no dia 27 de setembro. Dentre outras iniciativas políticas brasileiras sobre os direitos do idoso destaca-se a criação do CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - por meio do Decreto 4.227 de 13 de maio de 2002, com finalidade de estímulo e apoio técnico na criação de conselhos de direitos para a pessoa idosa em todo o país e em maio de 2006, a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI.

O processo de envelhecimento acelerado revelou o aumento de estudos ligados à velhice. O ano de 1999 foi considerado o Ano Internacional do Idoso em virtude da grande importância dada à temática, incentivando anos seguintes a Campanha da Fraternidade em 2003. O enfoque das pesquisas e campanhas relacionadas à terceira idade passou a ser mais recorrente, desafiando o Estado a responsabilidade de sistematização de leis em virtude do documento Políticas para a Terceira Idade nos anos 90, produzida pela Associação Nacional de Gerontologia - ANG, onde estabelecia recomendações sobre a questão dos idosos. (OLIVEIRA, 2007).

Chegar à terceira idade na sociedade brasileira implica uma série de desafios. Além do fator biológico, estabelece uma mudança existencial econômica e social, pois em muitos casos os idosos se deparam com o isolamento social imposto pela sociedade, menosprezando a participação da população idosa nas atividades econômicas e culturais, decisão e integração social devido à competitividade empresarial.

Oliveira (2007) defende a ideia que os valores intrínsecos a representação que uma sociedade tem sobre a velhice serão norteadores responsáveis pelas ações que vão possibilitar ou não a proteção e a inclusão social de seus idosos, bem como a qualidade das relações estabelecidas com eles.

Jacon e Scortegama (2007) ressaltam que o idoso de décadas atrás não é o mesmo de hoje. Antigamente, a grande maioria dos idosos possuía pouco conhecimento científico sistemático, já os idosos do século XXI possuem maior nível de escolaridade, logo suas necessidades e anseios são outros e precisam ser supridos da melhor maneira possível.

Reflexões sobre a Educação e a Aprendizagem na Terceira Idade

A aprendizagem deve ser entendida como um processo contínuo de construção, que se inicia na educação infantil e se prolonga por todas as fases da vida, nascendo a partir daí a necessidade de instituir a educação permanente.

O termo educação permanente pode ser entendido conforme cita Barcia (1982, p. 63) “como um processo de afirmação do indivíduo através da tomada de consciência para um autodeterminismo na condução de alternativas, a fim de dominar as diferentes situações em que será levado a viver”.

Oliveira e Pontarolo (2008) alerta para que a educação permanente não seja vista apenas como uma educação extra-escolar, complementar e informal. Ela deve sim, assumir um papel reestruturante do sistema educacional vigente em que a educação dirigida aos idosos ainda é oferecida de forma alternativa. A educação para a terceira idade remete ao verdadeiro sentido e objetivo da educação, como finalidade do processo civilizatório, aumento do nível intelectual e cultural dos cidadãos, uma teoria e uma prática de ação transformadora.

Para Nunes (2000) pensar a educação de idosos como um processo contínuo é desenvolver uma nova atitude crítica e reflexiva frente aos problemas decorrentes dessa fase da vida estimulando a emergência de potencialidades e de criatividade dos alunos. Nesse processo é importante que o idoso possa exercitar uma visão crítica da realidade que vive.

A transformação do homem e a compreensão do mundo são dadas pelo tempo que o indivíduo se dedica a informação, atualização e aquisição de conhecimentos. Quanto maior a dedicação, melhor a compreensão dos indivíduos acerca da sua cidadania. Através da educação permanente o idoso adquire mais motivação na elaboração de novos objetivos, possibilita o resgate da dignidade, eleva a auto-estima e constrói novas perspectivas de futuro.

De acordo com Unicovsky (2004) o processo ensino-aprendizagem possibilita aos idosos reflexões em torno do seu ambiente concreto, das suas vivências cotidianas, isto é, da sua realidade mais próxima. Essas reflexões conjuntas aumentam o nível de consciência dos problemas que afetam o coletivo, contribuindo para a promoção do idoso enquanto sujeito, ao mesmo tempo em que estabelece a consciência de luta pelos seus direitos.

Os recursos metodológicos da educação permanente devem contemplar diferentes áreas do conhecimento humano de forma interdisciplinar através de aulas expositivas e reflexivas, proporcionando um ambiente de estudo diversificado ao mesmo tempo em que promove a troca de conhecimentos teóricos e empíricos. Nesse sentido compete aos docentes, que se dedicam a atividades educacionais investigar até que ponto a metodologia utilizada, os conteúdos trabalhados e os objetivos pretendidos produzem motivação. Assim, educação dirigida à terceira idade deixa de ter caráter assistencialista do passado, onde as políticas educacionais se voltavam a atividades recreativas, apenas ocupando o tempo dos idosos para valorizar o potencial criativo, intelectual e profissional do idoso, promovendo seu crescimento pessoal e intelectual.

Nesse sentido, o programa UnATI é relevante na integração entre gerações, possibilitando a comunidade acadêmica formadora pelos pesquisadores analisar a problemática do idoso nos diversos aspectos: biopsicológicos, políticos, religiosos, econômico, sociocultural, possibilitando um campo de estudo rico em suas diversidades.

O Programa Universidade Aberta à Terceira Idade e sua História

O programa Universidade Aberta à Terceira, também chamado Universidade da Terceira Idade, Faculdade Livre da Idade Adulta ou Universidade da Maturidade tem sua origem no modelo criado pelo psicopedagogo Pierre Vellas, na Université du Troisième Age, na cidade de Toulouse (França), em 1973. A estrutura do programa foi criada inicialmente com cursos de atualização, correspondendo a cursos de extensão universitária e atualização cultural, numa perspectiva de educação continuada.

No Brasil, a primeira escola voltada à terceira idade foi fundada em 1977 no SESC-SP, por técnicos que retornaram da França após intercâmbio Université du Troisième Age, sendo a Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas a primeira universidade a implementar o programa Universidade Aberta à Terceira Idade no ano de 1991.

Atualmente o programa funciona em várias Instituições de Ensino do país. A estrutura diferencia-se a cada instituição, atendendo as necessidades e especificidades dos idosos de cada região. Conforme Alves (1997) há uma diversidade nas propostas de estruturação, uma vez que cada instituição toma decisões sobre objetivos, conteúdos, estrutura curricular, atividades e professores, atuando com base em seus recursos humanos e materiais.

O programa tem por premissa atender um público com faixa etária a partir dos 40 anos, onde é uma característica comum à isenção de vestibular para o ingresso, bem como realização de provas. No currículo são oferecidos cursos de atualização, em que são ministradas disciplinas como história, economia, política, além de orientações na área de saúde e algumas atividades socioculturais, visando proporcionar informações sobre o processo do envelhecimento e suas implicações biopsicossociais.

Nesse contexto, a Universidade Federal de Pernambuco ao verificar a relevância do programa instala a UnATI em agosto de 1996, sendo regulamentada e subordinada ao Programa do Idoso (PROIDOSO) por portaria normativa nº 01 de 17 de janeiro de 2002 (BO. UFPE) . O programa tem por finalidade a promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante realização de cursos e outras ações que facilitem a atualização de conhecimentos e integração na sociedade contemporânea.

A estrutura curricular é subdividida em cursos teóricos e práticos, com carga horária de 30 horas, ao longo de dois semestres letivos, seguindo o calendário universitário. O número de participantes é composto por uma média de 700 idosos, divididos em 42 turmas e em 30 cursos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, consideradas idosas, segundo a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 Art. 2). O programa não exige critério de ingresso por nível de escolaridade, possibilitando a formação de uma turma bem heterogênea. A gestão da UnATI exige apenas a assiduidade, onde se tem uma quantidade máxima de três faltas para que não comprometa o aprendizado. Caso o idoso atinja o quantitativo o mesmo é desvinculado do semestre letivo, podendo iniciar no semestre seguinte.

As disciplinas dos cursos são escolhidas a partir da seleção do edital PROIDOSO, divulgado previamente nos meios de comunicação e na comunidade acadêmica no início do ano. A UnATI conta com a colaboração de docentes, técnicos, alunos de pós-graduação e graduação, esses últimos, atuando enquanto monitores, bem como voluntários externos a UFPE na execução das atividades. As disciplinas teóricas e práticas são lecionadas por um corpo docente composto por membros da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia de Pernambuco (LAGERPE) além de diferentes profissionais em suas áreas específicas. Entre as disciplinas teóricas destacamos: relações humanas, línguas estrangeiras, psicologia

e medicina social já em relação às disciplinas práticas temos as atividades de yoga, teatro, canto e artes manuais. Todo o corpo docente integrante da UnATI é voluntário e são os mesmos os responsáveis pela elaboração do plano de atividades a que são submetidos no edital. A seleção das disciplinas segue o critério das áreas de conhecimento ligado à velhice e do interesse do público participante, sendo também criteriosa a análise do currículo do docente voluntário.

Metodologia

A pesquisa desenvolvida é de natureza qualitativa e tratou de desvendar a multiplicidade de dimensões numa dada situação, focalizando-a como um todo sem deixar de enfatizar os detalhes, as circunstâncias específicas que favorecem uma maior apreensão desse todo.

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Universidade Federal de Pernambuco e analisou o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. A estrutura física da UnATI encontra-se localizada dentro do espaço físico da UFPE, mas precisamente instalada dentro do Centro de Ciências da Saúde - CCS. A construção do currículo dos cursos é realizada a cada semestre, dependendo da disponibilidade dos professores voluntários. Atualmente, semestre 2012.1, conta com 34 cursos, divididas em quatro salas de aula instaladas na sede do programa, além de salas cedidas no departamento de Histologia Embriologia - CCS, Centro de Educação, NAI e no Centro Cultural Benfica. A frequência dos cursos é semanal, oferecido uma vez por semana, com duração entre uma a duas horas. O calendário dos cursos tem duração de um semestre, acompanhando o calendário letivo da UFPE. Os idosos interessados em ingressar no programa podem fazer a matrícula em apenas um curso, onde é possível escolher a disciplina, tendo em vista a não exigência de critério de escolaridade ou sexo, apenas a idade que deve ser a partir dos 60 anos. Os alunos além de frequentarem os cursos tem a oportunidade de participar de outras atividades externas e/ou palestras. A média de alunos matriculados por semestre é de 700 idosos, apresentando uma taxa de evasão em torno de 15%, considerada baixa.

A pesquisa contou com a participação dos alunos que se candidataram espontaneamente. Selecionados de forma aleatória, atendendo os critérios de inclusão da amostra, onde foram aplicados questionários durante o início e nos intervalos das aulas de acordo com a disponibilidade e interesse dos participantes em contribuir com o estudo. Após a aplicação dos questionários foram gravados depoimentos dos idosos a respeito das suas observações, expectativas e repercussão do programa em relação à melhoria da qualidade de vida.

A construção do questionário e da entrevista se deu em função das seguintes categorias elencadas: auto-estima, aspectos econômicos, atividades de lazer e convivência social.

Foram aplicados questionários e realizadas entrevistas com 39 pessoas, sendo 33 do sexo feminino e 06 do sexo masculino, com idades entre 63 e 86 anos, com nível de escolaridade desde a alfabetização incompleta a pós-graduação. A maioria dos entrevistados reside na região metropolitana do Recife, como também nos municípios de Paulista, Olinda e Camaragibe. Quanto ao estado civil verificou-se a presença da maior parte de alunos casados, em segundo viúvos, mas também constatarem alguns entrevistados solteiros ou divorciados, a maioria dos entrevistados responderam ter filhos. Compreende nesta pesquisa discentes matriculados no semestre 2012.1 da UnATI, que já fizeram parte de cursos anteriores.

Resultados e discussão

Repercussão da UnATI na Vida dos Idosos

Diante dos dados coletados junto aos discentes da UnATI/UFPE os resultados obtidos encontram-se a seguir divididos por categorias de análise seguindo a estrutura do roteiro das entrevistas.

A partir do levantamento dos participantes foi observada a participação de idosos com faixa etária entre 63 e 86 anos, com escolaridade que vai desde a alfabetização incompleta até a Pós-graduação. Destacou-se na pesquisa a participação do sexo feminino entre os alunos matriculados, já de conhecimento da coordenação da UnATI.

Com relação ao perfil econômico dos entrevistados os resultados ressaltaram o predomínio de alunos aposentados, com tempo de aposentaria acima dos cinco anos. Foram observados também idosos que mesmo aposentado continuam a realizar atividades remuneradas, bem como outros entrevistados não aposentados que continuam exercendo suas profissões.

Quanto às relações pessoais e sociais destacou na pesquisa o predomínio da autoestima elevada entre os participantes. A capacidade de memória, aprendizado e concentração variou entre as opiniões, destacando satisfatória em média. As relações com os familiares e amigos também apresentaram de forma positiva, onde destacou através das falas dos idosos a contribuição do programa no aumento das redes sociais.

A maioria dos participantes informou ter tido conhecimento do programa através da indicação de amigos e/ou parentes. Em relação à opinião sobre a grade curricular oferecida, os entrevistados demonstram satisfeitos, no entanto, puseram como sugestão a abertura de mais turmas na área de computação, criação de um curso profissionalizante de costura, dança de salão, entre outros cujas sugestões encontram-se a seguir. Com relação ao ambiente físico, a pesquisa concluiu a necessidade de ampliação da estrutura física, onde muitos idosos apontaram a questão dos espaços das salas de aula como pequenas. Quanto à capacidade do corpo docente as respostas foram unânimes, avaliados como excelentes.

A partir das entrevistas destacamos no discurso da maioria dos alunos a iniciativa de participar do programa com finalidades diversas, entre elas: aquisição de conhecimentos, ocupação do tempo livre, aumento das redes sociais, melhoramento da autoestima. Com relação às expectativas dos alunos em relação ao programa foi observado o interesse deles em manter-se no programa. Concluiu a partir dos relatos dos alunos entrevistados, em sua maioria, o melhoramento da qualidade de vida a partir da análise das respostas apresentadas.

Considerações Finais

A Universidade Federal de Pernambuco assim como as demais IFES tem em sua missão a promoção e democratização do acesso ao ensino, pesquisa e extensão. Nesse sentido, o Programa do Idoso (PROIDOSO) busca vincular o princípio da educação permanente com a terceira idade, reduzindo os problemas sociais enfrentados ao mesmo tempo em que proporciona a inclusão e transformação social por meio da produção, socialização, memória e difusão de conhecimentos.

Do ponto de vista epistemológico, as IFES apresentam uma enorme contribuição ao fomentar o programa dentro de suas sedes, proporcionando uma enorme contribuição interdisciplinar, promovendo o encontro de várias ciências e disciplinas para um projeto comum, ao mesmo tempo em que tornam acessível o universo do saber a população idosa. (GOMES, LOURES, ALENCAR, 2010).

O programa Universidade Aberta à Terceira Idade da UFPE tem sido considerado, portanto, o lugar de encontro e aprendizagem para a terceira idade, sendo reconhecido pela sociedade ao longo dos dezesseis anos de atuação. O atendimento de qualidade direcionado ao público idoso e a promoção de um espaço de prática para a investigação e sistematização da gerontologia em Pernambuco é resultado do comprometimento da gestão administrativa e do envolvimento dos professores e alunos voluntários nas atividades, promovendo a valorização e integração social.

Além disso, ao mesmo tempo em que beneficia a população com a oferta de cursos, seminários e outras atividades o programa promove através da prática reflexiva a consciência crítica do papel dos idosos enquanto cidadãos conscientes na garantia, reinvidicação e respeito dos seus direitos.

Apesar do reconhecimento da gestão administrativa da UnATI frente aos usuários do programa foi possível construir uma análise descritiva de algumas dificuldades, entre elas: a necessidade de ampliação das salas de aula; recrutamento de recursos humanos para atendimento ao público no período da tarde e na matrícula, que acontece no início de cada semestre; oferecimento de mais vagas em cursos ligados as áreas de informática, língua estrangeira e dança; criação de um curso profissionalizante de costura e por fim, a manutenção das disciplinas na estrutura curricular.

Destacou-se durante a pesquisa em desafios para os próximos anos garantir a ampliação dos investimentos na melhoria da estrutura da UnATI mediante a construção de um novo prédio, criação de novos cursos e ampliação das parcerias com a comunidade acadêmica e a sociedade em geral. A pesquisa constatou que a oferta dos cursos não tem sido permanente devido à falta de disponibilidade do corpo docente voluntariado, prejudicando a construção de uma grade curricular fixa.

Os resultados obtidos apontaram o grande valor do programa na promoção da qualidade de vida e inclusão sócio-produtiva, proporcionando as pessoas idosas enxergar na terceira idade novas oportunidades de profissionalização, desenvolvimento cultural, responsabilidade e reintegração com a sociedade.

Diante do exposto, concluímos a relevância do programa, onde os principais resultados observados foram: a contribuição na atualização e aquisição de conhecimentos, aumento das redes sociais e elevação da auto-estima, possibilitando uma melhoria da qualidade de vida dos alunos entrevistados.

Referências

- AZEVEDO, Fernando de. **A cultura brasileira**. São Paulo: Melhoramentos, 1971.
- BACELAR, R. **Envelhecimento e produtividade**: processos de subjetivação. 2. ed. rev. Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches. 2002.
- BARCIA, Mary F. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1982.
- BOTH, A. **A velhice é o resultado das condições de vida apreendidas**. Revista do Instituto Humanitas Unisinos, 2006. Disponível em: <<http://www.unisinos.br/ihuonline/>>. Acesso em: 03 fev. 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios**. 2010.
- BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994.
- BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (**Estatuto do Idoso**). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 03 fev. 2012.
- CALDAS, C. P. **Introdução à gerontologia**. VERAS, R, LOURENÇO R, 2006, UnATI, Rio de Janeiro. In: Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/>>. Acesso em: 18 maio 2012.
- FERNANDES, F. **As pessoas idosas na legislação brasileira**: direito e gerontologia. São Paulo: LTr, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- LOBATO, A.T.G. **Serviço Social e universidade de terceira idade**: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. Textos sobre envelhecimento, educação e cidadania. Rio de Janeiro, UnATI/ UERJ, Ano 3, nº 5, 2001, p. 41-66.
- LOPES, Ruth. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso dos medicamentos. São Paulo: EDUC, 2000.
- MACHADO, O. G. **Proposta de implantação de universidade aberta para a terceira idade em Joinville**, 2003. Tese de Doutorado. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/3043.pdf>>. Acesso: 18 maio 2012.
- MIZUKAMI, MGN. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: Epu, 1986.
- OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **A Universidade Aberta para a Terceira Idade na Universidade Estadual de Ponta Grossa**. 1998, 635f. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências da Educação), Universidade de Santiago de Compostela, Espanha.
- _____. O Processo Histórico do Estatuto do Idoso e a Inserção Pedagógica na Universidade Aberta. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.28, p.278 –286, dez. 2007.
- OLIVEIRA, R.C.S.; PONTAROLO R.S. **Terceira Idade: uma breve discussão**. Ponta Grossa, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/624/612>>. Acesso em: 18 maio 2012.
- OLIVEIRA, R.C.S; SILVA, F. **Diferentes Concepções sobre a Velhice e a Visão Otimista da Universidade Estadual de Ponta Grossa**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao01/edicao01%20-%2030-33%20diferentes%20concepcoes%20sobre%20>

a%20velhice.pdf>. Acesso em: 18 maio 2012.

VASCONCELOS, A. M de. Serviço Social e prática reflexiva. **Revista da Faculdade de Serviço Social UERJ**, n 10, p.131-181, 1997.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.**

TEIXEIRA, J. F. **Mente, Cérebro e Cognição.** Petrópolis: Vozes, 2000.

UNICOVSKY, Margarita Ana Rubin. A Educação como meio para vencer desafios impostos aos idosos. **Revista Brás Eferm**, Brasília, mar/abr; 57, p.24, 2004.

PROGRAMA ZERANDO A DENGUE A PARTIR DA UFPE

Tereza Leonor de Melo Silva

(Pedagoga; Especialista em Gestão Pública;

Técnico-Administrativa; PROEXT/UFPE;

terezamelo@hotmail.com).

Rosângela Maria Rodrigues Barbosa

(Bióloga; Doutora em Saúde Pública; Pesquisadora Adjunta;

Departamento de Entomologia/FIOCRUZ-PE;

barbosar@cpqam.fiocruz.br).

Cláudia Maria Fontes de Oliveira

(Bióloga; Doutora em Biologia Celular e Molecular;

Pesquisadora em Saúde Pública; Departamento de Entomologia/FIOCRUZ-PE; claudia@cpqam.fiocruz.br).

Ridelane Veiga Acioli (Médica Veterinária; Mestra em Saúde Pública;

Analista de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco;

ridelane.veiga@hotmail.com).

Cleide Maria Ribeiro de Albuquerque

(Bióloga; Doutora em Imunologia de Insetos;

Professora; Centro de Ciências Biológicas-CCB/UFPE;

cleide.ufpe@gmail.com).

Lêda N. Regis (Bióloga; Doutora em Fisiologia da Reprodução;

Pesquisadora; Departamento de Entomologia/FIOCRUZ-PE;

leda@cpqam.fiocruz.br).

Jefferson Chamberland (Técnico em Saúde Ambiental do Distrito Sanitário IV;

Prefeitura da Cidade do Recife;

efferson.pcr@hotmail.com).

Ivan Vieira de Melo (Engenheiro Mecânico; Doutor em Engenharia de Produção;

Professor; Centro de Tecnologia e Geociências-CTG/UFPE;

ivan.melo@ufpe.br).

Resumo

O Programa Zerando a Dengue a Partir da UFPE (ZD) é uma iniciativa da UFPE em parceria com a FIOCRUZ-PE e a Prefeitura da Cidade do Recife (Distrito Sanitário IV) iniciada em agosto de 2011. Trata-se de um Programa Institucional que tem o objetivo de desenvolver uma Rede Sentinela de Vigilância Epidemiológica e de Controle da Dengue nos Campi da UFPE. Tem-se a perspectiva de que os Campi tornem-se espaços de ações efetivas para o controle da dengue. A metodologia do Programa ZD fundamenta-se no Sistema de Monitoramento e Controle Populacional de *Aedes aegypti* - SMCP-*Aedes* (Régis et al., 2009). Este sistema consiste em instalar armadilhas que recolhem massivamente

ovos do mosquito vetor do vírus dengue, visando controlar a densidade desses ovos (DO) na área avaliada através das armadilhas de oviposição para Controle (Ovt-C) e as Sentinelas (Ovt-S) para monitoramento dos níveis de flutuação da DO na área onde há o recolhimento massivo de ovos do mosquito. No primeiro ano do Programa as Ovt-S estiveram 88,6% positivas mostrando a infestação nos Campi, foram detectadas áreas com elevado potencial de criação para o mosquito o que justifica as ações de controle. Além do aprendizado da equipe, levando-a a buscar Parcerias que possam contribuir para Zerar a Dengue nos Campi da UFPE.

Palavras Chave: Dengue; Rede Sentinela de Vigilância Sanitária; SMCP-Aedes.

Abstract

The program Resets the Dengue from UFPE (ZD) is an initiative of UFPE in partnership with FIOCRUZ-PE and the City Hall of Recife (health district IV) started in August of 2011. It is an Institutional Programme that aims to develop a network of Sentinel epidemiological surveillance and Control of Dengue in the campuses of UFPE. There is the prospect that the campuses of UFPE become exemplary spaces in control of dengue virus infection. The methodology of the ZD is based on Population Monitoring and Control System of *Aedes aegypti* - SMCP-Aedes (Regis et al., 2009). Such a system consists of traps which collect massively female mosquito eggs, in order to make the control of the density of these eggs in the area assessed, through oviposition traps to control (Ovt-C) oviposition traps and Sentry (Ovt-S); the latter monitors the levels of egg density fluctuation in the area where they are being collected eggs mass.

Introdução

O vírus da dengue é um arbovírus da família Flaviviridae, gênero Flavivírus, que inclui quatro tipos imunológicos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4 são transmitidos pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) para o hospedeiro humano.

A Comunidade Universitária do Campus da UFPE em Recife compreende a vulnerabilidade ao frequente risco de epidemia de infecção pelo Dengue na Região Metropolitana do Recife (RMR), mas a população em geral, apesar de várias campanhas de divulgação sobre a doença ainda carece de conhecimento para fazer o adequado enfrentamento do problema. Na perspectiva de favorecer o entendimento sobre o risco de transmissão do vírus foi estabelecida uma parceria entre a UFPE, a FIOCRUZ-PE e a Prefeitura da Cidade do Recife em agosto de 2011, como uma ação integrada de extensão-ensino-pesquisa.

De fato, a abordagem de controle da Dengue nos *Campi* da UFPE se fundamenta na experiência exitosa do Programa “SAUDAVEL–Sistema de Apoio Unificado para Detecção e Acompanhamento em Vigilância Epidemiológica”, implementado pela equipe Fiocruz-PE em Santa Cruz do Capibaribe, através do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública, PDTSP/Fiocruz, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco.

O SMCP-Aedes (Regis et al., 2009) é um Sistema de Monitoramento e Controle Populacional do *Aedes aegypti*, o vetor da dengue, com base em armadilhas geo-referenciadas com larvicida biológico; ferramenta para contagem rápida de ovos; Banco de Dados Geográficos com análise e geração de

relatórios gerenciais. Tanto as práticas de vigilância quanto as intervenções de controle são fortemente fundamentadas na compreensão da biologia do vetor e de fatores determinantes de seu crescimento populacional (Regis et al., 2008). A aplicabilidade do sistema tem sido avaliada em protótipos operacionais (dois municípios pernambucanos), realizando assim a ponte entre a pesquisa e a ponta operacional dos serviços. O desenvolvimento e a avaliação do SMCP-*Aedes* reúnem esforços de pesquisadores de unidades da FIOCRUZ, do INPE, da UFPE e da UFPR, e de instituições estaduais e municipais de saúde e de saúde ambiental, com apoio da Fiocruz-PDTSP/Rede Dengue.

É importante ressaltar que a estratégia de implementação do Programa Zerando a Dengue a Partir da UFPE (ZD) está concebida de modo integrado às ações de enfrentamento da Dengue, ora desenvolvidas no Programa de Saúde Ambiental do Distrito Sanitário IV (DS-IV) da PCR, e requer o engajamento consciente e qualificado da Comunidade Universitária. Nesse sentido, a intenção é envolver gradativamente representantes da comunidade externa para uma ação de extensão qualificadora na perspectiva de expandir a experiência aos diversos bairros da RMR.

Objetivos

Geral

Desenvolver uma Rede Sentinela de Vigilância Epidemiológica e de Controle da Dengue nos *Campi* da UFPE.

Específicos

Sensibilizar a comunidade acadêmica para atitudes de vigilância permanente e participação qualificada; Diagnosticar o quadro de infestação do *Aedes Aegypti* nos *Campi* da UFPE; Criar equipes locais de apoio ao Sistema de Controle da Infestação; Realizar avaliações periódicas programadas e emergenciais aos locais infestados com Aspiração/Manutenção; Agir emergencialmente com bloqueio mecânico nos locais onde houver confirmação de infecção; Registrar oficialmente os casos de infecção por Dengue no Sistema de Controle Epidemiológico do DS-IV da PCR; Desenvolver estudos de casos sobre a experiência do Programa.

Metodologia

O Programa ZD é operado por um Sistema de Controle estruturado em um Comitê Estratégico e Equipes Executivas, constituídos com participantes das instituições parceiras. De modo específico participam técnico-administrativos, alunos e professores do CCB, da Engenharia Biomédica da UFPE e Pesquisadoras da FIOCUZ-PE. Todo o trabalho se desenvolve a partir de reuniões semanais nas quais são planejadas e detalhadas as ações, bem como avaliados os resultados, para aprimorar as estratégias. O procedimento temporal, local, e a instalação física para a coleta de ovos de *Aedes aegypti* das armadilhas - chamadas ovitrampas - que são distribuídas pelo *Campus* e referenciadas por GPS, compreendem duas fases - a Fase Sentinela e a Fase de Controle. Inicialmente foram instaladas 90 ovitrampas-sentinela (Ovt-S) distribuídas pelo *Campus* Recife da UFPE durante um período de 10 meses, para obter informações sobre

a infestação da área pelo *Aedes aegypti*. Os suportes de madeira para oviposição (palhetas) das Ovt-S são substituídos mensalmente, junto com a reposição da água e do Bti. A contagem dos ovos depositados nas palhetas foi facilitada pelo SDP-Sistema de Digitalização de Palhetas (Silva *et al.*, 2011). Após a contagem dos ovos depositados nas palhetas, gerou-se um mapa de distribuição geográfica da infestação. Estes dados orientaram a instalação de 90 ovitrampas de Controle (Ovt-C), armadilhas com Bti que utilizam tecidos como suporte de oviposição, ao invés de madeira, o que amplia a área de oviposição aumentando assim a capacidade de coleta de ovos do mosquito *Aedes aegypti*. As ovitrampas Sentinela (com palhetas de madeira) e de Controle (com tecido) recebem água e o larvicida microbiano Bti, que atraem as fêmeas para oviposição. O material das ovitrampas (palhetas e tecidos) é recolhido periodicamente e, desta forma, grandes quantidades de ovos são retirados do ambiente e eliminados por incineração. A quantidade de ovos coletados nas Ovt-C foi estimada pela contagem de ovos em uma amostra de 100 tecidos, a cada ciclo. Nos ambientes onde foram detectadas altas densidades de *Aedes aegypti*, ou denúncias de ocorrência de casos de infecção ou de risco potencial de transmissão foram realizados procedimentos de bloqueio: verificação *in loco* e orientação para eliminação de potenciais criadouros; aspiração de mosquitos; aumento do número de Ovt-C; informação ao DS-IV; afastamento imediato de pessoas com sintomas de infecção viral. A identificação dos insetos aspirados foi feita pelo Serviço de Referência em Controle de Culicídeos Vetores, Departamento de Entomologia da FIOCRUZ-PE.

Resultados e Discussão

Infestação do Campus – A presença de *Aedes* foi detectada em 88,6% dos locais inspecionados, destacando-se: A Reitoria, os Centros de Ciências da Saúde (CCS), Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Centro de Artes e Comunicação (CAC), Centro de Educação (CE), Centro de Tecnologia e Geociências (CTG), Área II e os órgãos Suplementares Centro de Convenções e Hospital das Clínicas. A densidade relativa de ovos variou entre 01 e 726 ovos/armadilha em 24 dias, com média de 108,59 ovos/armadilha. A distribuição espacial das densidades de ovos é mostrada na Figura 1.

Os resultados demonstram que o Campus Recife da UFPE localizado no bairro da Cidade Universitária apresenta alta infestação do mosquito *Aedes aegypti*, em padrão similar ao observado no bairro da Várzea pelo DS-IV da Secretaria de Saúde do Recife (PCR).

Ovos eliminados – Foi estimado em 123.059 o número total de ovos incinerados, coletados em 836 Ovt-C durante três ciclos bimestrais de coleta, de outubro/2011 a fevereiro/2012.

Mosquitos adultos eliminados – Aspirações realizadas no Departamento de Oceanografia, em agosto de 2011, motivada pela denúncia da ocorrência de vários casos de dengue em uma semana, resultaram na coleta de 1.176 insetos da Ordem *Diptera*, sendo a grande maioria da espécie *Culex quinquefasciatus*, cinco *Aedes aegypti* (4 fêmeas e 1 macho) e 28 de outras famílias. Os resultados das aspirações feitas no Departamento de Nutrição, em janeiro de 2012, somaram 315 adultos das espécies *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus*, além de 152 *C. quinquefasciatus* (Tabela 1).

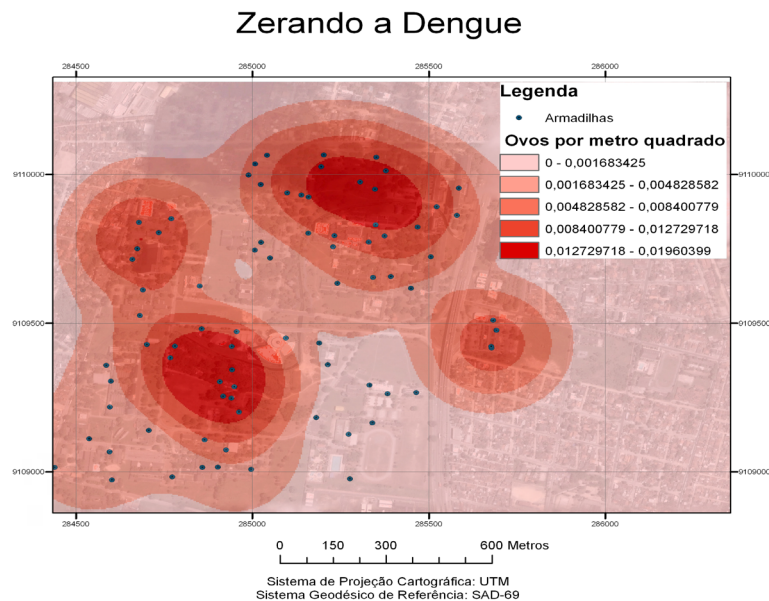


Figura 1. Distribuição espacial das densidades de ovos de *Aedes spp.*, em outubro/2011 obtida pela Rede sentinela SMCP-*Aedes* instalada no Campus UFPE em setembro/2011. Composta por 90 ovitrampas-sentinela, cuja distribuição está indicada por pontos azuis.

Tabela 1. Culicídeos aspirados no Departamento de Nutrição, CCS/ UFPE, em Janeiro de 2012. A identificação ao nível de espécie, sexagem e contagem dos espécimes, foi feita no Serviço de Referência em Controle de Culicídeos Vetores, Depto. de Entomologia - FIOCRUZ-PE.

Data	<i>Aedes aegypti</i>		<i>Aedes albopictus</i>		Total de <i>Aedes spp</i>	<i>Culex quinquefasciatus</i>
	♀	♂	♀	♂		
12/01/12	50	87	11	9	157	75
18/01/12	66	64	3	0	133	36
25/01/12	14	11	0	0	25	41
Total	130	162	14	9	315	152

Considerações Finais

O Programa ZD avança no sentido de consolidar uma Rede Sentinela de Vigilância Epidemiológica e de Controle da Dengue nos *Campi* da UFPE. É importante considerar o conhecimento adquirido pela equipe ao longo deste primeiro ano do Programa. Destaca-se aqui a necessidade de constituir equipes locais qualificadas para apoiar o Sistema de Controle, assegurando a integridade e funcionamento adequado da rede de armadilhas (ovitrampas). Este aprendizado motivou a elaboração de um Curso de Extensão, para a formação de equipes locais em todos os Centros, Departamentos e Órgãos Suplementares da UFPE, com qualificação nos três *Campi*, o qual estruturará a ação de reinstalação das armadilhas de controle (Ovt-C) no *Campus* Recife e expansão do Programa para os *Campi* de Vitória (CAV) e Caruaru (CAA).

Observou-se que as ações de divulgação do Programa (Informes no Conselho Universitário, aulas inaugurais dos semestres, notícias via ASCOM, dentre outras) ainda não foram suficientes para a compreensão da comunidade acadêmica sobre a Rede Sentinela de Vigilância Epidemiológica e de Controle da Dengue nos *Campi* da UFPE. Visto que as armadilhas (Ovt-S e Ovt-C) instaladas nos *Campi* muitas desapareceram e outras foram utilizadas de forma inadequada (p. ex. depósito de lixo), pondo em risco a própria comunidade.

De acordo com os mapas do ZD e do DS-IV o *Campus* Recife da UFPE está altamente infestado por *Aedes Aegypti*, tanto nas áreas onde há maior concentração de pessoas (HC, CCS, CFCH-CE-CAC, CTG, Área II e CCEN) quanto naquelas onde a frequência populacional é menos intensa (Centro de Convenções e Concha Acústica).

A redução de ambientes favoráveis à proliferação do mosquito depende da conscientização e da participação da Comunidade Interna da UFPE, na perspectiva de uma grande mudança cultural.

É importante registrar, ainda, que as ações do Programa ZD, iniciadas no *Campus* Recife, já lograram sensibilizar grupos nos outros *Campi* da UFPE, sinalizando o acerto da iniciativa que reforça o caráter da Extensão Universitária.

Referências

- Regis L, Monteiro AM, Melo-Santos MAV, Silveira JC, Furtado AF et al. (2008) Developing new approaches for detecting and preventing *Aedes aegypti* population outbreaks: basis for surveillance, alert and control system. Mem Inst Oswaldo Cruz 103: 50–59.
- Regis L, Souza WV, Furtado AF, Fonseca CD, Silveira Jr JC (2009) An entomological surveillance system based on open spatial information for participative dengue control. An.Acad.Bras.Ciências 81: 655-662
- SILVA, MGNM, Rodrigues MAB, Araujo RE (2011) *Aedes aegypti* egg counting system. In: 33rd Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC 11) 2011, Boston.

PROJETO ADOLESCER - APRENDENDO A SER UM ADOLESCENTE SAUDÁVEL NUMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Profª Drª. Daniella Araújo de Oliveira (Coordenador)

– CCS–Deptº de Fisioterapia/UFPE.

email: sabino_daniella@ig.com.br.

Profª. Drª. Gisela Rocha Siqueira (Colaborador)

– CCS – Deptº de Fisioterapia/UFPE.

email: giselarsiqueira@gmail.com

Profª Drª. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (Colaborador)

– Centro Acadêmico de Vitória/UFPE.

email: rosanaximenes@gmail.com

Profº. Drº Marcelo Moraes Valença (Colaborador)

- CCS – Deptº de Neuropsiquiatria/UFPE.

email: mmvalenca@yahoo.com.br

Profª Ms. Máisa Cavalcanti Pereira (Colaborador)

– CRF/PE nº 279.

email: dramaisa@yahoo.com.br

Profª Ms. Tatiana Araújo Bertulino da Silva (Colaborador)

– CRP-PE 2 nº 02/14.257.

email: tatiana_bertulino@yahoo.com.br

Profª Ms. Sheva Castro Dantas de Sousa (Colaborador)

– CCS – Deptº de Fisioterapia.

email: shevacds@gmail.com.

Resumo

A educação em saúde é fundamental para a formação do estudante adolescente e envolve a identificação dos hábitos e condições orgânicas gerais e planejamento de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. O objetivo principal deste projeto foi prevenir agravos à saúde do adolescente, contribuindo com seu desenvolvimento, numa abordagem interdisciplinar. As estratégias adotadas foram elaboradas por fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos e incluem atividades educativas, avaliações e atendimentos individuais, sempre que necessário, com foco nas alterações físicas, mentais

e sociais da adolescência. O projeto oportunizou aos adolescentes acesso a tratamentos especializados, conhecimento sobre os cuidados com a saúde física, bucal e mental, além da importância do uso racional de medicamentos. Os responsáveis e professores aprenderam sobre cuidados com a saúde do adolescente e os alunos correlacionaram o conhecimento teórico-prático em uma abordagem preventiva, curativa e educativa na comunidade.

Palavras-Chave: Adolescente – prevenção – interdisciplinar

Abstract

Education in health is fundamental for the formation of the adolescent student and involves the identification of the habits and general organic conditions and planning of actions for the promotion, protection and recovery of health. The main objective of this project was to prevent grievances to the health of the adolescent, contributing to his development, in an interdisciplinary approach. The adopted strategies were elaborated by physiotherapists, dentists, psychologists, nutritionists and pharmacists and include educational activities, evaluations and individual sessions, when necessary, with focus on the physical, mental and social alterations of adolescence. The project gave the adolescents the opportunity of access to specialized treatments, knowledge of caring for physical, oral and mental health, as well as the importance of the rational use of medications. The caregivers and teachers learned about cares with adolescent health and the students correlated the theoretical and practical knowledge in a preventive, curative and educational approach in the community.

Key – Words: Adolescence - prevention - interdisciplinary

Introdução e objetivos

A adolescência é a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período entre 10 e 19 anos de idade (CONTI; FRUTOSO; GAMBARDE, 2005).

Essa fase se caracteriza por alterações em diversos níveis, físico, mental e social, e representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto (BRANCO, CINTRA, FIBERG, 2006).

Essa transição, pela qual passa o adolescente, é influenciada pela adoção de hábitos pessoais, adquiridos no domicílio e no ambiente escolar, que podem modificar a saúde do corpo em desenvolvimento e levar ao aparecimento de distúrbios orgânicos que acompanham toda a adolescência e repercutem na vida adulta (MUTSCHELE, 1994).

Além do aprendizado adquirido no domicílio, passado pelos familiares ou responsáveis pelos adolescentes, o ambiente escolar é um espaço de grande importância para o desenvolvimento do estudante, visto que é neste ambiente que o educando passa, no mínimo, quatro horas diariamente, podendo este período estender-se ainda por mais horas (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Portanto, além do programa de ensino, não menos importante para a formação do aluno, é a educação em saúde, o que envolve a identificação das condições orgânicas gerais e hábitos do adolescente e planejamento de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos alunos.

Dentre as estratégias que devem ser adotadas pelas escolas destacam-se a investigação de hábitos posturais inadequados e de alterações na biomecânica corporal; identificação do estado nutricional; avaliação da saúde bucal; e investigação da saúde mental (CARRANO; PEREGRINO, 2003).

Desta forma, visando contemplar a população com uma abordagem interdisciplinar, envolvendo a fisioterapia, odontologia, psicologia, nutrição e farmácia, buscando atender e conhecer melhor estas alterações, o Deptº de Fisioterapia em parceria com o Deptº de Clínica e Odontologia preventiva da Universidade Federal de Pernambuco desenvolveu o projeto de extensão “Adolescer” a fim de possibilitar intervenções específicas e realmente eficazes para a realidade do adolescente, interagindo com toda família e o contexto no qual ele se insere, inclusive a escola.

O objetivo principal deste projeto foi priorizar a prevenção de agravos à saúde do adolescente, por meio de diálogo com os professores, pais e alunos, orientações quanto à higiene pessoal, postura adequada e uso racional de medicações, avaliação e tratamento de desvios posturais, acompanhamento psicológico, e acompanhamento odontológico preventivo para controle de cárie e gengivite. Contribuindo com o desenvolvimento desta população e das pessoas de seu convívio e realizando intervenções, quando forem necessárias.

Marco teórico

As modificações físicas e psicológicas durante a adolescência ocorrem em paralelo. É comum nesta fase o corpo desenvolver-se rapidamente, em alguns indivíduos numa velocidade maior do que em outros. Muitas vezes esses adolescentes percebem seus corpos de maneira desproporcional aos demais e passam a adotar posturas inadequadas a fim de esconder ou minimizar as modificações corporais inerentes a este período. Além disto, o uso incorreto de mochilas escolares, frequentemente muito pesadas, e permanecer por longos períodos sentados em postura pouco apropriada, contribuem para o desenvolvimento de desvios posturais na adolescência.

A avaliação das posturas corporais no ambiente escolar permite a identificação e tratamento precoce dos desequilíbrios musculoesqueléticos e principalmente a remoção dos fatores de risco, que abrangem principalmente a utilização de um mobiliário ergonomicamente inadequado para o aluno (SIQUEIRA; OLIVEIRA; VIEIRA, 2008).

As alterações da biomecânica corporal do adolescente afetam, além da coluna vertebral e membros superiores e inferiores, a articulação temporomandibular. A disfunção têmporo-mandibular (DTM) influencia negativamente na qualidade de vida do indivíduo, pois se associa à sintomatologia dolorosa, alteração comportamental, fuga das responsabilidades pessoais, sociais e profissionais (CAMPOS, 2009; GONÇALVES, PEREIRA, PRADO, 2003; ROSENBLATT, 2006).

Outro fator preocupante na adolescência é a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis, que não atendem às necessidades de um corpo em desenvolvimento. Um inquérito relativo a hábitos alimentares aliado a uma avaliação física antropométrica permite a identificação precoce da obesidade ou do baixo peso, apontando os fatores que podem contribuir para a prevenção desses agravos.

As transformações que marcam a fase de transição do estado infantil para o estado adulto incluem: modificações de peso, estatura, composição corporal, transformações fisiológicas nos órgãos internos com desenvolvimento do sistema circulatório central e respiratório e crescimento ósseo. As alterações ocorrem em ritmos e proporções diferentes entre indivíduos de um mesmo sexo ou não; no entanto

a ordem em que esses eventos ocorrem é relativamente a mesma (MARSHALL, 1978; MARSHALL, TANNER, 1975; CARRASCOSA, GUSSINYE, 1998).

Cerca de 50% do peso e 20-25% da estatura de um indivíduo são adquiridos na adolescência, e o papel da nutrição em nível populacional serve como determinante altamente significativo da variabilidade desse processo (JOHNSTON, 1981). A secreção dos hormônios gonadais pode ser inibida por quantidades insuficientes de nutrientes, retardando o início do desenvolvimento da puberdade, o que pode comprometer o ganho estatural (ROOT, POWERS, 1983). Portanto, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do adolescente são instrumentos importantes para que se possam orientar as ações destinadas a esse grupo.

Além das modificações físicas e nutricionais, é comum na adolescência, algum descuido com a higiene pessoal. É exatamente neste período da vida, onde ocorrem tantas mudanças, que as doenças gengivais e cáries evoluem, promovendo, na adultez, as perdas dentárias, podendo dificultar o indivíduo na inclusão social, uma vez que existe um alto custo para se tratar os dentes, e o serviço público não dá conta de todos atendimentos, tanto de atenção individual como coletivo (RITZEL, FEIJÓ, 2008; XIMENES, COUTO, SOUGEY, 2010; OUTEIRA, 1994).

Em se tratando das abordagens da saúde mental, o jovem deve ser avaliado dentro de seu contexto familiar e socioeconômico, incluindo histórico familiar quanto a doenças psiquiátricas. Na avaliação de risco, mais do que definir um diagnóstico de transtorno mental, é fundamental que seja identificada a suspeita ou desajuste de comportamento, para que o adolescente possa ser orientado e acompanhado, sendo, posteriormente, realizado um encaminhamento adequado (FEIJÓ, OLIVEIRA, 2001).

É importante estar atento à sintomatologia depressiva, ideação e comportamento suicida, ansiedade, transtorno de personalidade, comportamento de atuação (*acting out*) e crise de identidade sexual (MACKENZIE, 1994). Questionamentos sobre auto-estima do adolescente, seus planos de futuro e seus sentimentos em relação a sua própria vida são elementos fundamentais para oferecer subsídios à suspeita diagnóstica (FEIJÓ, OLIVEIRA, 2001).

Em grande parte dos casos, muitos aspectos do comportamento do jovem apresentarão características em comum, tais como distúrbios de sono, de apetite, sentimentos de culpa e pessimismo, envolvimento com atos de violência, abuso de álcool e drogas ilícitas e diminuição da sociabilidade (BOROWSKY, IREBAND, 2001).

A adolescência também se apresenta como um período de novas sensações e experiências, antes, completamente desconhecidas e, por este motivo, é uma fase, por excelência, de risco em relação ao uso de substâncias psicoativas ou não, podendo haver danos eventualmente associados (BECKER, 2003).

O estudo do sentimento que o adolescente tem de si mesmo, a partir de seus valores e competências, aprofunda e enriquece o debate sobre esta etapa da vida (ASSIS, 2003). Para o entendimento do bem estar do adolescente o conceito de auto-estima é fundamental, pois a auto-estima exerce importante influência no comportamento e nas vivências do indivíduo.

A auto-estima é o juízo que a pessoa faz de si mesmo. Expressa tanto um sentimento de aprovação quanto de repulsa em relação a própria individualidade. É a partir da auto-estima que o sujeito possui referências de valoração, significância, capacidade e se é bem-sucedido. A auto-estima pode ser acessada através de relatos verbais e de comportamentos observáveis (AVANCI, 2007).

Talvez a variável que mais afeta a participação exitosa de um adolescente com outros em um projeto é a auto-estima. Os adolescentes com baixa auto-estima desenvolvem mecanismos que provavelmente

distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos e dificultam a integração grupal. A auto-estima converte-se em fator de proteção quando positiva e fator de risco quando negativa. A baixa auto-estima relaciona-se com graves fenômenos psíquicos como: depressão, suicídio, sentimentos de inadequação e ansiedade (ASSIS, 2003; COSTA, 2000).

De acordo com Ritzel; Feijó em 2008, nenhum modelo é melhor que a prevenção. Prevenção que significa educar para a saúde. Os projetos de extensão universitária representam, na essência do termo, a projeção que a instituição, de forma geral, e os componentes desta, de forma individual, estabelecem com o meio social onde estão inseridos, instaurando um ciclo de retro alimentação, teoricamente positivo, que justificaria a existência da Universidade na sociedade.

Para estas autoras, não se conceitua a Universidade que não exerça o seu papel transformador. Esta é a função da extensão universitária. Os projetos de extensão, quando bem aplicados serão o *feedback* que os cursos terão para confirmar se os avanços técnicos desenvolvidos dentro dos projetos de pesquisa nas suas salas poderão servir para trazer mudanças numa comunidade que deixa de ser meio de ensino para se transformar no objetivo da existência do curso, e assim usufruir dos resultados de projetos que deixam de ser sectários, fragmentados e estéreis, para se tornarem integrais e efetivos.

Metodologia

O desenvolvimento deste projeto de extensão foi uma iniciativa do Deptº de Fisioterapia em parceria com o Deptº de Clínica e Odontologia Preventiva, ambos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/CCS/UFPE sob número de protocolo 401/11 e CAAE 0387.0.172.000-11. As ações foram desenvolvidas na Escola Maciel Pinheiro, uma escola da Rede Estadual de Ensino Público, situada na Praça Professor Barreto Campelo s/n, Torre, Recife, PE.

Participaram da ação aproximadamente 300 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 12-18 anos, cujos pais ou responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Aproximadamente 40 pais ou responsáveis e os professores, bem como os gestores das escolas participaram das ações.

Os procedimentos desenvolvidos compreenderam a atuação da fisioterapia, odontologia, psicologia, nutrição e farmácia.

Procedimentos fisioterapêuticos

A atuação da fisioterapia compreendeu inicialmente de uma avaliação e orientação ergonômica e postural. Em um segundo momento o tratamento dos desvios posturais encontrados, conforme a indicação.

Avaliação Postural

Foi realizado o registro fotográfico, com o paciente na postura de pé (frontal, de costas e perfil direito e esquerdo), através uma máquina Câmera Digital Sony W330 - 14.1 megapixels - ZOOM 4X, posicionada a uma altura de um metro, a uma distância de dois metros do paciente. A avaliação das alterações foi realizada através do Sistema Fisiometer de Avaliação (Software Biométrico de Avaliação Postural) – Posturograma 3.0. O adolescente era solicitado a ficar relaxado e as fotos foram registradas nas posturas acima citadas.

Para tal procedimento utilizou-se roupa de banho para uso de etiquetas nas regiões dos ombros, conforme instrução do manual do Fisiometer. As imagens obtidas foram processadas pelo programa Fisiometer e os resultados numéricos foram tabulados no Microsoft Office Excel 2007. O registro das fotos foi feito individualmente.

Avaliação Postural durante Atividades

Foi realizada uma avaliação, através de formulário elaborado pela equipe de fisioterapeutas, a respeito de posturas adotadas durante algumas atividades, como: forma que transporta o material escolar; postura adotada na sala de aula, assistindo TV, jogando videogame ou no computador; tempo gasto nessas atividades entre outras.

Avaliação dos Sintomas

Para avaliar a sintomatologia dolorosa foi utilizado o Diagrama de Corlett e Bishop (1976), onde o aluno quantificava de 0 a 10 a intensidade o sintoma, além de marcar a região acometida.

Tratamento dos desvios posturais

Os adolescentes que foram identificados com algum desvio postural receberam tratamento fisioterapêutico duas vezes por semana por 30 minutos. Os horários de atendimento foram estabelecidos conforme a dinâmica da equipe e da escola, viabilizando o atendimento aos alunos que estudam em todos os turnos.

O atendimento consistiu em técnicas que podiam ser reproduzidas em casa pelos adolescentes. Foram utilizados alongamentos, fortalecimentos, treino proprioceptivo, equilíbrio e coordenação.

Procedimentos odontológicos

A atuação da odontologia consistiu em duas etapas educativas, preventivas e curativas. Foram realizados exames clínicos e tratamento curativo, conforme a indicação.

Exame Clínico bucal

Todos os adolescentes passaram por um exame clínico bucal inicial para a detecção dos principais agravos à saúde do adolescente (cárie dentária, doença periodontal, erosões dentais, bruxismo e traumatismo dentário). Cada adolescente teve sua condição bucal anotada em uma ficha clínica e também passou por uma avaliação de hábitos e comportamentos alimentares.

O exame clínico constitui-se do exame extra-bucal, do exame da mucosa bucal, exame da dentição permanente, avaliação das erosões, considerando a presença e localização das lesões.

Os critérios para as lesões avaliadas foram:

- Índice CPO-D; Alterações nos tecidos moles bucais: mucosites, queilites, hipertrofia de glândulas

salivares e outras lesões; Para a avaliação das gengivites são utilizados o Índice de Placa Visível e Índice de Sangramento Gengival (ISG).

- Exame radiográfico

Atendimento Clínico Odontológico

O atendimento clínico curativo seguiu a seguinte sequência:

a) Cuidados emergenciais:

- Alívio da dor – Restaurações com cimentos de ionômero de vidro, vernizes fluoretados, tratamento endodôntico.

b) Cuidado pré-restaurador (ou adequação de meio);

c) Melhora da estética:

- Restaurações;
- Preservação.
- Educação do paciente:
 - Conhecimento sobre sua situação de saúde bucal
 - O aconselhamento dietético
 - Recomendações aos pacientes com erosões dentais (utilização de cremes dentais com alta concentração de flúor e com baixa abrasividade, bochechos com substâncias neutralizadoras da acidez, uso de soluções neutras de flúor a 0,05%)
- Bruxismo - confecção de placas miorelaxantes.

Atividades Educativas e de promoção de saúde

Os adolescentes, seus responsáveis e professores eram convidados a participar de palestras ou grupos de discussão sobre temas relacionados à saúde bucal do jovem e saúde geral. Todos receberam uma cartilha educativa sobre os temas abordados, que foi desenvolvida especialmente para eles.

Acompanhamento psicológico

A atuação psicológica focou em um programa de fortalecimento da auto-estima. Consistiu de três etapas: rastreamento da situação dos alunos em relação à auto-estima, programa de fortalecimento da auto-estima, verificação dos resultados. Na percepção de agravos psicológicos o adolescente foi encaminhado para o serviço de saúde público mais próximo de sua casa.

Rastreamento da auto-estima

O diagnóstico da auto-estima foi realizado através da escala de auto-estima de Rosenberg (1956/1989) validada para adolescentes moradores de áreas urbanas (25). A escala citada é tipo Likert, constituída por dez questões fechadas, com as seguintes opções de resposta concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente, onde cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos. Quanto maior o escore, maior o “nível” da auto-estima.

Programa de fortalecimento da auto-estima

O programa de fortalecimento da auto-estima foi conduzido por uma psicóloga e alunos do curso de Psicologia na própria escola dos participantes. O programa foi constituído de palestras, vídeos, jogos e resolução de situações problemas através das técnicas de encenação.

Educação Nutricional

Para a abordagem nutricional optou-se por uma dinâmica, na qual os adolescentes, junto com os professores, identificavam os alimentos benéficos e maléficos à saúde, em segunda a seleção dos alimentos era debatida entre os participantes, possibilitando a avaliação da aprendizagem.

Os adolescentes realizaram uma avaliação antropométrica para mensurar o peso (Kg), altura (m) onde foi calculado o índice de massa corpórea. Utilizamos uma balança digital ultra portátil com capacidade para 150Kg, modelo W602 – WISO e um estadiômetro de parede modelo “I” de alumínio com dois metros. Para a obtenção da prega cutânea tricipital e subescapular foi utilizado o adipometro.

Para a classificação do estado nutricional foram utilizadas as recomendações da OMS, baseadas em informações científicas sobre aumento do risco de morbidade e mortalidade. Assim, o ponto de corte utilizado para classificar o estado nutricional do adolescente foi: IMC < P5 baixo peso, $\geq$ P5 e < P85 eutrófico, $\geq$ P85 e < 95 sobrepeso, $\geq$ 95 obesidade.

As atividades de educação nutricional para os pais e professores foram realizadas em um único encontro com a aplicação de um questionário para identificar os conhecimentos dos pais e professores sobre nutrição e alimentação saudável e, como eles repassam esses conhecimentos para seus filhos e alunos, respectivamente.

Após a aplicação do questionário foi realizada uma palestra de incentivo à formação de bons hábitos alimentares abordando temas como as consequências negativas de uma alimentação inadequada; obesidade e desnutrição na adolescência; transição nutricional; recomendações à prevenção da obesidade em adolescentes; distribuição dos grupos de alimentos na alimentação diária: pirâmide alimentar; dicas nutricionais para tornar a refeição um momento saudável e o papel da família e da escola na alimentação dos adolescentes.

Atuação de farmácia

A equipe de farmácia utilizou-se de uma estratégia educacional para promoção do uso racional de medicamentos. Foi realizado um jogo teatral, por se adequar à construção do conhecimento de forma crítica pelo público adolescente.

O jogo teatral proposto foi construído a partir do método desenvolvido por Spolin em 2008, baseado em problemas a serem solucionados pelos adolescentes participantes, estruturado nas regras do jogo, que incluem a estrutura dramática - onde/ quem/o quê - e o foco.

Os problemas determinarão o foco. Este é um problema essencial para o jogo que pode ser solucionado pelos participantes. E é ele que colocará o jogo em movimento, contudo não é o objetivo do jogo. Todos se tornam parceiros ao convergir para o mesmo problema a partir de diferentes pontos de vista.

Os participantes devem ser divididos em dois times: sujeitos que jogam e sujeitos que observam. Este procedimento leva o aluno a transitar por um binômio fundamental da atividade teatral: atores e platéia.

O jogo teatral construído foi composto por 04 cenários: uma praça, um quarto de adolescente, um consultório médico e uma farmácia. Os personagens criados foram os seguintes: duas adolescentes, um ambulante (vendedor de “remédios naturais”), um balconista de farmácia, um médico e um farmacêutico.

O enredo desenvolvido foi versátil, permitindo a mudança na ordem das cenas e no desfecho de acordo com as escolhas dos adolescentes.

Na primeira cena, o ambulante aparece na praça e apresenta o produto “kura tudo” através dos argumentos promocionais “Leve 03 e pague 01 por R\$ 1,99” e do argumento publicitário fazendo a relação do uso do medicamento com a beleza, demonstrado por imagens de pessoas famosas. Em seguida, aparecem duas adolescentes, onde uma delas simulará uma dor na barriga e a outra pedirá ajuda à plateia de adolescentes.

A partir do final desta primeira cena, os estudantes adolescentes deverão decidir, espontaneamente, mas em consenso, qual a melhor escolha a fazer e conduzir as cenas seguintes. Há muitas alternativas simuladas no cenário: alguns caixas de medicamentos no domicílio, um consultório médico, uma farmácia, um camelô vendendo “remédio natural”. Para cada alternativa escolhida, existirá um desfecho específico que está relacionado com a função do personagem escolhido.

Assim, o ambulante tinha como único objetivo obter lucros com a venda do “remédio caseiro “Kura Tudo”; a farmacêutica possuía a função de aconselhar e encaminhar o adolescente para o profissional habilitado (médico) e de orientar o uso de medicamentos genéricos; a balconista tinha função de fazer vendas de todos os medicamentos disponíveis sem prescrição médica, induzir o uso de outros medicamentos “empurroterapia” e a trocar os medicamentos prescritos pela médica. E por fim, a médica que tinha como objetivo a prescrição do medicamento correto para resolver o problema do adolescente.

Como é destacado por Silva em 2006, o educador pode perceber traços da personalidade do aluno, seu comportamento individual e em grupo, traços de seu desenvolvimento por meio de sua prática do teatro. Neste contexto, este material educativo proposto poderá ser uma valiosa estratégia pedagógica para abordar o uso de medicamentos pelos adolescentes.

Resultados e discussão

A ação educativa e interativa junto à escola apresentou resultados satisfatórios e viabilizou a identificação das principais necessidades dos professores em abordar temas como sexualidade, gravidez na adolescência, uso de drogas e alimentação saudável. A boa receptividade da ação alcançada desde o início das ações, quando foi utilizada a uma dinâmica para melhor entender necessidade do grupo. Na dinâmica intitulada “Minha Casa”, os professores e funcionários eram solicitados a desenhar sua casa, além de estabelecer conceitos sobre saúde e doença.

Quanto à abordagem fisioterapêutica, foram avaliados 180 adolescentes. Todos apresentaram algum tipo de alteração postural. A escoliose esteve presente em 25% dos alunos, hiperlordose lombar (45%), hiperlordose cervical com anteriorização da cabeça (55%), hipercifose torácica (48%). O segmento corporal com maior queixa dolorosa foi a coluna lombar. Os alunos identificados com mais de uma alteração e com queixa de dor constante realizaram tratamento fisioterapêutico na própria escola e os casos mais delicados foram tratados no Deptº de Fisioterapia/UFPE (n=16). Orientações quanto ao cuidado

com a postura em algumas atividades foram desenvolvidas. Nas atividades em grupo foram utilizadas técnicas de Reeducação Postural e Pilates. Os alunos foram orientados para identificar, em sua residência, hábitos posturais inadequados assumidos por seus familiares, para que as intervenções, hora adotadas na escola, pudessem ser reproduzidas no ambiente doméstico.

Além disso, foi realizada uma investigação sobre queixa de cefaleia. Foram avaliados 120 alunos (72 meninas) em uma escola da rede pública estadual. A idade variou de 10 – 19 ($14 \pm 0,8$ anos). Dos alunos $n=96$ (80%) informaram ter sentido algum tipo de dor na cabeça ao longo da vida, $n=67$ (55,8%) informaram ter sentido o sintoma no último ano, $n=45$ (37,5%) no último mês e $n=18$ (15%) na última semana.

Dos adolescentes com queixa de cefaleia ao longo da vida 62/96 (64,6%) eram meninas e 34/96 (35,4%) meninos, $p=0,0404$. A média de absenteísmo por mês foi de $1 \pm 0,5$ dia/mês. O sintoma que mais incomodou os adolescentes foi náusea (67%), seguido de fotofobia (43%) e fonofobia (23%). Baseado nos critérios diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaleia preencheram os critérios para a migrânea 20/62 (32,2%) meninas e 8/34 (23,5%) meninos, respectivamente. Para cefaleia tipo tensional 42/62 (67,7%) meninas e 26/34 (76,5%) meninos, respectivamente, $p=0,3424$; χ^2 . A qualidade de vida foi prejudicada nos domínios dor e aspectos emocionais. No estudo piloto foi possível observar que as cefaleias primárias são frequentes em adolescentes causando impacto na qualidade de vida.

Uma ação com a equipe de psicologia foi possível identificar uma associação entre adolescentes com cefaleia e depressão. Foram avaliados 117 estudantes (68 meninas) com idade variando entre 11 e 17 anos (14 ± 2 anos). 68,4% Apresentaram cefaleia no último mês e a sintomatologia depressiva foi observada em 96/117 (82,1%) dos alunos [62/68 (91,2%) meninas e 34/49 (69,4%) meninos, $p=0,003$; χ^2].

A presença elevada de adolescentes com cefaleia primária e sintomas depressivos talvez possa estar correlacionada com uma disfunção das vias serotoninérgicas. Os estudos de Chugani e colaboradores (1999) e Anthony (1989) sugerem que a ocorrência desses dois fatores bem como a proximidade existente entre eles se origina de uma produção deficiente de serotonina, neurotransmissor que age no sistema límbico regulando o humor, percepção de dor e sensação de bem-estar. De acordo com os autores, pessoas deprimidas e com queixas de cefaleia apresentam níveis plasmáticos e plaquetários de serotonina diminuídos.

Em meninas, esses eventos podem ser ainda mais evidentes, tendo em vista a maior ação dos hormônios sobre estas, principalmente no período menstrual. Evidências clínicas demonstram que 60% das mulheres que sofrem de enxaqueca relacionam a periodicidade de suas crises com o ciclo menstrual (ALLAIS; BENEDETTO, 2004).

Apesar de não existir ainda um consenso entre os autores quanto a esses mecanismos envolvidos na interação entre as cefaleias primárias e os sintomas depressivos, muitos artigos têm mostrado que essa correlação existe.

Quanto ao estado nutricional de adolescente 15% apresentaram baixo peso, 64% eram eutróficos, 13% apresentavam sobrepeso e 8% eram obesos.

Em relação aos hábitos e comportamentos alimentares 128 adolescentes (88 meninas), com idade entre 10 e 19 anos responderam questionários específicos. Para avaliar os hábitos e costumes alimentares foi utilizado um diário alimentar composto por questões que avaliam as preferências e aversões alimentares segundo seis grupos alimentares: Grupo1 - cereais, pães, tubérculos e raízes; Grupo2 - hortaliças e leguminosas; Grupo3 - frutas; Grupo4 - carnes e ovos; Grupo5 - leite e produtos lácteos; Grupo6 – óleos,

gorduras, açúcares e doces. Não houve diferença estatística entre gênero e queixa de cefaleia [81 (92%) meninas e 35 (87,5%) meninos, $p=0,514$]. Dentre os grupos de alimentos que mais gosta houve associação entre os do grupo 5 com queixa de cefaleia ($p=0,016$). O consumo de alimentos como leite e produtos lácteos desencadeou crises de cefaleia entre os adolescentes estudados.

Além disso, o consumo de determinados alimentos e o comportamento alimentar exercem uma grande importância no desencadeamento das crises de cefaleia, porém poucos estudos têm associado à relação entre os hábitos e comportamentos alimentares com a cefaleia em adolescentes. Assim, verificamos a associação entre os hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com a presença de cefaleia numa amostra de 128 adolescentes.

O sexo feminino foi predominante com 68,8% da amostra e 90,6% dos adolescentes queixaram-se de cefaleia; aproximadamente 3/4 (75,8%) utilizava medicação; um pouco menos da metade (44,5%) afirmou ter absenteísmo escolar devido à cefaleia.

Os dois grupos alimentares com percentuais mais baixos nos que mais gostam corresponderam aos grupos 2 (24,2%) e grupo 5 (57,8%) e os percentuais dos demais grupos variaram de 71,9% (Grupo 1) a 83,6% (Grupo 6). Dos alimentos que menos gosta os mais citados foram: 2 (55,5%) e 4 (39,8%) e os percentuais dos demais grupos variaram de 5,5% a 14,8%. A baixa porcentagem para os alimentos do grupo 2 (legumes e hortaliças) como alimento que mais gosta a alta porcentagem desse mesmo grupo como alimento que menos gosta, nos remete a uma preocupante relação estabelecida em pesquisa que o consumo de frutas e verduras se encontra associado à prática de esportes e outros hábitos que melhoram a condição de vida do adolescente. Enquanto o maior consumo de frituras e salgadinhos encontra-se atrelado a hábitos como assistir a televisão.

Aman-Back e colaboradores em sua pesquisa, a qual envolveu 773 indivíduos dentro da faixa etária de 10-14 anos de idade, determinou que adolescentes do sexo feminino relatam maior número de episódios de dores de cabeça. Correlacionando os grupos alimentares que mais gosta e que menos gosta com a cefaleia é possível destacar que: os percentuais com cefaleia foram menos elevados entre os pesquisados que responderam não nos grupos 1, 3 e 4 e o contrário ocorreu nos grupos 2, 5 e 6 que tiveram percentuais mais elevados com cefaleia entre os que responderam sim; o grupo 5 foi o único com associação significativa com a ocorrência de cefaleia e para este grupo se destaca que o percentual foi 95,9% entre os que responderam sim e foi 83,3% entre os responderam não.

O estudo da existência/identificação de alimentos os quais servem como gatilho a ocorrência de cefaleia não é incomum no meio científico (Wöber et al, 2006). O fato de os alimentos do grupo 5 (Leite, iogurte e queijos) apresentarem essa correlação não é uma surpresa, uma vez que outros estudos já apontaram para a possível associação existente entre os diversos alimentos presentes nesse grupo e a maior frequência de episódios de cefaleia.

A equipe de saúde bucal encontrou nas avaliações alterações como cárie dentária, placa visível e sangramento gengival, utilizando os índices padronizados (CPO-D, IPV e ISG) e realizou tratamento preventivo para as alterações identificadas, incluindo DTM. Adolescentes que necessitaram de intervenções mais invasivas ($n=15$) foram encaminhados para a Clínica de Odontologia Preventiva/UFPE.

Além disso, foi realizada a investigação de cefaleia. Foram avaliados 120 alunos (72 meninas) em uma escola da rede pública estadual. A idade variou de 10 – 19 ($14 \pm 0,8$ anos). Baseado nos critérios diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaleia preencheram os critérios para a migrânea 20/62 (32,2%) meninas e 8/34 (23,5%) meninos, respectivamente. Para cefaleia tipo tensional 42/62 (67,7%)

meninas e 26/34 (76,5%) meninos, respectivamente, $p=0,3424$; c^2 . A qualidade de vida foi prejudicada nos domínios dor e aspectos emocionais. No estudo piloto foi possível observar que as cefaleias primárias são frequentes na população estudada causando impacto na qualidade de vida. Diante destes resultados, algumas ações foram realizadas objetivando a conscientização e identificação de possíveis fatores que podem desencadear cefaleia.

Em relação à abordagem realizada pela equipe de farmácia, 80% dos adolescentes compreenderam o contexto do enredo, segundo questionário aplicado ao final da encenação. Após o jogo teatral, foram observadas atitudes racionais como procurar pelo profissional médico e recusar a indução da compra de medicamentos realizados pela balconista da drogaria. Quanto ao uso irracional foi observada uma situação: a compra do “remédio natural” oferecido pelo ambulante.

Além disso, foram observados comportamentos preocupantes como: a não conferência do prazo de validade dos medicamentos adquiridos, o interesse pelas peças publicitárias de medicamentos, a não leitura da bula, e o desconhecimento sobre o medicamento genérico. 142 alunos com idade entre 11 a 17 anos responderam o questionário. De acordo esses estudantes, existiam crianças na maioria das residências (60%) e quase a totalidade dos domicílios (94%) possuíam uma farmácia caseira. Esse resultado evidencia a necessidade de um cuidado mais intensivo por parte dos adultos responsáveis pela casa quanto ao local de armazenagem e descarte dos medicamentos. As famílias guardavam os medicamentos em vários cômodos da casa: quarto (50%), cozinha (26%), a sala (15%) e banheiro (13%). A percepção dos adolescentes quanto às condições de temperatura e umidade do local de armazenamento foi um dado preocupante. Apesar de 38% dos locais citados nos questionários fossem quentes e úmidos (cozinha e banheiro, respectivamente), apenas 8% dos adolescentes associaram essas condições adversas a esses locais de armazenamento.

Em relação à segurança, 59% dos locais foram relatados como fora do alcance das crianças e 61% das famílias observavam a data de validade dos medicamentos. 64% das famílias demonstraram cuidado ao guardarem os produtos na sua embalagem original.

Em relação ao descarte dos medicamentos vencidos, 53% das famílias jogavam no lixo doméstico sem nenhum cuidado adicional, 6,8% jogavam no lixo doméstico em saco plástico separado, 5,5% descartavam no esgoto sanitário (pia ou vaso sanitário) e apenas 2,7% das famílias entregavam os produtos vencidos no posto de saúde para descarte apropriado e os demais não souberam responder.

Através da avaliação antropométrica, realizada por examinadores das áreas de nutrição e fisioterapia foi possível traçar um perfil do estado de saúde do jovem e a predisposição que ele pode apresentar a patologias prevalentes na população jovem e adulta do Brasil, como a obesidade, a diabetes e a hipertensão. Participaram do estudo 128 adolescentes (88 meninas), com idade entre 10 e 19 anos. Para avaliar os hábitos e costumes alimentares foi utilizado um diário alimentar composto por questões que avaliam as preferências e aversões alimentares segundo seis grupos alimentares: Grupo1 - cereais, pães, tubérculos e raízes; Grupo2 - hortaliças e leguminosas; Grupo3 - frutas; Grupo4 - carnes e ovos; Grupo5 - leite e produtos lácteos; Grupo6 – óleos, gorduras, açúcares e doces. Não houve diferença estatística entre gênero e queixa de cefaleia [81 (92%) meninas e 35 (87,5%) meninos, $p=0,514$]. Dentre os grupos de alimentos que mais gosta houve associação entre os do grupo5 com queixa de cefaleia ($p=0,016$). O consumo de alimentos como leite e produtos lácteos desencadeou crises de cefaleia entre os adolescentes estudados.

Os dados colhidos neste projeto apresentaram desdobramentos relevantes como dois trabalhos de conclusão de curso, seis iniciações científicas, cinco dissertações, além de receber o prêmio Eliova Zukerman de melhor trabalho de jovem cientista no Congresso Brasileiro de Cefaleia “Frequência de cefaleia em

adolescentes com sintomas de transtorno alimentar” e uma menção honrosa no Simpósio sobre o Cérebro pelo trabalho “Validação e adaptação transcultural de questionário de avaliação da qualidade de vida em adolescentes com cefaléia”.

Considerações finais

As intervenções aqui propostas oportunizou aos adolescentes acesso à tratamentos especializados, conhecimento sobre os cuidados com a saúde física, bucal e mental, além da importância do uso racional de medicamentos. Os pais ou responsáveis e professores também foram beneficiados, uma vez que, também receberam orientações sobre os cuidados com a saúde do adolescente.

A abordagem interdisciplinar permitiu a compreensão do adolescente de maneira integral e a realização desde projeto possibilitou aos alunos vivenciar o atendimento na comunidade, correlacionando o conhecimento teórico-prático em uma abordagem preventiva, curativa e educativa.

Este projeto teve início em 2011 e já foi renovado em 2012 e 2013, demonstrando relevância e boa aceitação. Tal fato levou a aprovação da proposta no edital de interiorização e esta sendo desenvolvido também no CAV/UFPE, sob a coordenação de outro membro do grupo.

Embora os resultados obtidos neste trabalho tenham sido positivos e esclarecedores, outros aspectos como o impacto da cefaléia na qualidade de vida desses adolescentes e o uso irracional de medicamentos por esta população devem ser investigados mais profundamente.

Referências

- ASSIS, S.G. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 8, n. 3, p. 669-680, 2003.
- AVANCI, J.Q. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.
- BECKER, D. O que é adolescência. São Paulo: Editora Brasiliense; 2003.
- BOROWSKY, I.W; IRELAND, M. Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatrics*. v. 107, n.1, p. 485-493, 2001.
- BRANCO, L.M; CINTRA, I.P; FIBERG, M. Adolescente gordo ou magro: realidade ou fantasia? *Nutrição Brasil*. v. 5, n. 4, p.189-194, 2006.
- CAMPOS, J.A.D.B. Confiabilidade de um formulário para diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter*. v. 13, n.1, p.38-43, 2009.
- CARRANO, P.; PEREGRINO, M. Jovens e escola: compartilhando territórios e sentidos de presença. In: Observatório da educação e da juventude A escola e o mundo juvenil: experiências e reflexões. São Paulo: Ação Educativa; 2003. p. 12-21.
- CONTI, M.A; FRUTUOSO, M.F.P; GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*. v.18, n. 4, p. 491-497, 2005.
- COSTA, A.C.G. Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht; 2000.
- CORLETT, E.N; BISHOP, R.P. A technique for assessing postural discomfort. *Ergonomics*. 1976.
- FEIJÓ, R.B; OLIVEIRA, E.A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. v. 77. n. 2, p. 125-134, 2001.
- GASPARINI, S.M; BARRETO, S.M; ASSUNÇÃO, A.A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*. v. 31,n. 2, 2005.
- GONÇALVES, G.H; PEREIRA, P.H; PRADO, D.C.S. Prevalência de sintomas de desordens temporomandibular. *Revista do Serviço ATM*. v.3, n. 1, p. 30-33, 2003.
- JOHNSTON, F.E; PHYSICAL, GROWTH. Development and nutritional status: epidemiological considerations. *Fed Proc*. v. 40, n.1, p. 2583-2587, 1981.
- MACKENZIE, R.G. Jóvenes en riesgo. In: Medicina del Adolescente. Buenos Aires: Panamericana; 1994. p. 272-79.
- MARSHALL, W.A. Puberty. In: FALKNER, F.; TANNER, J.M, editors. Human growth New York: Plenum Press; 1978. p. 634-45.
- MARSHALL, E.A, TANNER, J.M. Growth and physiological development during adolescence. *Ann Rev Med*. v. 9, n.1, p. 283-300,1975.
- MUTSCHELE, M.S. Problemas de aprendizagem da criança: causas físicas, sensoriais, neurológicas, emocionais, sociais e ambientais. São Paulo: Loyola; 1994.
- OUTEIRAL, J. O adolescer: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1994.
- PARTENERSHIP FOR A DRUG-FREE AMERICA. Cause for Concern: National Study Shows Reverse in Decade-Long Declines in Teen Abuse of Drugs and Alcohol.

- RITZEL, I.F; FEIJÓ, M.A. Saúde Bucal no Adolescente: uma questão a ser pensada. Conversas interdisciplinares. revista de divulgação científica da ULBRA/TORRES. v.1, n.1, 2008.
- ROOT, N.A; POWERS, P.S. Anorexia nervosa presenting as growth retardation in adolescence. J Adolescent Health Care. v. 4, n.1, p. 25-30, 1983.
- ROSENBLATT, A. Dor miofacial e ruídos articulares em adolescentes. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. v. 6, n. 3, p.63-68, 2006.
- SILVA, C.C. O fazer teatral e sua relação com educação. Revista Solta a Voz. v. 17, n. 2, 2006.
- SIQUEIRA, R.G; OLIVEIRA, A.B.; VIEIRA, R.A.G. Inadequação ergonômica e desconforto das salas de aula em instituição de ensino superior do Recife-PE. Rbps.v. 21,n. 1, p.19-28, 2008.
- SPOLIN, V. Jogos teatrais na sala de aula: um manual para professor. São Paulo: Perspectiva; 2008.
- XIMENES, R; COUTO, G; SOUGEY, E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. Int J Eat Disord. v. 43, n. 1, p. 59-64, 2010.

PROJETO ADOLESCER VITÓRIA UFPE INTERIORIZAÇÃO: A SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ESCOLA

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Doutora em Neuropsiquiatria e

Ciências do Comportamento – UFPE

Professora Adjunta de Anatomia - UFPE

Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão – UFPE

Núcleo de Enfermagem

rosanaximenes@gmail.com

Rafael Danyllo da Silva Miguel

Graduando em Licenciatura em Ciências Biológicas – UFPE

Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão – UFPE

r-danyllo@hotmail.com

Rodrigo César Alves de Lima

Mestrando em Neuropsiquiatria e

Ciências do Comportamento – UFPE

Centro de Ciências da Saúde – UFPE

rodrigolima02@hotmail.com

Daniella Araújo de Oliveira

Doutora em Neuropsiquiatria e

Ciências do Comportamento – UFPE

Professora Adjunta de Fisioterapia – UFPE

Centro de Ciências da Saúde – UFPE

Departamento de Fisioterapia

sabino_daniella@ig.com.br

Resumo

Projetos de extensão são o meio pelo qual a universidade estabelece uma relação com a sociedade. A escola é um ambiente favorável para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, identificando as condições orgânicas gerais e hábitos do adolescente, bem como elaborando planejamento de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos alunos. O objetivo deste projeto foi contemplar a prevenção de agravos à saúde do adolescente, contribuindo com seu desenvolvimento numa abordagem interdisciplinar. Foi desenvolvido em uma escola pública estadual, em Vitória de Santo Antão. Baseado na

interdisciplinaridade destacam-se em seu conteúdo a investigação de hábitos posturais inadequados, estado nutricional e saúde mental; avaliação da saúde bucal; dentre outros. A interação universidade-comunidade propicia uma troca entre alunos de graduação e comunidade, confirmando se os avanços técnicos e científicos aprendidos nas salas de aula podem trazer mudanças e desenvolvimento para a sociedade.

Palavras-Chave: adolescentes – interdisciplinaridade – saúde

Abstract

Extension projects are the way by which the university establishes a relationship with the society. The school is a favorable environment for the development of actions in health education, identifying general organic conditions and habits of adolescents and developing planning of actions for the promotion, protection and recovery of students' health. The objective of this project was to include the prevention of adolescent health problems, contributing to their development in an interdisciplinary approach. It was developed in a public school in Vitória de Santo Antão. Based on interdisciplinarity, the highlighted subjects are the investigation of inadequate postural habits, nutritional status and mental health, oral health evaluation; among others. The university-community interaction provides an exchange between graduate students and the community, confirming if the technical and scientific advances learned in the classroom can bring changes and development for society.

Palavras: adolescents – interdisciplinarity – health

Introdução e Objetivos

A adolescência é uma fase de transição entre o “ser criança” e o “ser adulto”. Nesta fase, o jovem começa a largar sua dependência dos pais e assumir certas responsabilidades que antes não faziam parte de sua vida cotidiana.

Ao entrar na adolescência, os jovens começam a adquirir atividades sociais em casa, na escola e nas ruas, atividades estas que eles não possuíam antes. Além disso, a sociedade começa a impor deveres e leis que devem ser cumpridas por estes jovens e que, praticamente, não eram cobradas durante a infância. Somados a estas mudanças sociais, inicia-se a puberdade (conjunto de alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes na adolescência) que causa a inclusão dos caracteres sexuais secundários nos corpos dos jovens.

Todas estas bagagens anatômicas, fisiológicas e sociais acabam fazendo com que os adolescentes não saibam onde se incluir. Com isso, eles passam a ir de encontro aos pais, parentes e amigos, e buscam formas de se desconectar do meio em que vivem. Para tal, eles fazem novas amizades, buscam grupos sociais para se incluírem, experimentam coisas novas e mudam seus estilos de vida. Alguns destes jovens sentirão vontade de experimentar o sexo, drogas, jogos novos, redes sociais, entre outras coisas que lhes ajudem a se “situar” neste novo mundo imposto a eles.

Nessa fase é quando culminam algumas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez, problemas de relações entre pais e filhos ou entre professores e alunos, alguns se identificam como sendo homossexuais, outros ficam depressivos, estressados, desenvolvem quadros anoréxicos ou bulímicos, que podem agravar ainda mais os problemas que ocorrem normalmente na adolescência.

Tendo em vista essas dificuldades, o projeto **ADOLESCER: aprendendo a ser um adolescente saudável**, levou aos alunos de uma escola estadual localizada no Município de Vitória de Santo Antão, durante o período de um ano, palestras, dinâmicas e debates que ajudaram os alunos na faixa etária de 10-17 anos, em média, a compreender o funcionamento do seu corpo, bem como os riscos à saúde que eles estavam mais sujeitos durante a adolescência.

Marco Teórico

As mudanças biológicas que acontecem durante a adolescência decorrente das ações hormonais constituem a puberdade (MARSHALL, 1978). Desde 1978, Marshall utiliza esse termo para designar todas as mudanças morfológicas e fisiológicas que ocorrem no adolescente, marcando a fase de transição do estado infantil para o estado adulto. As alterações podem ocorrer em ritmos e proporções diferentes entre indivíduos de um mesmo sexo ou não; no entanto a ordem em que esses eventos ocorrem é relativamente a mesma (MARSHALL e TANNER, 1975).

A avaliação das posturas corporais no ambiente escolar permite a identificação e tratamento precoce dos desequilíbrios musculoesqueléticos e principalmente a remoção dos fatores de risco, que abrangem principalmente a utilização de um mobiliário ergonomicamente inadequado para o aluno (SIQUEIRA *et al.*, 2008). As alterações da biomecânica corporal do adolescente afetam, além da coluna vertebral e membros, a articulação temporomandibular (GONÇALVES, 2003). A variabilidade do comprometimento na qualidade de vida, de pessoas com distúrbios temporomandibulares, depende da intensidade destas alterações. Dessa forma, o indivíduo pode apresentar uma incapacidade parcial e/ou total para realizar suas atividades diárias (ROSENBLATT, 2006).

Muitos fatores estão associados ao processo de crescimento e maturação sexual. Os fatores genéticos são, em grande parte, os responsáveis pela variação individual dos fenômenos pubertários. Para que o adolescente possa alcançar a expressão máxima de seu potencial genético, é importante que os fatores ambientais sejam favoráveis, havendo um destaque da nutrição nesse processo (CARRASCOSA e GUNSINYE, 1998).

Cerca de 50% do peso e 20-25% da estatura de um indivíduo são adquiridos na adolescência, e o papel da nutrição em nível populacional serve como determinante altamente significativo da variabilidade desse processo (JOHNSTON, 1981). A secreção dos hormônios gonadais pode ser inibida por quantidades insuficientes de nutrientes, retardando o início do desenvolvimento da puberdade, o que pode comprometer o ganho de estatura (ROOT e POWERS, 1983).

Em relação à saúde bucal, é exatamente neste período da vida, onde ocorrem tantas mudanças, que as doenças gengivais e cáries evoluem, promovendo, quando adultos, as perdas dentárias. Essa perda pode dificultar o indivíduo na inclusão social, uma vez que existe um alto custo para o tratamento dos dentes, e o serviço público não dá conta de todos os atendimentos, tanto de atenção individual como coletivo (RITZEL e FEIJÓ, 2008; XIMENES; COUTO; SOUGEY, 2010). No momento, o que se coloca frente à expectativa do estudo da cavidade bucal com adolescentes é a intenção de entender as relações existentes

no processo adollescer *versus* saúde oral, observando comportamentos e relações numa visão social num determinado ambiente, ou seja, um universo social, onde interage e é influenciado por fatores inerentes a ele e já constituídos em si mesmo a socialização (OUTEIRAL, 1994).

O estudo do sentimento que o adolescente tem de si mesmo, a partir de seus valores e competências, aprofunda e enriquece o debate sobre esta etapa da vida (ASSIS, 2003). Para o entendimento do bem estar do adolescente o conceito de autoestima é fundamental, pois a autoestima exerce importante influência no comportamento e nas vivências do indivíduo.

A autoestima é o juízo que a pessoa faz de si mesmo. Expressa tanto um sentimento de aprovação quanto de repulsa em relação à própria individualidade. É a partir da autoestima que o sujeito possui referências de valoração, significância, capacidade e se é bem-sucedido. Ela pode ser acessada através de relatos verbais e de comportamentos observáveis (AVANCI, 2007). Talvez seja a variável que mais afeta a participação exitosa de um adolescente com outros em um projeto. Os adolescentes com baixa autoestima desenvolvem mecanismos que provavelmente distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos e dificultam a integração grupal (COSTA, 2000).

Considerando as peculiaridades culturais e sociais, é fundamental a investigação de características específicas ou regionais das populações de adolescentes, como sintomatologia depressiva, ideação e comportamento suicida, ansiedade, transtorno de personalidade, comportamento de atuação (*acting out*) e crise de identidade sexual (MACKENZIE, 1994). Questionamentos sobre autoestima do adolescente, seus planos de futuro e seus sentimentos em relação à sua própria vida são elementos fundamentais subsidiam a suspeita diagnóstica (FEIJÓ e OLIVEIRA, 2001). Em grande parte dos casos, muitos aspectos do comportamento do jovem apresentarão características em comum, tais como distúrbios de sono, de apetite, sentimentos de culpa e pessimismo, envolvimento com atos de violência, abuso de álcool e drogas ilícitas e diminuição da sociabilidade (BOROWSKY, 2001).

A adolescência também se apresenta como um período de novas sensações e experiências, antes completamente desconhecidas e, por este motivo, é uma fase, por excelência, de risco em relação ao uso de substâncias psicoativas ou não, podendo haver danos eventualmente associados (BECKER, 2003).

Segundo Funghetto e Pereira (2006), muitos medicamentos podem ser utilizados como drogas de abuso quando utilizados com fins diversos de tratar, prevenir ou diagnosticar doenças, caracterizando-se, então, o uso abusivo.

Um levantamento realizado pela organização *Partnership for a Drug-Free America* (2010) constatou que adolescentes fazem o uso abusivo de medicamentos, tanto os de venda sobre prescrição médica quanto os de medicamentos livres de prescrição. Estimou-se que 01 (um) em cada 05 (cinco) adolescentes já fez alguma vez na vida o uso abusivo de medicamentos com prescrição médica. Na faixa de 12 a 17 anos, o abuso destes produtos pode ser maior do que o uso de *ecstasy*, *crack*, cocaína e heroína. Os medicamentos mais consumidos (60%) são aqueles com substâncias analgésicas.

Assim, uma abordagem interdisciplinar, é de grande importância para atender e conhecer melhor as alterações para que possibilite intervenções específicas e realmente eficazes para a realidade do adolescente, interagindo com toda família e o contexto no qual ele se insere, inclusive a escola. É nesses diversos âmbitos que a atuação profissional deve estar presente, tanto com a presença de profissionais especializados quanto de profissionais em formação, para o crescimento junto com a comunidade escolar.

Metodologia

Este projeto foi aprovado pela Pro-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, na área temática da Saúde, envolvendo atividades de ensino, pesquisa e assistência. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPE.

A presente proposta de projeto de extensão é uma iniciativa do grupo de pesquisa “Comportamentos e Transtornos Alimentares”, registrado no CNPQ, com parceria do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. O projeto foi desenvolvido numa escola da Rede Estadual de Ensino Público, na cidade de Vitória de Santo Antão. Participaram do estudo os adolescentes regularmente matriculados, com o consentimento dos responsáveis, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os adolescentes foram também informados dos propósitos do projeto, de seus riscos e benefícios, e sua participação foi voluntária. Ainda, o adolescente poderia deixar de participar a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum ônus.

Para tal ação, o projeto foi dividido em 03 (três) etapas:

Etapa 1: Realização de ações de diálogo com os professores, pais e alunos para melhor acolhimento e atendimento das necessidades dos adolescentes em relação à saúde geral.

Etapa 2: Palestras sobre as temáticas abordadas

Etapa 3: Intervenções

Resultados e Discussão

Durante o projeto, foi realizada uma reunião com a equipe da escola para que pudesse levantar as principais temáticas a serem tratadas no decorrer do ano letivo. Assim sendo, concluiu-se que os tópicos mais importantes para a vida dos jovens que participariam do projeto eram: sexo e sexualidade, gravidez na adolescência, higiene, uso de drogas, ISTs, alimentação saudável, anorexia e bulimia nervosa, obesidade e primeiros-socorros.

Inicialmente, a equipe do ADOLESCER se apresentou aos alunos no auditório da escola, e por meio de exposição áudio visual, ministrada pelos integrantes do projeto. Foi passado conhecimento acerca dos temas sexo e sexualidade, gravidez na adolescência e ISTs. Nessa primeira intervenção, após os palestrantes exporem as principais ideias do tema, foi aberto um momento de debates onde os alunos de forma direta ou por meio de perguntas escritas realizavam seus questionamentos.

Em uma sondagem prévia, verificou-se que os alunos da escola pouco sabiam sobre os meios de aquisição de infecções sexualmente transmissíveis. Grande parte destes alunos chegou a responder em um questionário aplicado pela equipe ADOLESCER, onde foi observada tal afirmação supracitada, um exemplo foi o “conhecimento” por parte dos alunos de que a AIDs era uma doença que podia ser transmitida através de um aperto de mão, pelo suor ou pelo assento do vaso sanitário. Isso serviu ainda mais para mostrar a importância de se desenvolver a temática IST, tanto para instruir sobre os métodos preventivos como para elucidar sobre as formas de aquisição delas, com a tentativa de maximizar a prevenção e minimizar a raiz do preconceito.

Na temática higiene, os alunos foram submetidos a dinâmicas sobre como escovar os dentes e utilizar o fio dental, para posteriormente se iniciar a exposição oral do tema. Foram explicadas as formas corretas das técnicas de higiene bucal, comprovando que mais da metade as fazia de forma incorreta ou ineficaz para uma manutenção saudável da cavidade oral.

Ademais, na temática alimentação saudável e obesidade, os alunos foram instruídos a elaborar o “prato ideal” para uma alimentação saudável. Baseado nas respostas, o mediador da atividade foi conduzindo a explicação sobre alimentação saudável e as consequências de uma alimentação imprópria. Nesse quesito, as respostas dos adolescentes foram adequadas em sua maioria, esperando que sejam reflexo do seguimento de hábitos saudáveis.

Ao se trabalhar com os temas bulimia e anorexia, os mediadores esclareceram que o que ocorre nestes processos neurológicos são alterações na imagem corporal associadas a um medo mórbido de engordar. Esclareceram ainda sobre a importância dos jovens em buscar ajuda nutricional, psicológica e, se necessário, psiquiátrica para reverter o quadro, uma vez que essas doenças podem matar por inanição.

Durante a palestra sobre primeiros-socorros, a equipe recebeu voluntariamente o auxílio de um bombeiro do estado de Pernambuco que trabalhou os cuidados básicos e a melhor forma de ajudar uma pessoa em casos de acidentes. Foram explanadas noções básicas de atenção primária ao indivíduo com politraumas potenciais. Nessa, bem como nas outras temáticas, os mediadores também trabalharam a temática da inclusão social, uma vez que na escola existem portadores de necessidades especiais inseridos nas turmas regulares, como exige a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, LDB (lei 9.394/1996).

Na palestra referente ao uso de drogas, trabalhou-se o conceito de drogas lícitas e ilícitas. Nessa palestra, o mediador falou do efeito das drogas na vida dos jovens, explicando tanto suas consequências biológicas como sociais. Para isso, foi utilizada a experiência pessoal de alguns destes alunos, que tinham alguns conhecidos usuários de drogas ilícitas, e partindo deste ponto, a equipe foi desenvolvendo o debate, enfocando essa experiência pessoal como exemplo para a melhor tomada de decisão referente a essas drogas, além de outras conclusões pertinentes.

Em todas as palestras, dinâmicas e debates desenvolvidos pelo ADOLESCER, professores universitários, técnicos, graduandos e diversos outros profissionais colaboradores da área da saúde trabalharam em seus campos de saber, para que a informação fosse levada com maior riqueza de detalhes e bem mais atualizada. Ainda, toda a equipe passou por treinamento teórico e estudo dirigido para melhor performance em suas apresentações e maneiras de lidar com os alunos.

A equipe do ADOLESCER conseguiu ainda levar fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, psicólogos e fonoaudiólogos para a escola, que puderam realizar triagens em toda comunidade escolar (professores, pais e alunos) de forma gratuita, para diagnóstico de doenças e, quando necessário, encaminhamento para tratamento nas clínicas escola da UFPE, ou até mesmo orientações quanto à procura de postos de saúde mais próximos de suas residências.

Considerações Finais

O projeto adolescer alcançou seu objetivo com êxito. Ele conseguiu levar aos adolescentes as informações de maior relevância para que esses jovens pudessem passar por esta fase com menor risco à sua saúde e à sua convivência familiar. Ele foi tido pelos professores e alunos como uma ferramenta auxiliar

no processo de ensino e aprendizagem, respeitando a diversidade, inclusão social e saúde do jovem.

A escola é um ambiente favorável para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, identificando as condições orgânicas gerais e hábitos do adolescente e elaborando planejamento de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos alunos, bem como das pessoas de seu convívio.

A atuação nas escolas, através de projetos de extensão universitária, representa, na essência do termo, a projeção que a instituição, de forma geral, e os componentes desta, de forma individual, estabelecem com o meio social onde estão inseridos, instaurando um ciclo de retro alimentação, teoricamente positivo, que justificaria a existência da universidade na sociedade e comprovando que é possível que seja positivo na prática também.

A universidade deve exercer o seu papel transformador. Esta é a função da extensão universitária. Os projetos de extensão, quando bem aplicados serão o *feedback* que os cursos terão para confirmar se os avanços técnicos desenvolvidos dentro dos projetos de pesquisa nas suas salas de aula poderão servir para trazer mudanças numa comunidade que deixa de ser meio de ensino para se transformar no objetivo da existência do curso, e assim usufruir dos resultados de projetos que deixam de ser sectários, fragmentados e estéreis, para se tornarem integrais e efetivos.

Referências

- ASSIS, S. G. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.3, p.669-80, 2003.
- AVANCI, J. Q. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.20, n.3, p.397-405, 2007.
- BECKER, D. *O que é adolescência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2003.
- BOROWSKY, I. W.; IRELAND, M.; RESNICK, D. M. Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatrics*, v.107, p.485-93, 2001.
- CARRASCOSA, A.; GUSSINYÉ, M. Crescimento e mineralização do esqueleto durante a puberdade e a adolescência: regulação nutricional e hormonal. *Adolescência: Anais Nestlé*, p.9-17, 1998.
- COSTA, A. C. G. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.
- FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v.77, n.2, p.125-34, 2001.
- FUNGHETTO, S. S.; PEREIRA, V. M. Discutindo no cotidiano escolar , o papel da educação em saúde, em relação ao uso indevido de medicamentos por adolescentes. *UNICEUB revista on line* [serial on the Internet], v.3, n.2, 2006.
- GONÇALVES, G. H.; PEREIRA, P. H.; PRADO, D. C. S. Prevalência de sintomas de distúrbios temporomandibular. *Revista do Serviço ATM*, v.3, n.1, p.30-33, 2003.
- JOHNSTON, F. E. Physical growth, development and nutritional status: epidemiological considerations. *Fed. Proc.*, v.40, p.2583-87, 1981.
- MACKENZIE, R. G. Jóvenes en riesgo. In: *Medicina del Adolescente*. Buenos Aires: Panamericana, 1994. p.272-279.
- MARSHALL, W. A. PUBERTY. In: FALKNER, F.; TANNER, J. M. *Human growth*. New York: Plenum Press, 1978. p.634-645.
- MARSHALL, E. A.; TANNER J. M. Growth and physiological development during adolescence. *Ann. Rev. Med.*, v.9, p.283-300, 1975.
- OUTEIRAL, J. *O adolescer: estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- PARTENERSHIP FOR A DRUG-FREE AMERICA. *Cause for Concern: National Study Shows Reverse in Decade-Long Declines in Teen Abuse of Drugs and Alcohol*, 2010.
- RITZEL, I. F.; FEIJÓ, M. A. Saúde Bucal no Adolescente: uma questão a ser pensada. *Conversas interdisciplinares. revista de divulgação científica da ULBRA/TORRES*, v.1, n.1, 2008.
- ROOT, N. A.; POWERS P. S. Anorexia nervosa presenting as growth retardation in adolescence. *J. Adolescent Health Care*, v.4, p.25-30, 1983.
- ROSENBLATT, A. Dor miofacial e ruídos articulares em adolescentes. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, v.6, n.3, p.63-68, 2006.
- SIQUEIRA, R. G.; OLIVEIRA, A. B.; VIEIRA R. A. G. Inadequação ergonômica e desconforto das salas de aula em instituição de ensino superior do Recife-PE. *Rbps*, v.21, n.1, p.19-28, 2008.
- XIMENES, R.; COUTO, G.; SOUGEY, E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int. J. Eat Disord*, v.43, n.1, p.59-64, 2010.

PROMOÇÃO À SAÚDE E REDUÇÃO DE PERDAS E DANOS À SAÚDE DO PÚBLICO JOVEM LGBT: RELATO DE EXTENSIONISTAS

Natália Oliveira de Freitas¹,
Juciara Karla de Souza Lima²,
Mayara Inácio de Oliveira³,
Ana monalisa ferreira merces⁴,
João Ricardhis Saturnino de Oliveira⁵,
Josueida Carvalho de Souza⁶,
Ednaldo Cavalcante de Araújo⁷.
E-mails: natalia.freitas2009@hotmail.com;
jucy_karla@hotmail.com;
mayara_inacio@hotmail.com;
ana_mona15@hotmail.com;
ricardhis@gmail.com;
josueidacarvalho32@gmail.com
ednenjp@gmail.com

Resumo

As Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST entre jovens LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros) são, dentre outros, os mais graves problemas de saúde pública que lhes atingem. É cada vez maior a importância que os estudiosos sobre esta temática. Objetivo: Promover as atividades educativas, criativas e geradoras de conhecimentos que favoreçam a melhoria da qualidade de vida do público homossexual. Metodologia: estudo descritivo sobre a execução de projeto de extensão, realizado por um docente e um grupo de acadêmicos de Enfermagem e Fisioterapia da UFPE. Resultados esperados: O público jovem LGBT está mais vulnerável e envolvido que outros grupos em práticas sexuais de transmissão e contágio para as ISTs/HIV/aids e, em virtude disso, há necessidade urgente para que seja implementado um programa específico de ação e apoio a estes jovens. Conclusão: O público jovem LGBT que integra as comunidades do Recife-PE, podem se beneficiar do apoio para adotarem e se manterem em PSMS. Palavras-chave: vulnerabilidade, jovem, LGBTTIS.

Abstract

The Sexually Transmitted Infections / STIs among young LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) are, among others, the most serious public health problems that affect them. It is increasing the importance that scholars on this subject. Objective: To promote the educational, creative and generating knowledge that promote the improvement of the quality of life of the homosexual audience. Methodology: A descriptive study on the implementation of extension project, conducted by a teacher and a group of nursing students and Physiotherapy UFPE. Expected results: The young LGBT is more vulnerable than other groups and engaged in sexual practices of transmission and contagion for STIs / HIV / AIDS, and because of that, there is urgent need for the implementation of a specific program of action and support these young people. Conclusion: The young audience that includes LGBT communities in Recife-PE, can benefit from the support to adopt and stay in PSM.

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis/IST entre jovens LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros), são, dentre outros, os mais graves problemas de saúde pública que lhes atingem. É cada vez maior a importância que os estudiosos têm sobre esta temática e a atribuem aos jovens que se contaminam com o HIV durante alguma atividade sexual na juventude. (ARAÚJO, 1996; AYRES, 1998; Beloqui, 2008). Considera-se emergente a necessidade de atender o público jovem LGBT, em desvantagem no provimento de assistência à saúde sexual e reprodutiva, e aqueles em situações de vulnerabilidades, promovendo à adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro/PSMS, no enfrentamento de barreiras em termos de promoção e prevenção aos agravos à saúde que se constituem num aspecto que deve ser levado em consideração pelos serviços que lidam com jovens nestas condições. Desde 1982 vem aumentando o número de casos de mortalidade e morbidade neste grupo, pois os sujeitos infectados podem permanecer contaminados e assintomáticos durante longo período, pode ocorrer por 10 anos, ou então terem um sinal e sintomas passageiro desaparecendo espontaneamente e, por tanto, sem sintomatologia praticam sexo sem segurança e acabam transmitindo o vírus, por isso, é cada vez maior a importância dos estudiosos aplicarem aos grupos jovens as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a magnitude da propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). (ARAÚJO, 1996; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008). Os jovens que começam a apresentar comportamentos de risco da saúde para a infecção pelo HIV, tendo relações sexuais receptivas e/ou insertivas com múltiplos parceiros, sem o uso de camisinhas, como também os usos de drogas em idades precoces estão mais vulneráveis a contaminação pelo vírus HIV. Impõem isto, dentre vários outros fatores, as alterações sociais alarmantes e crescentes ocorridas nas últimas décadas, como consequência do aumento da urbanização, influenciando nos padrões de vida, nas condutas de sexualidade humana, provocando assim fragilidade e nas estruturas familiares. (ARAÚJO, 1996; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008).

Ayres (1997) refere-se ao conceito de vulnerabilidade atribuído ao hiv e a aids descrito como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de pessoas e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV segundo as

particularidades organizadas pelo conjunto de aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com os problemas e recursos para que ocorra o seu enfrentamento.

Sabe-se que a vulnerabilidade não se encontra relacionada apenas com o comportamento sexual individual, mas também com o comportamento sexual do parceiro, então, o jovens por estarem passando por um período de modificações encontram-se vulneráveis a terem relações sexuais sem o uso de preservativos através do déficit de autocuidado, já que o mesmo é considerado como uma prática de ações que os indivíduos executam por si mesmos para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. (Souza; Paiva, 2002).

Quando há referência aos jovens a vulnerabilidade social e a necessidade de ter um relacionamento amoroso e adquirir o respeito através das práticas sexuais e as diferenças de poder nas relações são particularmente fatores de riscos importantes encontrados nos subgrupos de jovens mais afetados pela epidemia do HIV e da AIDS^{3/4} homossexuais jovens, mulheres jovens sexualmente ativas e pessoas jovens de cor negra. (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008).

Alguns jovens têm necessidades pessoais, as quais podem torná-los vulneráveis a contrair diversas IST curáveis e incuráveis. Mas, para que isto aconteça alguns fatores devem ser considerados como de alto risco para o HIV. De modo geral, estes são produtos da marginalização destes subgrupos na sociedade e, especificamente, razões de estes poderem se colocar em situações de maiores riscos. São considerados os seguintes fatores: 1) Vulnerabilidade construída socialmente: homofobia, sexismo, pobreza, desamparo, prostituição; 2) necessidade de ser aceito e de obter respeito e amor por meio das relações sexuais; 3) necessidade de considerar a adolescência como fase de descoberta nas experiências homossexuais masculina e feminina; 4) dinâmica de poder sobre os outros parceiros mais velhos; 5) coerção e força; 6) dificuldade de comunicação das necessidades pessoais. (COLLINS, 1997; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008).

Objetivo

A promoção e formação dos alunos em atividades educacionais e críticas que gerem conhecimentos práticos e auxiliem na melhoria da qualidade de vida do público LGBT na cidade do Recife (PE) e instrua sobre as práticas de sexo seguro (PSMS); oferecer o complemento dos conhecimentos em relação a formação acadêmica dos alunos do Curso de Enfermagem da UFPE, no que concerne ao ensino e extensão principalmente nas áreas da sexualidade humana; proporcionar troca de experiências entre membros das comunidades LGBTTIS e os alunos envolvidos nesse projeto; permitir aos alunos compreensão dos encontros; produzir material científico para divulgação em eventos específicos.

Marco teórico

O direito a saúde no Brasil é fruto do movimento da reforma sanitária e está garantido na constituição de 1988. No âmbito constitucional a saúde é entendida em seu conceito ampliado, e não apenas como a falta de doença. Assim a saúde é um resultado do acesso de todas as pessoas aos direitos sociais e serviço ofertado pelas políticas públicas de saúde. Dentro deste contexto existe a política de saúde GLBT que visa possibilitar mais equidade dentro do sistema único de saúde – SUS na atenção ao público GLBT em suas diferentes necessidades. Essa política faz parte do Programa Mais Saúde – Direito de Todos do MS que visa reorientar as políticas de saúde com objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade,

apresentando metas específicas para promover ações de enfrentamento às desigualdades em saúde com destaque para as populações de maior vulnerabilidade.

A política GLBT tem como ponto forte o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão social no processo saúde-doença desta população. O processo de modificações das ações de saúde voltadas a população GLBT reafirma o compromisso do SUS com a equidade, integralidade e efetiva participação da comunidade. De modo que contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, fortalecimento da representação GLBT nas instâncias de participação popular, além de incentivar a produção de conhecimentos sobre o assunto (BRASIL, 2010).

Assim no enredo da viabilização do acesso a saúde, redução do preconceito e exclusão social da população GLBT tornam-se de grande importância às atividades de formação educacional de estudantes nos diversos âmbitos e níveis de escolaridade, visando à formação de cidadãos conscientes e críticos. E através do incentivo a pesquisa gerar conhecimentos práticos que auxiliem na melhoria da qualidade de vida do público GLBT.

Metodologia

A metodologia adotada no projeto aborda os seguintes pontos: Realização de eventos, palestras e debates sobre direitos humanos e cidadania do público jovem LGBT; Rodas de conversas, debates entre os membros do projeto com a finalidade de enriquecimento de assuntos que possam ser abordados nas palestras e de acontecimentos atuais com o grupo LGBT; Visitas ao programa de AIDS local/estadual visando receber e estabelecer ação de combate às IST junto aos grupos de maior vulnerabilidade; Intervenções educativas por meio de palestras e debates junto à comunidade jovem LGBT, como também participação de palestras em escolas públicas da cidade do Recife, como o objetivo de educação em saúde, realizando assim práticas que venham a atenuar as vulnerabilidades dos jovens a doenças sexualmente transmissíveis; Desenvolvimento de dinâmicas de grupo visando a elevar a autoestima e o direito cidadão com o público jovem LGBT; Promover o acesso a informações sobre IST/HIV/AIDS com acompanhamento e monitoramento do público alvo; Realização de reuniões com os membros da ONG com a finalidade de avaliar e discutir novas propostas a serem trabalhadas; Definição dos grupos de trabalho mediante as atividades a serem executadas; Seleção das bibliografias acerca do assunto e definição das datas para as palestras e debates e para as saídas a campo; Elaboração do Relatório Final.

Resultados e Discussão

Devido a problemas gerados pela sociedade, o grupo LGBT encontra-se com pequenos níveis de instrução sobre saúde sexual. Os meios pelos quais esse ensino é disseminado possuem apenas uma pequena parcela dos representantes deste grupo. A opressão da sociedade, refletida na família e, muitas vezes, na própria pessoa faz com que as pessoas deste grupo se excluam de projetos de Educação e Saúde, resultando em maior vulnerabilidade e envolvimento em práticas sexuais de transmissão e contágio para as ISTs/HIV/AIDS do que outros grupos. A Educação em Saúde é uma importante e valorizada ferramenta utilizada para que a comunidade gerencie sua própria saúde, privilegiando a transmissão de informações e o desenvolvimento de atitudes que garantam a qualidade de vida condizente com as necessidades da comunidade. Entendendo a gravidade das DST's e sua propagação entre o público jovem, principalmente

o público jovem homossexual, esse tipo de ação é eficaz e a interação dessas ações e a conscientização podem ser a base para a redução no índice de contágios. Preparar os jovens para enfrentar estes riscos requer, não só ações preventivas do setor da saúde, como a participação dos setores educativos, culturais e legais em campanhas e programas de educação destinados à modificar os comportamentos de risco no exercício da sexualidade dessas pessoas. O grupo LGBT ainda está entre os que têm maior propensão de se contaminarem com DST's, com maior atenção para o vírus do HIV por suas complicações. É por isso, que projetos com apoio de universidades tentam interagir com este grupo através de formas criativas a partir de atividades nas comunidades, interação com ONGs, divulgação por meios de comunicação em massa. Pois a relação do ensino com a pesquisa é uma das formas de observar grupos de risco e facilitar o acesso à informação, bem como intervir, possibilitando uma diminuição das incidências e/ou os riscos. Assim como, aumentar o conhecimento dos alunos engajados nestes projetos (quase sempre da área da saúde) para a promoção e aprimoramento dos conhecimentos de base e obtidos com as práticas dos projetos para uma melhor base profissional e experiência. Essa relação tem o intuito de aproximar o grupo LGBT para um ambiente mais próximo à educação e saúde, já que o indicativo mostra a pouca relação do grupo com essas instituições e práticas, devido a problemas de inclusão social e de auto-aceitação, o que contribui para que sejam mais vulneráveis a determinados tipos de infecções, em especial o vírus do HIV.

Conclusão

A falta de instrução e orientação sexual favorece a maior promiscuidade que associado ao mau uso dos preservativos é apontado como as principais causas de índices cada vez mais alarmantes de pessoas infectadas com o HIV. O grupo LGBT tem despertado o interesse de autoridades, principalmente por ser crescente no Brasil e no mundo, além disso, é a população que mais está exposta a contrair infecções sexualmente transmissíveis. Apesar de ainda existir preconceito a cerca do grupo LGBT, e uma sociedade que condena as práticas homossexuais tem se conseguido trazer grupo para assistência na saúde, através de campanhas, distribuição gratuita de preservativos e orientação de pessoas já infectadas pelo vírus do HIV. Essas ações tem conseguido desenfrear a disseminação principalmente do HIV, mas ainda precisa-se fazer trabalhar mais com os LGBTTIS para garantir igualdade, saúde e educação.

Referências

- ARAÚJO, E. C. Aspectos biopsicossociais na sexualidade dos adolescentes: assistência de enfermagem. 1996, 159f.: Dissertação. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública), Universidade Federal da Paraíba João Pessoa.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia.. Boletim Epidemiológico, São Paulo, dezembro, 1998.
- ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, E. M. de. Grado de entendimiento sobre el vih y el sida entre jóvenes de sexo masculino basado en la teoría de las representaciones sociales. Enfermería Global. , v.12, p.1-15, 2008.
- ARAÚJO, E. C. A Importância da adoção de práticas de sexo mais seguro no exercício da sexualidade de adolescentes. Artigonal.com. 2008. Disponível em <http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/a-importancia-da-adocao-de-praticas-de-sexo-mais-seguro-no-exercicio-da-sexualidade-de-adolescentes-613181.html>. Acesso em 20 de maio de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília – DF, 2010.
- CAXIAS, B. C. L.; CASTRO, A. C. S.; ARAÚJO, E. C. Avaliação da educação sexual relacionadas ao hiv/ aids entre adolescentes da região metropolitana de Recife. Revista de enfermagem UFPE online. , v.1, p.170 - 179, 2007.
- Caiado, M. D.; Cunha, I. C. P.; Ribeiro, M. C. B.; Lima, M. W. D. A inter-relação entre desenvolvimento e a epidemia do HIV/AIDS. In: Construindo Junto o Nosso Futuro em Comum: Guia de Estudos. Disponível em: <http://www.sinus.org.br/2009/preparacao/GuiaOMSInternet.pdf>. Acesso em 26 de maio de 2010.
- Jorge A Beloqui, J. A. Risco relativo para AIDS de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais Instituto. Rev Saúde Pública 2008; 42(3): 437-42.
- Souza, J.H. M; Paiva, M.S. Vulnerabilidade de jovens frente a infecção pelo HIV e as representações sociais da Aids. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador.v.17,n.3,p.55-64, set/dez 2002.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Náia de Melo –

Assistente Social.

Especialista em Saúde da Família pela UFPE.

E-mail: naiademelo@gmail.com

Valdilene Pereira Viana Schmaller –

Mestre e Doutora em Serviço Social pela UFPE,

professora do Departamento de Serviço Social
do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.

E-mail: valdileneviana@uol.com.br

Ronice Maria Pereira Franco de Sa –

Pós-Doutorado em Avaliação de Programas de Saúde

na Universidade de Montreal. PhD em Educação

pela Universidade de Sherbrooke.

Diretora do Núcleo de Saúde Pública e

Desenvolvimento Social (NUSP) da UFPE.

E-mail- ronicefranco@hotmail.com.

Resumo

O estudo teve por objetivo identificar e analisar ações de promoção da saúde em duas equipes de Saúde da Família sob o ponto de vista dos profissionais que as compõem. Embasado nas Ciências Sociais e Saúde, o estudo é do tipo descritivo-explicativo e ancora-se na abordagem de pesquisa qualitativa. A Promoção da Saúde assume para os sujeitos da pesquisa diversos papéis, entre eles, gerar autonomia, levar orientação à população e prevenir doenças. O maior entrave enfrentado pelas equipes é a formação profissional. Entre os avanços, apontam o trabalho em equipe. A promoção da saúde para eles assume papel importante dentro das ações a serem desenvolvidas no âmbito da saúde primária. Reitera-se a necessidade de formação continuada de acordo com as necessidades do território de atuação.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde

Abstract

The study aimed to identify and analyze the actions of health promotion developed by two teams of the Family Health from the point of view of the professionals who are part of those teams. Grounded in the Social Sciences and Health, the study is descriptive-explanatory and is anchored in the qualitative research approach. Health Promotion takes to the subjects various roles, among them the autonomy to generate, bring guidance to the public and to prevent diseases. The biggest obstacle faced by the teams is vocational training. Among the advances, demonstrated teamwork. Health promotion for them plays a significant role

within the activities to be undertaken within the framework of primary health care. Reiterate the need for continuing education in accordance with the needs of the service territory

Keywords: Health Promotion ,Primary Health Care..

Introdução e objetivos

A saúde humana deve ser compreendida em uma perspectiva ampliada, que considere a estrutura econômica e social na qual a sociedade se organiza. Para Teixeira (2009, p. 385), pode-se identificar a saúde como a “[...] capacidade psicofisiológica para exercício ativo de si e dos indivíduos para a sua realização na vida”. Ao buscar compreender a saúde em sua totalidade, encontramos diversos fatores que se relacionam diretamente e determinam/condicionam as condições de saúde da população.

Para os autores Buss e Filho (2007, p. 78), as diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam com maior ou menor nível de detalhe o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. O avanço nos estudos sobre os determinantes sociais marca a superação do debate, antes pautado apenas nos modelos simplistas explicativos do processo saúde-doença.

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser compreendida não apenas como a ausência de doenças, mas como produto relacionado a uma série de determinantes. Todavia, até meados dos anos 1980, era hegemônico o modelo de atenção à saúde, nomeado de *médico-assistencial privatista* ou modelo *Liberal Privatista* que teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais (MERHY et al, 2004). “Este modelo constituiu-se no modelo neoliberal de organizar serviços, sendo hegemônico no país” (MENDES apud MERHY et al, 2004). Essa racionalidade influenciou a configuração da saúde em diversas partes do mundo. Apesar de sua conformação, este modelo se constitui como resposta à organização da saúde e os serviços a serem prestados à população. No entanto, os interesses respondiam de fato aos “desejos” de acumulação capitalista e não às reais necessidades de saúde da população.

Starfield (2002, p. 33) afirma que “foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que a atenção primária à saúde tornou-se um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo”. Em seu documento final, denominado de “Declaração de Alma-Ata”, é defendido o trabalho coletivo, envolvendo governos e sociedade em busca de formas de promover a saúde para toda a população por meio de medidas não apenas sanitárias, mas também sociais.

Na realidade brasileira, a década de 1970 marca também o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Apesar de não ter estado presente na Conferência sobre Os Cuidados Primários em Saúde, a adesão às práticas características de APS segue o movimento internacional. A forma como estava organizado o serviço de saúde no país já vinha rendendo muitas críticas e fomentando, através dos movimentos sociais, lutas pela garantia de uma política de saúde pública e de qualidade para todos. Nesse sentido, os princípios da Atenção Primária à Saúde no Brasil são postos em prática a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) em 1991.

No bojo da APS, a estratégia de Promoção da Saúde possui papel de destaque. Para Czeresnia (2009) existem no debate da promoção da saúde diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas. Apesar de sua influência e importância, é um tema amplo, vive em constante movimento, assim como é

extremamente contraditório, heterogêneo, e mantém em sua construção diversas tensões, concepções e interesses. De acordo com Dantas (2010), no Brasil, a proposta de implementação da política de promoção da saúde ocorre a partir dos anos 1990, no contexto da expansão da atenção básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como referência a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, igualdade e integralidade. Assim, a PS torna-se uma das estratégias destinadas à reorientação do modelo de atenção à saúde¹.

O processo de trabalho da equipe de saúde da família é orientado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006). Esta Política prevê “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10). Assim sendo, uma atuação para além de atendimentos ambulatoriais, reabilitação e encaminhamentos. Essa definição tenta romper com o modelo hegemônico *assistencial médico privatista* vigente no qual as ofertas em saúde eram até então focadas apenas na doença, na hospitalização e na medicalização da vida.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar os avanços percebidos pelos profissionais de duas Equipes de Saúde da Família da Cidade do Recife na realização das ações voltadas à Promoção da Saúde. Para tal, foi realizada pesquisa de revisão bibliográfica, além da análise de documentos e realização de pesquisa empírica. Buscamos na Unidade de Saúde da Família Chico Mendes/Ximboré, vinculada ao SUS e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife, o lócus para a realização da pesquisa, realizado no período de maio de 2011 a abril de 2012, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco através do número de protocolo 479/11, e no SISNEP 477332.

Marco teórico

Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde: duas vertentes de um mesmo processo

A Atenção Primária à Saúde está inserida em um complexo cenário, permeado por um emaranhado de interesses e contradições. Dessa forma, sua construção histórica não foge desse enredo. Em uma conjuntura marcada por uma forte crise financeira, assim como pelo avanço do neoliberalismo, as grandes desigualdades sociais entre os países tornam-se evidentes. Na década de 1970, o Relatório Lalonde, publicado pelo então Ministro da Saúde do Canadá, mostrava a relação entre as condições de vida da população e os altos investimentos em tecnologia, revelando que este fato não significava necessariamente melhores condições de saúde. Ainda, eram efervescentes as críticas ao modelo biomédico, mostrando que este não dava mais conta das necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, toda essa ebulição fez com que, no ano de 1978, em Alma-Ata, na cidade do Cazaquistão, organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), fosse realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Inicialmente proposta à OMS pela China para difundir novos modelos alternativos de atenção à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), devido às disputas políticas no bloco socialista, a Conferência acabou sendo sediada pela URSS. Para as autoras citadas acima (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576-577),

1. Para Paim (2008, p. 554) “os Modelos de Atenção refletem combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho, são uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho utilizados nas práticas de saúde”.

A Conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

Em termos de conceituação, Giovanella e Mendonça (2008, p. 575) colocam que “a APS refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas”. Para elas, atualmente, a APS é considerada em nível mundial a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

O conceito defendido por Starfield (2002, p. 29) define a APS como

[...] aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto, as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros [...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo os serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Estas definições foram baseadas no conceito explicitado na Declaração de Alma-Ata (1978), que relaciona os cuidados primários de saúde com um sistema integrado de saúde, sustentável, acessível, participativo, intersetorial, relacionado com o desenvolvimento econômico e social.

No entanto, Vasconcelos (2011, p. 2) nos chama a atenção para o cenário no qual a APS se desenvolve e se fortalece. Se por um lado pode ser tida como componente de um processo que reconhece a saúde como direito de cidadania; por outro, pode também ser funcional ao discurso de redução do papel do Estado no que se refere aos direitos sociais ou se tornar parte do arsenal de políticas sociais compensatórias.

Dessa forma, Giovanella e Mendonça (2008) esclarecem que, em 1979, diversas Agências Internacionais discutiram uma nova perspectiva para a APS. Esta passa a ser mais seletiva voltada para o controle de doenças em países em desenvolvimento. Para Vasconcelos (2011, p. 7) “a concepção restrita de APS tem estado associada à redução dos gastos sociais e à adoção de ‘cuidados primários de saúde’ para a população empobrecida”².

Nesse sentido, nas décadas que se seguem, passam a configurar dois projetos distintos de APS, a concepção ampliada e a restrita. Nessa acirrada disputa entre distintos projetos e apoiada inclusive pelo Banco Mundial e outras Agências, a concepção restrita de APS é colocada em prática em maior escala a nível mundial. É importante, contudo, frisar que todas essas resoluções não foram aceitas passivamente ou sem questionamentos. O cenário, à época, revelava o acirramento das desigualdades sociais assim como maiores discussões sobre saúde, o que provocou o fortalecimento dos movimentos sociais em busca de igualdade de direitos, acesso à saúde e melhores condições de vida.

Dessa forma, para Vasconcelos (2011) e ainda para Giovanella e Mendonça (2008), observa-se um movimento de renovação da APS, desencadeado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Essa enfatiza a equidade e considera os benefícios da APS para os sistemas de saúde, enfatizando que a adesão dependerá dos governos nacionais, propondo como principal meta o mais alto nível de saúde.

Na realidade brasileira, a década de 1970 marca também o fortalecimento da Atenção Primária

2. “A APS seletiva designa um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 581).

à Saúde. Nesse sentido, os princípios da APS no Brasil são postos em prática a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com as autoras Giovanella e Mendonça (2008, p. 600) “a implementação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência médica”. Com ações voltadas para o combate e controle de epidemia de cólera e demais diarreias, com foco na reidratação oral e vacinas, ainda, com pessoal leigo e sem formação prévia na área da saúde, as autoras colocam que esse programa se aproximava mais da APS seletiva.

Para Westphal (2006), assim como para Buss (2000; 2009); Czeresnia (2003) e Rabello (2010), a promoção da saúde foi assim denominada pela primeira vez por Henry Sigerist, em meados dos anos 1940, ao conceber as quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. “Para ele, a Promoção da Saúde significava por um lado ações de educação em saúde e por outro ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida”. (WESTPHAL, 2006, p. 640). Isto significa que, para Sigerist, a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso (SIGERIST, 1946, p. 19 apud BUSS, 2009, p. 21).

É a partir da década de 1970 que o debate em torno da promoção da saúde assume outra conotação, assim como outros interesses. Este período é marcado pela eclosão de diversas transformações sociais, políticas, culturais, econômicas, gerando rebatimentos sentidos até os dias atuais. De acordo com Carvalho (2007, p. 41), a “Promoção da Saúde moderna tem como marco inaugural o Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974”. Este Relatório, também intitulado “*A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses)”, preconiza que as ações de saúde devam ter como objetivos adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos, ou seja, garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletivos (Id., 2004, p. 2).

Buss (2009, p. 167) concorda com Carvalho (2007) quanto ao Relatório Lalonde (1974) ser o marco inaugural do Movimento de Promoção da Saúde. Para o autor (2009, p.167), apoiado em Draper (1995), este foi o primeiro documento oficial a usar o termo “promoção da saúde”, além disso, o documento oferecia uma nova fórmula para definir prioridades e um marco de referência para o planejamento estratégico. O Relatório Lalonde revela uma realidade de mudança no perfil demográfico e de morbi-mortalidade, assim como os altos investimentos em serviços de saúde, no entanto, estes não estavam dando conta das necessidades de saúde da população canadense à época. Desde então, o incentivo às ações de Promoção da Saúde, patrocinadas pela OMS, assim como por outros Organismos Internacionais, assume nível mundial.

Esse processo acontece diante do novo cenário de forte crise e mudanças econômicas, ou seja, em um contexto marcado pelo avanço do neoliberalismo, aumento da taxa de desemprego, ao mesmo tempo em que o modelo de atenção à saúde médico-privatista não dava conta do quadro de saúde da população. O enfoque das ações de promoção da saúde deixa então de ser generalista, considerando as condições de vida da população, e passa a ser restrito, elencando como eixo central as mudanças de comportamento e estilos de vida. Dessa forma, nesse período, uma forte corrente dentro do movimento de Promoção da Saúde assume uma característica, denominada por Carvalho (2004; 2007) de *behaviorista*³. Do ponto de vista de suas estratégias, esta corrente preconiza serem necessárias intervenções sobre o “estilo de vida” – “aqui significado como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre o qual as pessoas têm maior ou menor controle”. (CARVALHO, 2007, p. 48).

A perspectiva behaviorista vem no sentido de mudar os hábitos de vida considerados não saudáveis. Ideias a respeito da alimentação saudável, hábitos antitabaco, prática regular de exercícios físicos, cuidados

3. Cf: CARVALHO (2007).

com as doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, ganham força.

Em um contexto determinado por um modo de produção baseado na exploração pelo trabalho e a desigualdade social entre classes, gênero e raça, é no mínimo perigoso colocar para as pessoas a responsabilidade por suas condições de vida e sua saúde. Ao desconsiderar o processo histórico formador da sociedade na qual estamos inseridos, o movimento “natural” é o de culpabilização destas por seus a cometimentos. Embora a resolução para os diversos problemas que lhes acometem estejam, na maioria das vezes, fora de sua governabilidade. Pois são estes problemas estruturais determinados pela macropolítica econômica. Concordamos com Carvalho (2007, p. 50) quando afirma que estratégias behavioristas em determinados contextos, podem vir a constituir-se uma escusa para a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, à custa de maior carga de responsabilidade de indivíduos e grupos por seus problemas de saúde.

Registra-se que o Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) responsável pela constituição de marco conceitual sobre Promoção da Saúde afirma:

A compreensão da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, entendendo-se o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida (ABRASCO, 2003, s/p).

Apesar das tentativas de avanços na perspectiva de uma promoção da saúde crítica, que compreende a saúde de fato em seu conceito ampliado e em sua totalidade, estas se revelam tímidas dentro do setor governamental da saúde, posto que a corrente behaviorista ainda está muito presente. No entanto, desde 2006, o país possui uma Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) que contempla o Desenvolvimento Sustentável como uma das suas ações prioritárias, o que se configura como um avanço arrojado em direção à intersetorialidade e à concepção ampliada de saúde.

De acordo com a literatura sobre o tema, o PSF surge em 1994, inspirado em outro programa desenvolvido em alguns estados do Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Paim (2008) sustenta a ideia de que, inicialmente, o objetivo do PACS era levar informação e conhecimento para a população a fim de contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde. Posteriormente, com seu sucesso, os objetivos foram ampliados: “incorporar ao SUS agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; desencadear ações de promoção e prevenção; funcionar como elo entre a população e os serviços de saúde”, (Id., p. 561), entre outros.

Apesar de o PSF ter surgido em 1994, ele só adquire expressão nacional, segundo Viana & Dal Poz (1998 apud MONNERAT et al, 2009, p. 105), a partir de 1995 com a definição de mecanismos e patamares de financiamento. É nestes termos que concordamos com as autoras Giovanella e Mendonça (2008) e Vasconcelos (2011) quando defendem que o programa em sua fase inicial carrega consigo o caráter restrito de APS, ofertando à parcela mais pauperizada da população uma cesta básica de serviços de saúde.

Nesse sentido, as medidas propostas pelo MS, como estratégia de estímulo para a adoção do PSF, se fortalecem a ponto de, em meados dos anos 2000, o PSF deixar de ser tomado apenas como um programa, e ser elevado para Estratégia prioritária de reorganização da atenção básica. De acordo com Giovanella e

Mendonça (2008, p. 606), esta ampliação passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), negociado ainda com financiamento internacional, objetivando o fortalecimento da AB nos grandes centros. Diante do fortalecimento da ESF em todo o Território Nacional e das crescentes críticas que se faziam em torno da Estratégia, no ano de 2006, o MS, através do Ato Portaria n 648/GM, publicou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. A Portaria “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS” (BRASIL, 2006, p. 7).

Dessa forma, a PNAB define a atenção básica e coloca a ESF como modelo reorganizador deste nível de atenção.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 10).

Destarte, desde sua implantação até os dias atuais, a ESF tem sido alvo de diversas críticas, assim como tem evidenciado algumas dificuldades e enfrentado muitos desafios. No que se refere à primeira, deve-se ao seu desenvolvimento ser orquestrado pelas Agências Internacionais, como FMI e o Banco Mundial. O trabalho das equipes assim como suas ações a serem desenvolvidas no âmbito da atenção básica, diante das orientações das Agências, se voltam para grupos específicos da população – “crianças menores de 5 anos, gestantes, mulheres, diabéticos, hipertensos” (VASCONCELOS, 2011, p. 15).

Outra crítica refere-se ao desenho atual do PSF que, para Franco e Merhy (2000 apud MONNERAT et al, 2009, p. 107) não é suficiente para alterar o modelo de atenção à saúde.

Dessa forma, a ESF, proposta pelo MS como alternativa a um modelo de saúde centrado na figura do médico, assistencialista e privado, não consegue substituí-lo. Mas, o reproduz cotidianamente no processo de trabalho das equipes de saúde da família espalhadas por todo o território brasileiro.

Metodologia

Realizou-se um estudo do tipo descritivo-explicativo de abordagem qualitativa, voltada para a problematização dos significados e sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos sociais e ao conjunto de relações sociais na qual eles estão inseridos. A pesquisa qualitativa responde a questões particulares. Na perspectiva de Minayo (2002), ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Esse tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos, simultaneamente, em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de investigar ou conhecer, de modo aprofundado, um evento ou situação, possibilitando a explicação de comportamentos (POLIT; HUNGLE, 1995).

Para a Unidade empírica de análise, elegeu-se a Unidade de Saúde da Família Chico Mendes/Ximboré. Essa Unidade foi escolhida como campo de observação, porque foi espaço de prática de uma equipe de residentes pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco, em parceria com a Prefeitura do Recife. Junto a duas equipes de saúde da família que compõem a USF Chico Mendes/Ximboré, esses residentes desenvolveram suas ações durante o período de dois anos (2010-2012).

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais que compõem as EqSF da USF Chico Mendes/Ximboré. Ou seja, 2 médicas, 2 enfermeiras, 10 agentes comunitários de saúde, 2 técnicas de enfermagem e a equipe de saúde bucal, que é composta por 1 dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal e 1 Técnica de Saúde Bucal. Eles foram escolhidos porque o objeto desse estudo são as ações de promoção da saúde realizadas pelas duas equipes que compõem a USF.

Primeiramente, foram esclarecidos, em reunião administrativa, a toda a Equipe os objetivos e a metodologia da pesquisa. Não se pretendia e não se modificou, com esse estudo, a rotina dos serviços prestados pela USF.

Em relação à amostragem, Deslandes (2008, p. 48) em seus estudos diz que “[...] a ideia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquelas de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o ‘universo’ em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes”.

Dessa forma, baseado no pensamento de Deslandes (2008), optamos por não determinar o número de sujeitos participantes do estudo, mas utilizar o critério de saturação. Nesse sentido, foram elaborados critérios de inclusão e exclusão a fim de obter uma vinculação e respostas significativas com o problema que nos propusemos a estudar.

Nesse sentido, os critérios de inclusão e exclusão escolhidos para delimitar este estudo foram:

Critérios de inclusão dos sujeitos no estudo

- Profissional de saúde, efetivo da Prefeitura do Recife;
Estar lotado na USF Chico Mendes/Ximboré; Ser integrante de uma das equipes de saúde da família seja da Equipe Chico Mendes, seja da Equipe Ximboré, ou das duas, como acontece com a Equipe de Saúde Bucal;
 - Ter participado, ao menos nos dois últimos anos⁴, de ações voltadas à promoção da saúde, desenvolvidas na USF, no território das duas comunidades ou para a população da área adscrita.

Critérios de exclusão dos sujeitos no estudo

- Não ser profissional da área da saúde;
- Não ser efetivo da Prefeitura do Recife;
- Não ser integrante de uma das equipes de saúde da família de Chico Mendes ou Ximboré;
- Não ter participado, ao menos nos dois últimos anos, de ações voltadas à promoção da

4. A proposta de delimitação de dois anos levou em consideração o tempo de inserção da residência nesta Unidade de Saúde.

saúde desenvolvidas na USF, no território das duas comunidades ou para a população da área adscrita.

Dessa forma, como três foram excluídos, quatro estavam de férias, e uma não foi encontrada, entrevistou-se o universo de todos os 10 que aceitaram participar do estudo. Assim, o critério de saturação tornou-se desnecessário. Foram 5 entrevistados no primeiro dia, e 05 entrevistados no segundo dia.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados verbais. No trabalho de campo, este permite uma aproximação do pesquisador com a realidade investigada, estabelece uma interação com os atores e auxilia a analisar as ações voltadas à promoção da saúde dos usuários da unidade de saúde.

O conteúdo da entrevista para responder aos objetivos propostos abordou questões relativas às ações de promoção da saúde, às dificuldades, aos entraves e aos avanços no desenvolvimento dessas ações, percebidos e enfrentados pelas duas equipes.

Foram verificadas e cumpridas todas as exigências éticas para pesquisa (uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, liberdade aos entrevistados para interromper e/ou desistir, compromisso de dar acesso aos resultados do estudo, armazenamento dos dados de forma segura e de difícil acesso).

Para análise e sistematização dos dados coletados ancorou-se na abordagem metodológica da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

Resultados e discussão

Os sujeitos da pesquisa, os profissionais de duas Equipes de Saúde da Família localizadas na Cidade do Recife, em maioria, percebem avanços a partir do desenvolvimento da Promoção da Saúde nas comunidades. Entre eles foram citados: as visitas domiciliares das ACS, o tema do mês⁵, a população que hoje está mais informada e participativa, a aceitação da população para/com a proposta da ESF, a maior procura por parte dos homens aos serviços de saúde, a detecção mais rápida por parte das ACS da tuberculose e hanseníase. De acordo com os relatos dos profissionais, muitos destes avanços relacionam-se às orientações prestadas à população por parte das ACS. Estas, não apenas sobre as doenças e sua prevenção, mas também informações acerca do funcionamento da USF e a importância de se cuidar da saúde.

O outro avanço relatado foi o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde promovido pela Prefeitura da Cidade do Recife em 2012. Isto mostra a necessidade de formação e atualização para qualificação da prática profissional. Um dos grandes avanços percebido pelos sujeitos participantes do estudo foi o desenvolvimento de atividades que antigamente não eram realizadas na USF, tais como: pré-natal; puericultura; vacinas; ainda, ações voltadas à diminuição das diarreias; da desnutrição infantil; dos óbitos em menores de um ano. Muitos sujeitos atribuem esse avanço aos profissionais que compõem hoje as equipes, principalmente ao fato de haver o comprometimento de todos para com as ações de promoção da saúde. O estudo de Pinto (2008, p. 94) também aponta para esta similaridade como um avanço e uma das facilidades no desenvolvimento do trabalho na ESF. Já os estudos de Nicolau (2008) e Aguirre (2010) revelam dificuldades nessa relação, uma delas é o fato de apenas parte da equipe participar das ações previstas, das quais, apenas algumas são de promoção da saúde.

Em face do exposto percebemos que os avanços observados pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família que participaram do estudo, no que se relaciona à Promoção da Saúde, referem-se aos avanços sentidos com o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e não especificamente à estratégia

5. O tema do mês é uma ação proposta pelas duas equipes que prevê a escolha de um tema por mês para que, durante as visitas as ACS possam conversar e orientar as famílias sobre a temática escolhida para ser trabalhada. Exemplo: no mês de janeiro o tema escolhido foi o da hanseníase e da dengue, diante do alto número de casos notificados pelas equipes.

de promover saúde, a partir do que existe em termos de Políticas e construção teórico-normativa. Este fato relaciona-se, principalmente, à concepção de Promoção de Saúde dos profissionais. A partir da análise dos relatos percebemos que é um entendimento que se aproxima da concepção behaviorista da promoção da saúde, e também uma confusão entre os conceitos de promoção e prevenção.

Apesar de existir uma Política que regula e prevê as atribuições de todos que compõem a ESF, o desenvolvimento delas ainda depende do perfil individual do profissional, da sua concepção de mundo e dos conhecimentos que busca construir para agregar sentido à sua prática. Outro avanço sentido pela equipe foi em relação ao aumento do número de grupos ofertados pela USF. De acordo com eles, antes a USF contava apenas com um grupo de adolescentes e atualmente já trabalha com 5 grupos, apesar de todas as dificuldades.

Deste modo, mais uma vez é constatada a necessidade de uma política voltada para a formação continuada dos trabalhadores. Não apenas para garantir a qualidade no desenvolvimento das diversas atividades desenvolvidas no território, mas também para que eles possam refletir criticamente sobre sua prática. Do contrário, o cotidiano de trabalho acelera o processo de reprodução acrítico de uma lógica construída historicamente, voltada para o imediatismo, curativismo, visando apenas à mudança de hábitos e estilos de vida. Além da reprodução cotidiana do modelo de saúde que não a promove, continua centrado apenas na cura das doenças e indo de encontro ao que está previsto nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e da Promoção da Saúde.

Considerações finais

A evolução do Movimento de Promoção da Saúde no Brasil está envolta em um emaranhado de contradições, interesses e intencionalidades, ao mesmo tempo, repleta de significados, o que torna o caminho em busca do seu desvelamento desafiante e enriquecedor. Todo esse movimento é determinado em uma perspectiva macro, em uma relação direta com o modo de produção hegemônico na sociedade, determinando diretamente a singularidade das práticas e concepções dos trabalhadores acerca da promoção da saúde.

Nessa perspectiva, o agir dos profissionais que compõem a USF Chico Mendes/Ximboré também sofre a influência de todas essas determinações. Logo o entendimento da promoção da saúde nesse território revela avanços e recuos.

A Promoção da Saúde para os sujeitos da pesquisa está associada à prevenção de doenças, resultado também encontrado em diversos estudos, mostrando que essa constante associação ainda não conseguiu ser superada e está arraigada nas práticas e no agir em saúde. Ressaltamos que não desconsideramos a importância da Prevenção de Doenças e Agravos, mas a compreendemos como complementar ao cuidado integral necessário a ser prestado ao conjunto da população. Pois entendemos a PS como uma ação transformadora que se fundamenta no modo de pensar e se fazer saúde. Ou seja, é no ato da realização das ações que podemos reconhecer as contradições e as diferenças culturais, gênero e sexualidade; desvendar e desvelar as expressões da questão social, gerada pelas desigualdades sociais, exploração econômica e política. Constitui-se, assim, em uma prática social que transcende o campo da saúde, não visando apenas à prevenção de doenças, mas sim a um processo anterior.

Para os profissionais, os grupos de educação em saúde são a mais expressiva das ações de promoção da saúde. Esta estratégia é importante no sentido em que, ao agregar pessoas, com suas singularidades,

mas com características similares, gera novas questões a serem discutidas, ainda, pode provocar mudanças, possibilitar a autonomia nos sujeitos e ampliar os multiplicadores de informações dentro da própria comunidade.

Dessa forma, as tentativas de superação dessas condições objetivas, impostas aos trabalhadores, requerem deles uma visão de totalidade que compreenda todas essas determinações, mas o nosso estudo revelou que a formação profissional ainda não dá conta dessa necessidade. É nesse contexto que colocamos a importância da materialização da Política de Educação Permanente no processo de trabalho dos profissionais.

No tocante aos avanços, muitos foram relatados, dentre eles: o aumento no número de visitas domiciliares realizadas; a maior aceitação e participação da população nos serviços ofertados pela USF; a participação no curso técnico de ACS; os profissionais que compõem as equipes; o número de grupos que hoje é ofertado pelas equipes. Como podemos ver, os avanços relacionam-se diretamente às ações desenvolvidas listadas pelos sujeitos. Percebemos que a prática profissional reflete a preocupação que eles têm em ofertar um serviço com qualidade aos seus usuários.

Por fim, são tentativas de desvelar a promoção da saúde como estratégia de mudança das práticas e do agir em saúde para construir novas metodologias, questões que problematizem a realidade social na qual estes profissionais estão inseridos. E para a promoção da saúde se materializar na realidade concreta dos diversos atores inseridos dentro do território e provocar mudanças é necessário, portanto, desvendá-la.

Referências

- ABRASCO. **Relatório de Oficina do GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável**. 2003.s/p.
- AGUIRRE, S. B. **Novos arranjos institucionais e sua relação com a Promoção da Saúde: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde**. Dissertação de Mestrado. [Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva] Escola de Enfermagem. Unicamp. Campinas, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.
- BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde, V.4. Brasília, Ministério da saúde, 2006.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. saúde coletiva** v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000.
- _____; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**. [online] Vol. 17, n 1. Rio de janeiro, 2007.
- _____. **Uma introdução ao conceito de promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D; FREITAS, CM (orgs). **Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências**. 2 Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 19-42
- CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003. Rio de Janeiro, RJ.
- _____. FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências**. 2 edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
- DANTAS, M. B. P. **Educação em saúde na atenção básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. Tese de doutorado em Saúde Pública. [Programa de Pós-graduação em Saúde Pública] Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – Recife, 2010.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E *et al* (org.).
- Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.
- MONNERAT et al. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, M. I. S. [et al], (organizadoras) **Saúde e Serviço Social** – 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.
- NICOLAU, L. S. **A Estratégia de Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios**. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2008.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.;

ESCOREL, S.; LOBATO, L V C et al, (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PINTO, E. S. G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, P. F. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, s.2, p.2115-2122, 2008.

VASCONCELOS, K. E. L. Estratégia Saúde da Família: tensões no âmbito do SUS. XXVIII CONGRESSO INTERNACIONAL DA Associação Latinoamericana de Sociologia, 2011, Recife.

Anais... Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In.: CAMPOS, G. W.S. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PROMOÇÃO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM ADOLESCENTES: REFLEXÕES SOBRE O POTENCIAL DAS AÇÕES EXTENSIONISTAS PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Daniela Tavares Gontijo –

professora adjunta do curso de Terapia Ocupacional da UFPE.

Departamento de Terapia Ocupacional.

Email: danielatgontijo@gmail.com

Vera Lucia Dutra Facundes –

professora adjunta do curso de Terapia Ocupacional da UFPE.

Departamento de Terapia Ocupacional.

Email: verafacundes@yahoo.com.br

Anna Carolina de Sena e Vasconcelos

- acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da UFPE.

Departamento de Terapia Ocupacional.

Email: annasena90@gmail.com

Rosana Juliet Silva Monteiro-

acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da UFPE.

Departamento de Terapia Ocupacional.

. Email: juliet.monteiro@hotmail.com

Resumo

A promoção da saúde sexual e reprodutiva constitui um dos eixos da atenção integral à saúde do adolescente. Neste campo, o desenvolvimento de metodologias participativas é uma estratégia efetiva, que suscita do profissional de saúde habilidades e competências específicas para o planejamento e condução de intervenções compatíveis com esta abordagem. Objetivou-se discutir aspectos relacionados às relações estabelecidas entre extensionistas e o público de um projeto de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva com Adolescentes, com ênfase na reflexão de questões relevantes sobre a formação dos profissionais de saúde para a atuação no campo da promoção de saúde. Participaram do projeto 118 adolescentes do oitavo e novo ano do ensino fundamental de escolas públicas, além de duas docentes e seis acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Durante o projeto, as intervenções e supervisões da equipe foram registradas em diário de campo, cujo conteúdo subsidia as reflexões. As ações do projeto de extensão, articuladas com

o ensino e a pesquisa, foram compreendidas enquanto atos educativos, conduzidas e analisadas a partir das concepções de Paulo Freire. Durante o processo percebeu-se o potencial da extensão para a formação do futuro profissional de saúde, sendo este um locus privilegiado para o desenvolvimento da reflexão crítica sobre a própria prática e formação. Destacaram-se a construção de habilidades necessárias para ações de cunho participativas, entre elas a disponibilidade para o diálogo, a valorização do universo temático do público participante e a produção do conhecimento de forma conjunta com este.

Palavras Chaves - saúde sexual e reprodutiva, formação profissional, promoção da saúde.

Introdução

A adolescência, período compreendido entre 10 e 19 anos segundo a Organização Mundial de Saúde, é caracterizada na literatura como uma fase complexa do ciclo vital devido à quantidade e qualidade de transformações biológicas, psicológicas e sociais que o indivíduo experimenta (MALTA, 2011). Esta fase é compreendida como um processo no qual a identidade, a sexualidade, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis são importantes nas relações do (a) adolescente com o seu mundo. Considerando a trajetória de vida como um *continuum* evolutivo, o processo de passagem da adolescência para a vida adulta pode ser considerado como um processo dinâmico, nos quais os sujeitos articulam ações e decisões, que podem ser cerceadas pelas condições sociais e econômicas nas quais vivem e também por dispositivos institucionais (BRASIL, 2010). Neste processo, o sujeito procura definir-se através de suas atividades, aspirações, relações afetivas e sexuais (BECHARA *et al.*, 2013). A sexualidade constitui-se como um aspecto importante em todas as etapas da vida, seja para homens ou mulheres. A sexualidade humana é construída socialmente, culturalmente e historicamente e sofre mudanças a partir das relações sociais. Mesmo que este aspecto envolva práticas e desejos relacionados à satisfação, afetividade, prazer, sentimentos, exercício da liberdade e saúde, na sociedade ela é limitada devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder que a cercam (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011, BECHARA *et al.*, 2013).

Na adolescência, a vivência da sexualidade colabora para construção da capacidade de resolução de problemas, de escolha, responsabilidades e afirmação de identidades pessoais e políticas. O exercício da sexualidade configura-se como uma importante via de aquisição de autonomia e liberdade em relação aos pais, bem como mediador das relações sociais que visam o desenvolvimento pessoal e interação com o outro (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Nas últimas décadas, observam-se transformações socioculturais que caracterizam mudanças no padrão de comportamento social e sexual, contudo percebe-se que a sexualidade é vivida de forma desigual, dependendo do gênero, condições socioeconômicas, culturais, cor, gerações e orientação sexual. Essas desigualdades afetam a vida social de adolescentes e jovens e influenciam dados sobre mortalidade e morbidade desta população (BRASIL, 2006; MALTA *et al.*, 2011).

De acordo com Brasil (2006) as políticas e programas de saúde direcionados a adolescentes tendem a ignorar que a sexualidade e todas as suas dimensões (sentimentos, emoções, intimidade e desejo) fazem parte do desenvolvimento humano. Assim reconhecem esta população como assexuada, submetendo-a a situações de vulnerabilidade social, pessoal e institucional.

A visão “adultocêntrica” e o projeto de vida do adulto para o jovem permeiam este tema, sendo que o olhar do próprio jovem sobre a sexualidade é muitas vezes desconsiderado e, dessa forma, as necessidades

dos adolescentes são desconhecidas. (BRASIL, 2006). No entanto, como apontam Orlandi & Toneli (2005), o adolescente deve ser considerado ativo no que se refere a sua sexualidade e, como consequência, no seu processo de constituição enquanto sujeito.

De acordo com dados da UNESCO citados por Brasil (2006), de uma forma geral, os serviços de saúde não são considerados pelos adolescentes como um espaço importante para aquisição de informações confiáveis sobre sexualidade. Este fato pode ser explicado pela visão que as instituições de saúde possuem em relação ao comportamento de risco relacionado à sexualidade e reprodução dos adolescentes, em detrimento de enfoques direcionados para a promoção de saúde dos mesmos, considerando os conceitos de amor, os sentimentos, a intimidade e o desejo entre outros (BRASIL, 2010; BARBOSA *et al.*, 2010) .

A promoção de saúde, segundo a Carta de Ottawa, consiste em proporcionar a comunidade os meios necessários para melhorar a saúde e exercer um maior controle sobre ela (OMS, 1986). Segundo Buss (2000) a promoção de saúde envolve a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos.

Especificamente em relação aos jovens, de acordo com as metas da Conferência do Cairo, objetiva-se garantir a equidade de gênero, a participação social e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, envolvendo neste aspecto

“a promoção do bem-estar e potencial de adolescentes e jovens, o estímulo à educação, inclusive como condição para a saúde sexual e saúde reprodutiva; envolvimento da juventude no planejamento, implementação e avaliação das atividades que a eles se destinam” (BRASIL, 2006, p.35).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde defende que

“Os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos dizem respeito a muitos aspectos da vida: o poder sobre o próprio corpo, a saúde, a liberdade para a vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade. Mas podemos dizer que dizem respeito, antes de mais nada, aos acordos para a vida em sociedade e à cidadania” (BRASIL, 2011, p. 13).

A importância desta dimensão para a saúde é reconhecida no, o documento referencial *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (BRASIL, 2010). Neste documento a atenção à saúde sexual e reprodutiva é considerada como um dos três eixos fundamentais na viabilização da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010).

Assim, se faz relevante a criação de espaços nos quais os adolescentes sejam considerados protagonistas no processo de aquisição de conhecimentos e que tenham a oportunidade de discutir a sexualidade e reprodução para além dos aspectos biológicos. (UNBEHAUM, CAVASIN, SILVA, 2005; BECHARA, GONTIJO, 2010; BRASIL, 2011; BECHARA *et al.*, 2013). Essa relevância também é apontada pelo Ministério da Saúde no documento *Marco Teórico Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* que enfatiza a necessidade do desenvolvimento de metodologias que promovam uma maior participação dos jovens nas ações de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o desenvolvimento da Educação em Saúde, numa perspectiva participativa, se constitui como uma estratégia de grande potencial de efetividade. Entendida como prática produtora de qualidade

de vida, a Educação em Saúde pode promover o diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais, valorizando seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade. Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas, não somente por promoverem a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania (BRASIL, 2007; MARCIEL, 2009).

No entanto, o desenvolvimento de metodologias participativas no processo da Educação em Saúde constitui um grande desafio, uma vez que as metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem ainda são muito utilizadas na formação dos profissionais da saúde.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, que apontam a necessidade de mudanças no processo de ensino, determinam que as universidades estimulem a articulação entre ensino, pesquisa e assistência e sugerem investimentos em estratégias didáticas que incentivem o aluno a refletir sobre a sociedade, transformando seu contexto. Trata-se de implementar práticas pedagógicas inovadoras, que favoreçam uma educação crítica em prol das transformações sociais e um processo de produção de saúde entendido como estratégia para autonomia dos sujeitos e coletividades (BRASIL, 2008).

Em relação a esta necessidade a articulação entre ensino e extensão se caracteriza como uma estratégia em potencial na formação deste “novo perfil” profissional, uma vez que nas ações de cunho extensionistas é possível que o estudante se coloque como protagonista de sua formação, tanto técnica quanto cidadã, no sentido deste “reconhecer-se como agente de garantia de direitos e deveres e de transformação social” (FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO, 2012)

Nesse processo de articulação entre extensão e ensino as concepções em torno da educação problematizadora proposta por Paulo Freire (2011a; 2011b; 2011c) trazem contribuições importantes para a formação dos profissionais de saúde.

É importante ressaltar que Paulo Freire (2011c) problematiza o uso da palavra extensão em contraposição à comunicação quando se refere às relações estabelecidas entre a Universidade e a sociedade. Freire (2011c) associa o termo extensão a ações que tenham como princípio “estender” à sociedade (que teria um posicionamento passivo nesse processo) o conhecimento produzido pela academia, caracterizando cenários de “invasão cultural” e “domesticação”. Por outro lado, o autor defende, nestas articulações entre a academia e o povo, a construção de relações de comunicação, nas quais a partir do diálogo verdadeiro, a produção do conhecimento é partilhada e catalisadora do processo de emancipação.

Considerando esta discussão, enfatiza-se que, embora neste trabalho se utilize a palavra extensão (em decorrência da sua institucionalidade na estrutura universitária) as ações e reflexões aqui descritas se situam na perspectiva de interação dialógica entre a universidade e os diferentes setores sociais. Nesse sentido, parte-se de uma concepção crítica do processo educativo, tanto no que se refere às ações educativas de promoção de saúde sexual e reprodutiva realizada junto as e aos adolescentes, quanto em relação ao processo formativo dos profissionais de saúde envolvidos no referido projeto de extensão.

Nesta perspectiva crítica do processo de ensino-aprendizagem, Freire (2011a) afirma que ensinar é um exercício de diálogo e trocas, no qual a aprendizagem só se efetiva quando o educando relaciona conteúdos teóricos à sua realidade (familiar, comunitária, escolar, etc.). Desta forma a relação existente é horizontal, pois a troca de experiências e conhecimentos entre educador e educando é constante, e um não se sobrepõe ao outro. Assim, para o autor supracitado, o ato educativo só se concretiza numa perspectiva crítica quando aquele que assume o papel de educador se coloca em uma postura de aprender com aqueles

nomeados educandos , caracterizando um processo de formação continua e progressiva, de ambos os atores envolvidos no processo.

Nesse âmbito, Freire (2011, p.95-6) aponta que:

Não seria possível à educação problematizadora, que rompe com os esquemas verticais característicos da educação bancária, realizar-se como prática da liberdade, sem superar a contradição entre o educador e os educandos. [...] Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem.

Considerando estes aspectos o presente texto tem o **objetivo** de discutir aspectos relacionados às relações estabelecidas entre extensionistas e o publico participante de um projeto de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva com Adolescentes , com ênfase na reflexão de questões relevantes sobre a formação dos profissionais de saúde para a atuação no campo da promoção de saúde com este público.

Espera-se que as discussões provenientes desta experiência e refletidas a luz de obras do educador Paulo Freire (2011a, 2011b, 2011c) possam contribuir para a ampliação acerca da compreensão das potencialidades da articulação entre ensino e extensão na formação universitária.

Contextualizando o cenário de formação : relato das ações desenvolvidas no projeto de Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva com Adolescentes

O projeto de extensão denominado “Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva com Adolescentes”¹ foi desenvolvido por duas docentes e seis acadêmicas² do curso de Terapia Ocupacional, no período de abril a dezembro de 2012, em duas escolas públicas de Recife.

As ações foram desenvolvidas nos períodos da manhã e tarde e atenderam a cinco turmas do oitavo e nono ano do ensino fundamental, com participação total de cento e dezoito adolescentes.

No período anterior ao inicio dos atendimentos, docentes e acadêmicas realizaram grupos de estudos acerca das temáticas que seriam abordadas nas intervenções, assim como a elaboração e confecção dos recursos lúdicos que mediarão todo o processo. Os recursos lúdicos foram construídos com base em documentos referenciais divulgados pelo Ministério da Saúde e Educação e na experiência anterior da docente coordenadora, que havia desenvolvido um projeto semelhante à proposta atual em outro contexto institucional (BECHARA, GONTIJO, 2010; BECHARA *et al.*, 2013).

Antes do inicio das intervenções realizou-se reuniões com os responsáveis pelas escolas para a apresentação e discussão da proposta, assim como para o estabelecimento do cronograma das intervenções. Destaca-se a disponibilidade das instituições escolares no oferecimento das melhores condições físicas possíveis para as intervenções , assim como na mediação da relação entre a equipe do projeto, os e as adolescentes e seus familiares.

Cada abordagem com os e as adolescentes tiveram duração de uma aula (50 minutos) (exceto o ultimo encontro com duração de duas aulas), sendo que foi acordado com as escolas uma escala para a realização das mesmas a fim de não prejudicar o desenvolvimento das atividades . É importante relatar, que em uma das escolas (na qual foram atendidas quatro turmas) a temática do projeto foi também abordada, pelos professores, no conteúdo das disciplinas através de discussão em sala de aula ou na realização de

1. O referido projeto foi contemplado com recursos financeiros e uma bolsa de extensão no Edital 2012-UFPE-PROEXT-PIBEX-GRANDE RECIFE.

2. Agradecemos a participação voluntária no projeto das acadêmicas : Barbara Katiene Magno Gaiao; Evellyne Silva Araújo; Layla Katharine de Freitas Ferreira Santana e Viviane Interaminense Bandim de Vasconcelos.

atividades (por exemplo a redação de textos na disciplina de português). As ações do projeto nesta escola também foram alvo de reportagens que foram postadas no *blog* da escola.

Nos atendimentos optou-se pela utilização de jogos educativos, criados pela equipe do projeto, que mediarão o processo de intervenção. Entre as diferentes metodologias para se efetivar ações de educação em saúde com adolescentes, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, a utilização de recursos lúdicos tem sido identificada como uma das estratégias potencialmente efetivas (BECHARA, GONTIJO, 2010; BARBOSA *et al.*, 2010, BECHARA *et al.*, 2013).

As ações foram sistematizadas em grupos, sendo cada turma dividida em dois subgrupos, de acordo com sexo, resultando em dez grupos, compostos por em média doze adolescentes. Cada grupo participou de dez encontros, nos quais foram utilizados jogos de tabuleiro, quebra-cabeças, de mímica, de roleta, entre outros³ que estimulavam a reflexão e discussão sobre aspectos relacionados à concepção de sexualidade, gênero, conhecimento do corpo e das mudanças físicas e psicológicas da adolescência, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e métodos vinculados à vivência do sexo seguro. É importante enfatizar que, embora as temáticas tenham sido previamente elaboradas, durante as ações também foram incorporadas questões, dúvidas e discussões trazidas pelos participantes do grupo, o que possibilitou uma maior aproximação entre a equipe do projeto e os e as adolescentes.

As experiências vivenciadas durante o projeto foram detalhadamente registradas em diário de campo e relatórios pelas acadêmicas e docentes, assim como as reflexões e discussões realizadas pela equipe durante as reuniões de planejamento/acompanhamento e avaliação. Estes registros constituíram-se como um rico material que possibilita a análise de múltiplas nuances que se destacaram durante as intervenções, sendo que neste texto, conforme apontado anteriormente, optou-se por discutir aspectos relacionados à relação estabelecida entre a equipe do projeto e os e as adolescentes e suas implicações para o processo de formação dos profissionais de saúde.

Apontamentos sobre a experiência

O desenvolvimento do projeto, conforme apontado anteriormente, foi subsidiado pelo referencial teórico defendido por Paulo Freire (2011a, 2011b, 2011c), compreendendo-se a experiência vivenciada como uma ação educativa, na qual o processo de ensino aprendizagem se configura na relação educador-educando. Nesse sentido, as ações realizadas enquanto atos educativos partem do pressuposto da concepção de educação enquanto processo permanente que impulsiona as pessoas para serem mais conscientes, críticas, livres e humanas (ROMÃO, 2010).

Nesta perspectiva, se contrapõe a educação tradicional, enquanto um processo unidirecional, verticalizado e “comandado” pelo educador, à uma ação na qual, através do diálogo, o conhecimento é construído de forma dinâmica como resultado da ação/reflexão tanto do educador quanto do educando. Nesse processo compreende-se tanto educador quanto educando se caracterizam como sujeitos uma vez que “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa sozinho: os homens se educam mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2011b, p. 95).

Freire (2001, p.78) ressalta que a tarefa fundamental do educador como:

[...] uma tarefa libertadora. Não é para encorajar os objetivos do educador e as aspirações e os sonhos a serem reproduzidos nos educandos, os alunos, mas para originar a possibilidade de que os estudantes

3. A descrição detalhada e a avaliação dos recursos utilizados estão sendo realizada através do projeto de pesquisa vinculado a ação extensionista intitulado Análise da utilização de recursos lúdicos na promoção de saúde sexual e reprodutiva com adolescentes.

se tornem donos de sua própria história. É assim que eu entendo a necessidade que os professores têm de transcender sua tarefa meramente instrutiva e assumir a postura ética de um educador que acredita verdadeiramente na autonomia total, liberdade e desenvolvimento daqueles que ele ou ela educa.

No que se refere ao educador (no caso a equipe responsável pela condução do projeto) foi possível observar a progressiva e contínua desconstrução e a construção de diferentes concepções, conhecimentos e habilidades, que permitiram a equipe do projeto a clara percepção de si como seres em constante transformação, como seres inacabados. A percepção do educador enquanto ser inacabado, se constitui como um dos eixos do discurso freiriano (FOSTER, 2010). A consciência do ser inacabado é a condição do ser humano e segundo Freire (2011a, p. 58) “é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente.” A conscientização de inacabamento possibilita o homem buscar em seu interior sua própria transformação tornando-se mais crítico diante da realidade em que vive.

O processo de constante reflexão por parte da equipe vai ao encontro da assunção da compreensão de que o processo educativo do educador se dá no cotidiano e de forma contínua, uma vez que o educador se torna educador problematizador no processo vivido, na sua relação com o educando. Nesse sentido, Freire (2011b, p. 81) destaca que “saber só existe na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo e com os outros”

Essa percepção da equipe acerca do inacabamento dos seres humanos, inclusive no que se refere ao próprio desenvolvimento profissional, trouxe a possibilidade e a valorização da reflexão crítica não somente acerca do conhecimento a temática em discussão, mas sobretudo sobre as habilidades necessárias para a condução dos grupos, em uma perspectiva participativa, o que está relacionado às demandas formativas dos profissionais de saúde para atuação no campo da promoção da saúde.

Especificamente, em relação às habilidades necessárias para a condução dos grupos de adolescentes, um dos aspectos discutidos pela equipe foi a importância do vínculo para o desenvolvimento de ações que se sustentem pelo referencial adotado.

A construção do vínculo pode ser problematizada a partir da sua correlação com o uso da palavra confiança, estreitamente relacionada à concepção de fé nas obras de Freire, especialmente em *Pedagogia do Oprimido* (2011b). Conforme aponta Fernandes (2010, p. 82), na perspectiva freiriana, “a confiança é construída por atitudes de respeito com acolhimento, nos limites das relações humanas possíveis, entremeadas de afeto e de disponibilidade para o diálogo”. Relações desta natureza são sustentadas pela fé do educador nos homens, na sua capacidade de transformar-se, de reinventar-se frente aos desafios da vida cotidiana.

Durante o desenvolvimento dos grupos, tanto de meninas, quanto de meninos foi notável como a construção do vínculo se deu de forma concomitante a uma maior profundidade nas discussões realizadas. É importante destacar que a temática do projeto, a sexualidade, traz em si uma série de cerceamentos sociais que dificultam a sua discussão de forma amplamente aberta, principalmente no que se refere às experiências/vivências na adolescência. No entanto, foi possível perceber, conforme explícito nos trechos do diário de campo da equipe, que a construção do vínculo entre extensionistas e adolescentes possibilitou a “quebra” das censuras e inibições, o que resultou em uma progressiva participação e apropriação do espaço do projeto pelos (as) adolescentes.

“[...] iniciamos a intervenção e as meninas demonstravam estar apreensivas e curiosas, mas ao mesmo tempo bastante tímidas e introvertidas comigo; acho era questão do vínculo mesmo.” (Diário de campo, 3/09/12.) “No terceiro encontro percebi que as meninas já estavam se sentindo mais a vontade e com uma maior relação de confiança comigo.” (Diário de campo, 5/09/12)

Compreende-se que este processo de construção do vínculo foi mediado pela utilização dos jogos, que se constituem como ferramentas importantes na promoção da participação dos sujeitos em processos educativos, cuja análise foge ao escopo deste texto. No entanto, acredita-se que outras atitudes adotadas pelas extensionistas também foram de suma importância para o sucesso das intervenções.

Neste sentido destacam-se iniciativas, por parte das extensionistas, de construção de um ambiente grupal demarcado pela liberdade no que se refere não somente a expressão de ideias, opiniões, situações, experiências, mas sobretudo pela autonomia na escolha da participação e da forma de participação. Essa autonomia era demarcada em todos os atendimentos nos quais era inicialmente apresentado aos adolescentes a temática proposta para o dia, bem como a metodologia que seria utilizada, sendo facultado aos mesmos a permanência ou não no local dos atendimentos, assim como a possibilidade de diferentes níveis de participação, ou seja, quem quisesse poderia somente ouvir e/ou falar.

Concomitantemente a constituição deste espaço de liberdade, foi percebida também a necessidade de discussões sobre o sigilo das discussões realizadas, ou seja, a necessidade da constituição de uma relação de confiança não somente entre as extensionistas e os e as adolescentes, mas sobretudo entre os próprios adolescentes. Essa necessidade foi percebida pelos próprios participantes do grupo e problematizada pelas extensionistas o que possibilitou o estabelecimento de um “acordo/contrato grupal” referente aos conteúdos discutidos no projeto, o que também potencializou a participação.

“apesar de alguns adolescentes inicialmente pedirem para se ausentarem da intervenção, depois que o contrato grupal foi estabelecido, todos optaram por permanecer” (diário de campo, 12/09/2012)

De uma forma geral, essas condutas resultaram na participação quase unânime de todos os e as adolescentes nos atendimentos, possibilitando uma maior apropriação das intervenções pelos adolescentes que se viram também responsáveis pela constituição do espaço de aprendizagem e livres para participarem da forma como lhes era possível ou desejado em diferentes momentos.

Além da questão da vinculação, durante as intervenções, algumas habilidades se mostraram essenciais, sendo destacada a disponibilidade para o diálogo e a flexibilidade em relação à condução das intervenções frente aos diferentes grupos. No que se refere à disponibilidade para o diálogo, foi possível perceber que a dificuldade inicial para o estabelecimento deste por parte das extensionistas, de forma efetiva foi sendo progressivamente superada, o que resultou também em maior apropriação do espaço pelos e pelas adolescentes.

Nesse sentido, a tendência, e principalmente, a necessidade inicial da equipe de extensionistas de “ter a palavra” foi sendo sobreposta pelo “escutar” e pelo “proporcionar a palavra” aos e as adolescentes.

“Eu fazia o possível para fazer com que todas entendessem o que eu estava colocando [...]. Durante a condução me senti um pouco estranha, com uma sensação de só estar transmitindo algo, pois nenhuma se manifestava nem se interessava em fazer nenhuma pergunta.” (Diário de campo, 4/09/12)

Essa tendência, ou melhor, essa necessidade de “ter a palavra” foi amplamente problematizada nas reuniões, sendo que a equipe a relacionou às próprias vivências nos diferentes espaços de ensino e aprendizagem. Nas discussões percebeu-se que as experiências de aprendizagem vivenciadas anteriormente, não somente durante o processo de alfabetização e formação básica, mas também na graduação e em outros espaços não formais de ensino, foram caracterizadas pelo não diálogo verdadeiro, pela adoção de papéis pré-definidos e rigidamente demarcados nos quais ao educando cabe a postura de submissão em relação ao educador que é o detentor do saber. Com base nestas experiências, observou-se a tendência inicial de reprodução destes padrões de ensino-aprendizagem como forma de se manter a congruência da vivência atual com a experiência anterior.

É importante destacar que durante o período de preparação para as intervenções foram realizadas diferentes discussões sobre o referencial teórico adotado, principalmente no que se refere à postura do educador/extensionista durante as ações de forma a proporcionar um espaço de ensino aprendizagem participativo. No entanto, a discussão prévia da “teoria” não foi suficiente para a substituição total de atitudes já familiares para a equipe, sendo necessária a vivência “prática” de diferentes situações para a construção/transformação destas habilidades. Por outro lado, ao final do projeto, a equipe avaliou que as leituras e discussões prévias às intervenções foram vitais para que o processo crítico reflexivo se instaurasse e fosse catalisador das mudanças observadas durante o projeto.

Conforme discute Moreira (2010, p. 97), na perspectiva freiriana, a criticidade se refere à “capacidade do educando e do educador refletirem criticamente a realidade na qual estão inseridos, possibilitando a constatação, o conhecimento e a intervenção para transformá-la”. Essa capacidade exige um rigor metodológico que, ao combinar o “saber da pura existência com o conhecimento organizado”, ou seja, a vivência prática das intervenções com o estudo da teoria adotada como referencial no projeto, estimula o pensar certo não somente por parte dos educandos, mas também dos educadores.

O pensar certo, habilidade indispensável ao processo educativo numa perspectiva progressiva, se constitui na relação entre ação e reflexão, na coerência entre teoria e prática, entre o falar e o fazer. Nesse sentido, Freire (2011a) caracteriza o pensar certo como uma postura do educador frente ao processo educativo crítico, dialógico e problematizador. Esta postura é considerada pelo autor como penosa, difícil, que suscita a vigilância constante para que o educador não sucumba à adoção de atitudes de superioridade e não interação verdadeira com os educandos, reproduzindo o sistema educativo tradicional (FREIRE, 2011a; ZITKOSKI, 2010).

As dificuldades na construção do pensar certo, que se reflete nas atitudes do educador e vivenciadas pela equipe do projeto, também podem ser compreendidas a partir da discussão sobre o binômio medo/ousadia discutido por Guareschi e Redin (2010) numa perspectiva freiriana.

Segundo os autores, medo e ousadia estão presentes no cotidiano de todo educador que vivenciou práticas educativas tradicionais e autoritárias e buscam a construção de práticas problematizadoras. Considerando que o medo somente se manifesta em quem quer mudar e que experimentá-lo faz parte do processo de formação, compreende-se como natural (e esperado) a tendência da equipe na reprodução do papel de educador a partir do que foi vivenciado em suas experiências, a fim de lidar com a ansiedade frente às posturas e vivências desconhecidas. Por outro lado, o incômodo com essa situação expressa a ousadia, a coragem que se sustenta na esperança da possibilidade de transformação (de si e dos outros), implicando na assunção do risco de criar novas formas de se relacionar no processo educativo (GUARESCHI, REDIN; 2010).

Considerando esta discussão, foi possível perceber que a construção do espaço de diálogo com os e as adolescentes foi se dando a partir de diferentes “estratégias” adotadas de forma progressiva. Entre estas estratégias, a atitude de sustentar a abordagem, as discussões com o grupo, a partir das experiências e conhecimentos dos e das adolescentes se destacou. Durante as intervenções, as discussões sobre as temáticas sempre eram iniciadas pelo estímulo por parte das extensionistas para que os e as adolescentes trouxessem o conhecimento e as experiências que tinham em relação a estas, conforme ilustrado no trecho abaixo do diário de campo :

“(...) eles começam a discutir sobre a paternidade, sobre o assumir o filho, ter responsabilidades financeiras e afetivas, os exemplos estavam subsidiados pelas vivências dos participantes : não ter pai, o pai ser presente ou ausente” (diário de campo, 22/08/12).

Como mais uma forma de exemplificar esta conduta , nos atendimentos em que a temática era relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, inicialmente se questionava quais as doenças que os e as adolescentes conheciam que tinham relação com o sexo, o que eles sabiam sobre estas doenças em relação à forma de contágio, sintomatologia, possibilidades de tratamento. Estes conhecimentos eram socializados no grupo, problematizados, sendo possível não somente a sua valorização, mas também a desconstrução de mitos e a adição de novas informações de forma lúdica e participativa.

“As meninas foram bastante participativas e sempre que conheciam a doença – AIDS, ...[] discutiam o que sabiam ou sobre o que pensavam. Isso me deixou muito feliz porque eu pude ouvi-las, saber os seus conhecimentos prévios e ratificá-los...[] essas discussões as tornaram bastante ativas no processo de aprendizado e trocas.” (Diário de campo, 11/09/12)

A possibilidade/ habilidade de ouvir/escutar , destacada no trecho acima, se caracteriza como uma habilidade indispensável ao educador que se propõe ao estabelecimento do diálogo verdadeiro (FREIRE, 2011a) . Nesse sentido, compreende-se que o escutar implica em se dispor a estar realmente com o outro, a verdadeiramente construir a comunicação e não a sobreposição de discursos.

Além da possibilidade de construção do diálogo, a atitude de valorização do universo temático dos e das adolescentes possibilitou um processo dinâmico em relação ao conhecimento necessário para as intervenções por parte da equipe. Em diferentes situações, a partir do conhecimento trazido pelas e pelos adolescentes as extensionistas foram despertadas para conteúdos que não tinham conhecimento ou que não haviam dada a devida atenção por não os consideraram significativos. Esse “despertar” foi acompanhado por um processo de construção de conhecimentos de forma contínua durante todo o projeto, já que cada grupo trazia particularidades que exigiam pesquisa, aquisição e atualização por parte da equipe

Esse processo de construção de conhecimento pode refletir a transformação de uma curiosidade ingênua em curiosidade epistemológica. Para Freitas (2010, p. 107) a curiosidade é uma “necessidade ontológica que caracteriza o processo de criação e recriação da existência humana”, sendo que a sua valorização indispensável para que o ato de conhecer, de se formar, de se transformar se dê numa perspectiva crítica. Assim a curiosidade epistemológica está ligada ao “difícil, mas prazeroso, ato de estudar” no qual o educador se coloca na postura constante de pensar e estudar a própria prática (FREITAS, 2010, p. 108).

Além da valorização dos conhecimentos prévios dos e das adolescentes, durante as intervenções

buscou-se a utilização de uma linguagem acessível e compreensível para estes, ou seja, as extensionistas buscaram se aproximar do vocabulário adotado pelos sujeitos como forma de facilitar o diálogo, além da utilização de exemplos que faziam parte do universo cultural dos mesmos.

Em relação a este aspecto, Freire (2011c, p.89) ao discutir as condições e as possibilidades da relação dialógica, destaca a importância primordial de que para que ocorra o ato comunicativo é necessário “que a expressão verbal de um sujeito tem de ser percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito”.

Neste processo dialógico, é importante destacar que em algumas situações os e as adolescentes fizeram questionamentos, de cunho técnico/científico, para os quais a equipe não tinha as respostas no momento, sendo adotada a conduta de pesquisa e retorno posterior. Essa conduta, inicialmente questionada pelas extensionistas como de uma possível fragilização frente aos estudantes em virtude do modelo pré-concebido em relação ao papel do educador, conforme discutido anteriormente, foi progressivamente adotada com tranquilidade e naturalidade pela equipe ao longo das intervenções. Por outro lado, observou-se que para os e as adolescentes, a questão de os educadores/extensionistas não terem todas as respostas e de se prontificarem a também “aprender” para “ensinar” provocou uma maior apropriação do espaço do projeto e possibilitou o aprofundamento das discussões.

Em relação a este processo, Freire (2011c, p.25) aponta que

Educar e educar-se na prática da liberdade é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem- por isso sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais- em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem , para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais.

Ainda em relação aos questionamentos realizados pelos adolescentes durante as intervenções, outra conduta que merece reflexão se refere às questões que envolviam respostas não de cunho “técnico” (por exemplo : se existe tratamento para a AIDS) mas sim relacionadas à cultura e valores sociais e pessoais (por exemplo : porque os meninos podem ficar com muitas meninas e isso é valorizado socialmente, e o contrário não acontece em relação às meninas ?). Essa questão é particularmente importante quando se considera que a temática da sexualidade na maioria das vezes, principalmente com adolescentes, é tratada pelos profissionais de saúde a partir de vieses estritamente técnicos, não considerando a complexidade do assunto.

Nesse sentido, discussões sobre como as relações de gênero e outros valores culturais e características pessoais que podem se relacionar a vivência da sexualidade, eram direcionadas não como “julgamentos” sobre os comportamentos geralmente adotados que quase sempre culminam no estabelecimento de padrões pré-determinados do que é esperado e do que não é em determinado grupo social. Em outra direção, essas discussões eram realizadas no sentido de uma maior problematização a fim de se aprofundar a compreensão não somente da temática em si, mas de suas múltiplas causalidades, consequências, interligações, enfim, de uma maior aproximação com a complexidade que a vivência da sexualidade significa na adolescência.

Como situação exemplificadora, nos diferentes grupos a discussão sobre a gravidez na adolescência não foi direcionada pelo discurso desta experiência como essencialmente negativa e de risco, conforme visto em muitos serviços de saúde. Nas intervenções sobre este tema, foi colocada uma história fictícia de um casal de adolescentes que se vê em meio a uma possível gravidez indesejada e a partir desta história , progressivamente se problematizou os discursos sociais sobre a gravidez nesta fase da vida , suas raízes

culturais e históricas, as diferentes percepções relativas ao gênero, as possíveis consequências (tanto positivas como negativas) de se viver essa experiência e a importância de se adotar medidas para que a gravidez seja uma escolha e não um “acidente” em qualquer fase da vida. Nesse sentido, buscou-se construir uma postura mais ativa dos e das adolescentes frente à própria história a partir da problematização das situações existenciais, uma vez que “aos homens se lhes problematiza sua situação concreta, objetiva, real, para que a captando criticamente, atuem também criticamente sobre ela” (FREIRE, 2011, 23c)

A conduta de problematização crescente das temáticas discutidas no projeto, conforme exposto no exemplo acima, possibilitou também a ampliação do universo de referência dos adolescentes sobre as mesmas. Na mesma direção, ao problematizar com os adolescentes sobre as questões relacionadas à sexualidade, a equipe responsável pela condução do projeto passou a problematizar, de forma crescente, também o seu próprio processo de formação, refletindo sobre as suas próprias condutas e saberes, e transformando não somente a maneira de conduzir as ações, mas também a si mesmos enquanto educadores.

Considerações finais

A experiência vivenciada no projeto de extensão Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva com Adolescentes se caracterizou como uma oportunidade ímpar para a reflexão sobre aspectos importantes a formação do profissional de saúde, principalmente em relação a sua intervenção no campo da promoção de saúde.

Considerando as ações propostas na promoção de saúde, enquanto atos educativos, catalisadores de processos de mudanças e transformações dos sujeitos envolvidos em prol de sua melhor qualidade de vida, a utilização do referencial teórico do educador Paulo Freire contribuiu significativamente para a análise da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e a população com a qual estes intervêm cotidianamente.

Durante a experiência foi possível perceber que quanto mais a equipe problematizava a sua própria atuação, mais esta se tornava desafiadora. Desafio que se configurou como uma mola propulsora para a construção de reflexões e atitudes cada vez mais críticas, que trouxeram consigo uma maior participação das acadêmicas, futuras profissionais de saúde, envolvidas no projeto, no próprio processo de formação. Essa criticidade se manifestou na análise das próprias condutas, na busca de respostas para as questões que surgiram, na criação e desenvolvimento de estratégias mais assertivas frente às situações vivenciadas nas intervenções, entre outros aspectos discutidos anteriormente.

Neste sentido, constatou-se a importância da Universidade, enquanto espaço de formação, se apropriar, com maior intensidade, de metodologias mais participativas no processo de ensino aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. Esta apropriação pode contribuir significativamente para que a academia não se caracterize somente espaço de transferência de conhecimento, mas sim como um lócus que possibilite e potencialize a sua construção e produção conjunta entre todos os atores que compartilham deste cenário.

Além disso, enfatiza-se a importância do desenvolvimento de ações pelos futuros profissionais de saúde em espaços alternativos ao campo tradicional de formação (unidades de saúde). Nesse sentido, no que se refere ao público de adolescentes, a escola caracteriza-se como um lócus privilegiado de formação que suscita do futuro profissional o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para o planejamento e sistematização das ações de cunho intersetoriais, que, atualmente se configuram como estratégias fundamentais das principais diretrizes e políticas para os serviços públicos.

Embora não tenha sido foco de análise deste texto, é importante ressaltar a potencialidade de intervenções, também sustentadas por metodologias participativas junto aos adolescentes, uma vez que a construção de ações de saúde sustentadas pelo diálogo e pela problematização sobre as situações concretas de vida se configura como ferramenta extremamente positivas no campo da promoção de saúde com este público.

Referencias Bibliográficas

- BARBOSA, SM; DIAS, FAD; PINHEIRO, AKP; PINHEIRO, PNC; VIEIRA NFC. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol. 12, n. 2, 2010, disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>. Acesso em 13/03/2012.
- BECHARA, A. M. D. ; GONTIJO, D. T. . Na brincadeira agente foi aprendendo : promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do sexo masculino. In: **II Mostra Científica do Curso de Terapia Ocupacional** - UFTM, 2010, Uberaba. Anais da II Mostra Científica do Curso de Terapia Ocupacional. Uberaba : UFTM, 2010. v. 1. p. 36-37.
- BECHARA, A. M. D; GONTIJO, D. T.; FACUNDES, V. L. D.; MEDEIROS, M. “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 01, 2013 (no prelo) . Disponível em : http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/v15n1-preview.htm. Acesso em 04/04/2013.
- BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. v 22, n. 7, 2006, p. 1421-1430.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares** : sexualidades e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____.Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Bases para Educação em Saúde nos Serviços (Texto Base)**. Brasília, 2008. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_base_prat_educ_dagep.pdf Acessado em 8/03/2013.
- _____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. V5, n.1, p. 163-77, 2000.
- FERNANDES, C. Confiança. In: STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.) . **Dicionário Paulo Freire**. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p.81-83.
- FOSTER, M.M.S. Educador/educando. STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.) . **Dicionário Paulo Freire**. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p. 143-145.
- FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR PÚBLICAS BRASILEIRAS. Política Nacional de Extensão Universitária (em elaboração). Manaus, 2012. Disponível em : http://www.renex.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=3. Acesso em 04/04/2013
- FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

- FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.
- FREIRE, P. Pedagogia dos sonhos possíveis. São Paulo: UNESP, 2001.
- FREIRE, P. Extensão ou Comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011c .
- FREITAS, ALS. Curiosidade epistemológica. In: STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.) . Dicionário Paulo Freire. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p. 107
- GUARESCHI, P; REDIN, E. Medo e ousadia. In: STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.). Dicionário Paulo Freire. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p.257-260.
- MARCIEL, M. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. Cogitare Enferm. v. 14, n. 4. p. 773-6, 2009.
- MALTA, DC et al.. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2011 Rev. Bras. Epidemiol. v. 14, n. , Supl., 2011, p. 147-56
- MOREIRA, CE. Criticidade. In: STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.) . **Dicionário Paulo Freire**. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p. 97-98
- ORLANDI, R.; TONELI, M.J.F. Sobre o processo de constituição do sujeito face à paternidade na adolescência. **Psicologia em Revista**, v.11, n.18, 2005, p. 257-267.
- ROMÃO, J.E. Educação. In: STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.) . **Dicionário Paulo Freire**. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p. 133-134.
- UNBEHAUM S, CAVASIN S, SILVA V. Violência, Sexualidade e Saúde Reprodutiva: contribuições para o debate sobre políticas públicas de Saúde para Rapazes. In: ADORNO RCF, ALVARENGA AT, VASCONCELLOS MPC. **Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos**. São Paulo: Fapesp-Edusp; 2005. p. 219-40
- WHO. Carta de Ottawa. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1986
- ZITKOSKI, J.J. Pensar certo. In: STRECK, D.R; REDIN, E; ZITKOSKI, J.J (org.). **Dicionário Paulo Freire**. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2010, p. 312-314.

PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

Ana Caroline Lopes Souza(*), naninha_cls@hotmail.com.

Ana Luíza Schetino Mattos(*), analu.schetino@gmail.com.

Adrielle Mayara Leite dos Santos(*), adriellematos@gmail.com.

Camila Gonçalves de Santana(*), camila.gsantana@hotmail.com.

Camila Maria Florêncio Santos(*), camimfs@gmail.com.

Cláudia Coimbra César de Albuquerque(*), ¹cacaucoimbra10@gmail.com.

Daniele Calaça de Oliveira niele_calaca@hotmail.com.

Elane Francieli Dias Barros Silva(*), fran_dbs@hotmail.com.

Gessianni Claire Alves de Souza(*), gessiannialves@yahoo.com.

João Manoel Neves Casa Nova, casanova2792@gmail.com.

Juliana de Albuquerque Leão(*), juliana_leao88@hotmail.com.

Mariana Lins de Castro(*), mari.lins23@hotmail.com.

Thaís Cabral de Melo Viana(*), thais.cabralmv@hotmail.com.

Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano,

Doutora, Docente, CCB, Deptº de Anatomia, gracawander@hotmail.com

Nadja Maria Jorge Asano(*),

Doutora, Docente, CCS, Deptº de Medicina Clínica, nadjaasano@hotmail.com,

Amdore Guescel C. Asano()**

Mestre, Neurologista do Programa Pró-Parkinson, Ambulatório de Neurologia,

Hospital das Clínicas, UFPE, amdoreasano@gmail.com

Resumo

A doença de Parkinson, de caráter crônico e progressivo, acomete cerca de 3% dos idosos do Brasil. Provoca um comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico, que interfere na independência do paciente e influencia na sua qualidade de vida. O projeto PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA busca, portanto, garantir assistência médica a essa população, assim como atender à necessidade de acompanhamento multiprofissional desses pacientes, através de parcerias com outras áreas da saúde. Além de orientações multidisciplinares - através da distribuição do Manual do Paciente com Doença de Parkinson-, consultas assistenciais e aplicação da ficha de primeira consulta, que envolve o emprego de escalas de qualidade de vida e estadiamento da doença, o projeto abrange atividades de pesquisa paralelas e de ensino, com encontros semanais para a discussão de temas de interesse. Dessa forma, o PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA visa uma melhora da qualidade de vida e do atendimento do doente.

Palavras-Chave: Doença de Parkinson – Educação em saúde – Assistência ambulatorial

*. Discente Graduação, CCS, Deptº de Medicina da UFPE.

Abstract

Parkinson's disease, a chronic and progressive process, affects approximately 3% of the elderly in Brazil. It causes a physical, mental, emotional, social and economic damage, which interferes into the independence of patients and have an effect on their quality of life. The project PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGY AND MEDICAL CLINIC aims, therefore, to ensure medical assistance to this population, as supply the patient's need of multiprofessional attention, through partnerships with other service areas in health. Besides multidisciplinary orientation - by the distribution of The Patient's Manual with Parkinson Disease -, care consultations and application of the survey of first doctor visit, which involves the use of scales of quality of life and disease staging, the project also includes research parallel activities and weekly meetings to discuss topics of interest. Therefore, the PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGY AND MEDICAL CLINIC aims to improve quality of life and care of patients with PD.

Introdução e objetivos

O PROJETO PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA é um projeto de amplo espectro, que engloba os três pilares básicos da educação universitária: ensino, pesquisa e extensão. Dessa forma, abrange desde atividades que envolvem diretamente a comunidade assistida, até a realização de encontros, discussões e elaboração de atividades de pesquisa.

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurológica progressiva que afeta 0,3% (SCALZO, 2009) da população geral e 3% da população idosa (BARBOSA, 2006), sendo a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer (FINDLEY, 2007). Os sintomas motores cardinais da DP são tremor, rigidez, bradicinesia e disfunções posturais, entretanto, há toda uma sintomatologia não-motora especificamente relacionada à doença (POEWE, 2008), como distúrbios autonômicos e alterações comportamentais, entre outros. Essa complexidade sintomatológica, bem como o desconhecimento da própria condição, faz com que os níveis de qualidade de vida dos portadores de Doença de Parkinson sejam bem menores do que aqueles da população em geral (MARGIS, 2010).

Há a necessidade, portanto, que os portadores de Doença de Parkinson sejam acompanhados por serviços de referência na assistência neurológica. O PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA tem como objetivo geral promover assistência médica continuada e integral ao paciente com doença de Parkinson do HC/UFPE, bem como oferecer orientações básicas multidisciplinares em educação em saúde sobre a doença, trabalhando em conjunto com estudantes de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e odontologia.

Os objetivos específicos são: elaborar, revisar e distribuir sistematicamente e gratuitamente o Manual do Paciente com Doença de Parkinson do HC / UFPE, realizar palestras semanais de orientações sobre o uso do Manual do Paciente, promover assistência multiprofissional agregada ao atendimento médico de rotina do paciente, com auxílio da FICHA DE PRIMEIRA CONSULTA DO PACIENTE, triando-os para a consulta de rotina e para os serviços de pesquisa associados ao projeto, promover discussões semanais de artigos científicos em forma de clube de revista' sobre temas relevantes para a equipe, e buscar parcerias privadas, bem como com organizações não-governamentais, que se interessem pela melhoria do serviço.

Marco teórico

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa e progressiva (crônica) do Sistema Nervoso Central (SNC), que se caracteriza pela perda neuronal de células dopaminérgicas da porção compacta da substância negra do mesencéfalo (padrão neuropatológico básico). Ocorre, portanto, uma disfunção da via nigroestriatal, com diminuição da concentração de dopamina ao nível dos receptores dopaminérgicos situados no corpo estriado (MENESES, 2006), levando a diversos sintomas motores e não-motores (distúrbios autonômicos, alterações comportamentais, dentre outros). Os sintomas não motores podem preceder em até sete anos os motores ou ocorrerem durante a evolução da doença. (BRAAK, 2002).

A DP foi catalogada pela primeira vez em 1817 por James Parkinson na monografia intitulada “*Essay on Shaking Palsy*”, a primeira descrição bem definida da Doença de Parkinson. O ensaio baseou-se em seis casos ilustrativos, a partir dos quais o autor traçou considerações sobre as principais características da enfermidade, diagnóstico diferencial, etiologia e tratamento. Após algumas décadas, diversos nomes relevantes na história da medicina, como Jean-Martin Charcot, Brissaud e Lewy também contribuíram com estudos sobre a doença (BARBOSA; TEIVE, 2010).

A DP afeta 0,3% da população em geral (SCALZO, 2009), e é a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer (FINDLEY, 2007). Na população idosa (acima de 65 anos) a prevalência da Doença de Parkinson é ainda maior, afetando de 1 a 2% dos idosos em todo mundo e 3% no Brasil. Sua distribuição é universal atingindo todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. 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 e TOLOSA, 2007).

O diagnóstico da DP é fundamentalmente clínico e 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 e TEIVE, 2003). Estas manifestações apresentam uma relação direta com o processo neurodegenerativo da substância negra, no entanto, não indicam o início deste. Dessa forma, segundo Munhoz, 2010, quando os sinais motores ultrapassam o limiar de detecção clínica, o SNC já se encontra em um estágio de degeneração considerável. A Doença de Parkinson compreende um período inicial de progressão silenciosa quando se trata de sinais motores. Distúrbios de olfação, do sono, do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) e alterações comportamentais constituem, entre outros, a sintomatologia nessa fase da doença, conhecida como pré-motora, ideia mostrada de forma concreta no estudo de Braak *et. al.*, 2002 (MUNHOZ, 2010).

O tratamento da Doença de Parkinson baseia-se principalmente na redução da progressão dos sintomas aliada à produção de melhora funcional do paciente com o menor nível de efeitos colaterais. A levodopa, desde sua introdução, continua sendo o principal fármaco no tratamento da DP, no entanto, o seu uso a longo prazo leva ao desenvolvimento de efeitos adversos, como discinesia e complicações neuropsiquiátricas. Ainda, com a progressão da doença os pacientes começam a desenvolver sintomatologias (congelamento, instabilidade postural, demência) as quais não respondem de forma adequada ao levodopa. (Ministério da Saúde, 2010).

O alcance das complicações relacionadas à DP é extremamente significativo, não se restringindo apenas à área motora, pois as alterações podem estar presentes em núcleos do tronco cerebral, córtex e

neurônios periféricos (Ministério da Saúde, 2010). O doente apresenta, devido aos sinais e sintomas, um importante comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico, que interfere na sua independência e influencia negativamente na qualidade de vida (QV), entendida como percepção do indivíduo sobre sua posição na vida e no contexto cultural em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (LANA, 2007; MARGIS, 2010).

A partir de estudos realizados com base no questionário WHOQOL-BREF, um instrumento de avaliação de qualidade de vida, os pacientes portadores da DP apresentam escores que demonstram a interferência negativa das manifestações motoras e não-motoras relacionadas a doença. (SCHESTATSKY, 2006). A QV mostrou-se numa associação inversa à severidade da DP, sendo pior nos casos mais avançados, com mais limitações motoras, portanto. Estudos indicam que a instabilidade postural, dificuldades na marcha e complicações motoras (discinesia e flutuação) estão intimamente relacionadas com qualidade de vida (MARGIS, 2010).

O comprometimento da qualidade de vida do doente acontece muito cedo, podendo demonstrar decréscimo desde os primeiros estágios da doença, piorando com a sua severidade. A adaptação psicológica, mensurada pelos índices de cognição, ansiedade, depressão, opinião própria, aceitação e atitude, é fator contribuinte que também interfere diretamente na QV, assim como a severidade da doença. Baixo nível de “adaptação” psicológica é mais importante que a severidade da doença para a piora da QV. As drogas dopaminérgicas consistem em outro fator que exercem grande influência na QV dos doentes, visto suas complicações e efeitos adversos, como tonturas, flutuações motoras, discinesias, depressão, entre outros, além de contribuírem para o comprometimento econômico. (NAVARRO-PETERNELLA, 2012).

Além de todos esses fatores, a DP, como doença crônica progressiva e sem cura, leva ao desgaste das relações pessoais do paciente, principalmente, com o cuidador e a família. Segundo estudo qualitativo feito a partir de relatos de pacientes com Doença de Parkinson em 2008, os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de pacientes com DP devem estar sempre atentos a essa realidade, procurando dar suporte técnico de reabilitação e cuidado, apoio psicossocial e, sobretudo, contribuir para a manutenção de uma boa qualidade de vida para o paciente e sua família. (NAVARRO-PETERNELLA, 2009).

A DP, portanto, 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), sendo necessária intervenção precoce para minimizar este impacto.

Para melhorar os sintomas da doença e a QV dos pacientes tem-se como base a instituição e acompanhamento rigoroso da terapia farmacológica ou, em certos casos, indicação cirúrgica. Entretanto, outras estratégias terapêuticas de extrema importância devem fazer parte da assistência ao paciente com DP, que necessita de acompanhamento multiprofissional, envolvendo as diversas áreas da saúde (HAASE, 2008). A atuação de equipe multidisciplinar deve ser no sentido de contribuir para a diminuição dos sintomas motores dos pacientes, para o aumento do grau de adaptação psicológica à doença e para escolha mais cuidadosa (personalizada) dos medicamentos a serem prescritos, com consequente diminuição do impacto da doença na vida dos pacientes. (NAVARRO-PETERNELLA, 2012).

Metodologia

O PROJETO PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA é um projeto de amplo espectro, que engloba os três pilares básicos da educação universitária: ensino, pesquisa e extensão,

com ênfase no último. Dessa forma, abrange desde atividades que envolvem diretamente a comunidade assistida, até a realização de encontros, discussões e elaboração de atividades de pesquisa transversais e longitudinais.

O projeto é realizado no ambulatório de Neurologia, no segundo andar do Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), onde ocorrem as consultas assistenciais aos pacientes com Doença de Parkinson. Semanalmente, às quartas-feiras, os pacientes são atendidos no ambulatório para a consulta de rotina, marcada a cada três meses para avaliação do estadiamento da doença, bem como para a dispensa da medicação. Nessas consultas os pacientes são previamente examinados pelos integrantes do PRÓ-PARKINSON e, ainda, recebem orientações multidisciplinares sobre a doença, com a colaboração de equipes formadas por estudantes de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e odontologia. Nesse encontro, todos os pacientes recebem gratuitamente um manual ilustrado, o MANUAL DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON DO HC/UFPE, elaborado por toda a equipe a partir das dúvidas mais frequentemente relatadas.

Ao longo das manhãs das quartas-feiras os pacientes são triados e convidados a receber atendimento pela equipe do PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA. A participação nas palestras e no atendimento é de livre vontade do paciente, sem que haja qualquer ônus para aqueles que optarem por não participar da dinâmica do projeto.

Com o apoio do neurologista responsável pelo serviço médico, Dr. Amdore Asano, os pacientes são encaminhados para o serviço de avaliação clínica que funciona em sala contígua. Ao serem recebidos pelos membros do PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA são aplicadas escalas de qualidade de vida e estadiamento da doença para avaliação de seu progresso e evolução: Escala Unificada de Avaliação para Doença de Parkinson (UPDRS) (Fahn, 1987) e escala de Hoehn e Yahr (Hoehn, 1967). Para tanto, foi elaborada a FICHA DE PRIMEIRA CONSULTA pela própria equipe do projeto, um questionário de análise abrangente dividido em quatro áreas: sinais e sintomas, avaliação diagnóstica entre o parkinsonismo idiopático e os secundários, estadiamento e tratamento da doença, e histórico e antecedentes. Os dados obtidos são anexados aos prontuários dos pacientes para uma avaliação continuada.

Integrado aos serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e odontologia, os portadores da Doença de Parkinson também podem ser convidados a participar de projetos de pesquisa realizados no próprio HC ou nas unidades parceiras. Ao final da manhã de cada quarta-feira a equipe se reúne para discutir temas ou casos relevantes em forma de seminários e clube de revista.

Resultados e discussão

Os resultados alcançados são subjetivos e respondem às interferências positivas na qualidade de vida dos pacientes atendidos. Quantitativamente, no entanto, os benefícios são analisados através de projetos de pesquisa associados ao PRÓ-PARKINSON, com aplicação de questionários específicos para a Doença de Parkinson. Segundo Peternella e Marcon, 2009, o próprio desconhecimento da doença pelo portador é grande causa de declínio na qualidade de vida desses pacientes.

Assim, espera-se beneficiar diretamente o paciente com Doença de Parkinson do HC/UFPE minimizando os seus sintomas e, portanto, melhorando sua qualidade de vida através da assistência ambulatorial continuada e integral e pelas orientações na prática de educação em saúde. Ainda, no atendimento prévio realizado pela equipe do projeto, os pacientes são triados e encaminhados para serviços

paralelos, sob responsabilidade das equipes multidisciplinares.

Para a dinamização do processo metodológico do PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA criou-se um sistema de atendimento de referência no Estado, que congrega num mesmo espaço atividades de pesquisa, extensão e ensino, com participação direta do paciente, minimizando o tempo de espera. O ensino traz benefícios indiretos para os pacientes, pois atualiza a equipe do projeto com o que se produz de mais novo na literatura nacional e internacional sobre a doença. Portanto, espera-se incentivar a formação de médicos que valorizem a atuação de equipes multiprofissionais, bem como o diagnóstico e exame clínicos.

Entretanto, há algumas limitações metodológicas no projeto. Primeiramente, o MANUAL DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON DO HC/UFPE até a presente data não está sendo distribuído sistematicamente aos pacientes, pois houve uma demora na finalização gráfica e impressão destes. Por outro lado, uma parceria privada foi firmada com o laboratório Roche® que irá disponibilizar nacionalmente o Manual Ilustrado. Ainda, há outras limitações operacionais, uma vez que os resultados obtidos da aplicação de questionários são subjetivos e dependem do binômio entrevistador-paciente.

Considerações finais

O PROJETO PRÓ-PARKINSON: NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA, no decorrer da sua aplicação, corrobora a ideia de como uma abordagem multidisciplinar pode ser o diferencial quanto à maneira de tratar os pacientes com DP. A intercomunicação entre as variadas áreas da saúde - Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia - aliadas à Medicina dá subsídios à formação de uma visão global e integrada acerca da doença e do indivíduo acometido por ela, o que enriquece não apenas o conhecimento dos estudantes e profissionais de saúde envolvidos no projeto, mas também o do próprio paciente. Este passa a compreender de maneira mais clara a situação na qual se encontra e, dessa maneira, torna-se mais propícia e acessível sua adesão a manobras que facilitem o convívio com a doença trazendo, também, a adaptação psicológica, fator que afeta diretamente na qualidade de vida do doente.

A criação do MANUAL DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON DO HC/UFPE, produzido pela equipe envolvida no projeto, agrega e facilita a disseminação de tal conhecimento. Como perspectiva futura, espera-se que sua distribuição não se limite apenas ao âmbito regional, e sim que se difunda com maior amplitude, auxiliando um maior número de pacientes e estimulando, na comunidade científica, a produção de mais projetos multidisciplinares que priorizem o atendimento integral, um dos pilares do atual sistema de saúde brasileiro.

Referências

- Barbosa ER; Teive HAG. Doença de Parkinson: Aspectos Históricos. In: ANDRADE, LAF, et al. Doença de Parkinson: Estratégias atuais de tratamento. 1nd. ed. São Paulo: Omnifarma. 2010; 1 – 9.
- Barbosa MT; Caramelli P; Maia DP; Cunningham MCQ; Guerra HL; Lima- Costa MF; Cardoso F. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: a community-based survey in Brazil: (the Bambuí study). *Mov Disord.* 2006; 21(6): 800-8.
- Braak H; Del Tredici K; Bratzke H. et al. Staging of the intracerebral inclusion body pathology associated with idiopathic Parkinson's disease (preclinical and clinical stages). *J Neurol*, 2002; 249 (Suppl 3): III/1–5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas -Doença de Parkinson. 2010.
- Fahn S, Elton RL, UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's Disease Rating Scale. In: Fahn S, Marsden CD, Calne DB, Goldstein M, eds. *Recent Developments in Parkinson's Disease*. Florham Park, NJ: Macmillan; 1987:153-163.
- 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.
- Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967; 17: 427-442.
- Jankovic J; Tolosa E. *Parkinson's disease & Movement Disorders*. 5. Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins. 2007:113.
- 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.
- Margis R. et al. WHOQOL-OLD assessment of quality of life in elderly patients with Parkinson's disease: influence of sleep and depressive symptoms. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 2010; 32 (2):125-131.
- Meneses MS; Teive HAG. Doença de Parkinson. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Meneses M. S. *Neuroanatomia Aplicada*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Munhoz, RP. A Fase Pré-Motora da Doença de Parkinson. In: ANDRADE, LAF, et al. Doença de Parkinson: Estratégias atuais de tratamento. 1nd. ed. São Paulo: Omnifarma. 2010;11 – 21.
- Navarro - Peternella FM; Marcon, SS. Descobrimos a Doença de Parkinson: Impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2009; 62(1): 25-31.
- Navarro - Peternella FM; Marcon, SS. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(2): 384-91.
- Poewe W. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* 2008; 15(Suppl 1):14-20.
- 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.
- Schestatsky P. et al. Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers. *Rev Bras Psiquiatria.* 2006; 28(3):209-11.

PSI-SAÚDE: PROMOVENDO ESCUTA, CUIDADO E SAÚDE UM PROJETO DE ATENDIMENTO EM CLÍNICA AMPLIADA PARA A UFPE

Profa. Dra. Elaine Magalhães Costa Fernandez¹

Profa. Mestra Maria Lucicleide Falcão de Melo Rodrigues²

Profa. Mestra Telma Costa de Avelar³

Resumo

Este artigo visa descrever o contexto político e institucional que deu origem ao projeto : Psi-Saúde: promovendo escuta, cuidado e saúde assim como seus objetivos e metodologia. Trata-se de um projeto de Atenção Integral à Saúde e à Qualidade de Vida na perspectiva da Integralidade e da Clínica Ampliada. Ele está direcionado às pessoas em sofrimento psíquico ou em situação de vulnerabilidade social, pertencentes à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e/ou às comunidades em seu entorno. Para isto, docentes e discentes do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da UFPE farão parcerias visando práticas interdisciplinares de prevenção, promoção e proteção em saúde mental através do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da violência nas escolas, avaliação e tratamento de conflitos e transtornos psíquicos. Num contexto teórico multi-referencial, as problemáticas decorrentes do uso e abuso das Novas Tecnologias da Comunicação servirão de eixo transversal às diversas etapas do projeto.

Palavras-Chave: Atenção à saúde, Clínica Ampliada, Novas Tecnologias da Comunicação

Abstract

This paper aims to describe the political and institutional context that gave rise to the project: Psi-health: promoting listening, health and care, as well as its objectives and methodology. This project is promoting healthcare and quality of life in the perspective of Integrality and extended clinic. It addresses people in psychical distress or in situation of social vulnerability in the context of the Federal University of Pernambuco (UFPE) and/or its surrounding communities. For this, faculties and students of Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) of UFPE will establish partnerships for the interdisciplinary practices in order to prevent violence in schools, by the assessment and resolution of conflicts and psychic disorders. In a theoretical multi-referential context, the problematic due to the use and misuse of New Information Technologies will work as a transversal axis at the various stages of this project.

Keywords : Healthcare, Extended Clinic, New Information Technologies

1. Professora visitante no Programa de Pós-graduação em Psicologia UFPE Pesquisadora associada Laboratoire clinique, psychopathologie, interculturel (LCPI) Université de Toulouse le Mirail

2. Professora assistente do Departamento de psicologia da UFPE Coordenadora do programa Psi-Saúde

3. Professora assistente e chefe do Departamento de Psicologia da UFPE. Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas /UFPE

Introdução e Objetivos

Em 1980, foi criada a Clínica Psicológica na UFPE com o objetivo de oferecer à comunidade universitária um serviço de atendimento psicológico que levasse em conta as diferentes abordagens ensinadas no departamento de Psicologia. Desde então ela serve de campo de estágio curricular aos alunos dos cursos de graduação em Psicologia clínica, priorizando o atendimento individual de uma população carente que não tem acesso a clínica privada dos profissionais liberais.

Para isto, docentes promovem atividades específicas como reuniões de estudo de casos, de supervisão, além de grupos de estudo e de intercâmbio com instituições e profissionais convidados. Os alunos da graduação selecionados para realizarem seus estágios curriculares neste serviço se beneficiam de uma supervisão em contexto acadêmico cujas modalidades metodológicas dependerão da orientação teórica do professor responsável pelo estágio.

Em mais de trinta anos de práticas clínicas em meio acadêmico, mudanças foram propostas, algumas sendo integradas ao dispositivo, sempre em resposta à grande demanda de atendimentos psicológicos em instituições públicas e em referência a evolução científica da psicologia. Segundo o regulamento aprovado e homologado pelo pleno do Departamento de Psicologia em 28 de abril de 2005, os objetivos específicos da Clínica Psicológica respondem às exigências da formação prática dos alunos do curso de Psicologia na área de Psicologia clínica, proporcionando-lhes condições para um treinamento que os habilite ao exercício da profissão; realizando e colaborando em trabalho e pesquisa no campo da psicologia clínica assim como dando assistência psicológica à comunidade.

Neste contexto foi criado mais recentemente o serviço de Plantão Psicológico, de caráter emergencial e preventivo. O Plantão Psicológico consiste em encontros clínicos pontuais voltados à singularidade de cada caso clínico. Em meio acadêmico, ele têm como uma de suas funções o treino da escuta que, neste sentido, está relacionada à capacidade do estagiário captar aquilo que o paciente busca com o estabelecimento da relação paciente-terapeuta. Este tipo de intervenção pede uma disponibilidade do profissional para se defrontar com o não planejado e com a possibilidade de que o encontro com o cliente seja « único ». Assim, a capacidade do estagiário/terapeuta entender a demanda do paciente e compreender o que fez buscar o auxílio do plantão reside em sua habilidade em ouvir e estar atento ao tema central da queixa. (MAHFOUD, 1987 – p. 75)

Novas perspectivas com o conceito de clínica ampliada...

Se a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde na década de 1980 foram marcados pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência, a partir dos anos 1990 são incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário. Neste bojo se situa a humanização da Atenção à Saúde. (FORTES, 2004, p. 30)

No final dos anos 90, novas diretrizes do Ministério da Saúde vieram implementar um maior diálogo entre os profissionais da saúde pública e da rede social através da humanização da Atenção Integral à Saúde e do conceito de clínica ampliada e compartilhada⁴. Nesta abordagem, a dimensão subjetiva da doença, dos conflitos e do sofrimento humano tornou-se parte integrante do dispositivo, levando o Ministério

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

da Educação a rever as grades curriculares dos cursos superiores de psicologia. Desde então, é pedido aos corpos docentes das universidades federais brasileiras a formação de futuros profissionais abertos a intervenções interdisciplinares e voltadas aos aspectos políticos e éticos do fazer clínico.

Considerando os novos desafios e prioridades impostos pela política de saúde mental, como o SUS e a Lei de cotas, os modelos e práticas de atuação dos profissionais da Clínica Psicológica, tal qual constava do seu projeto de criação, se tornaram insuficientes. Então, privilegiando a perspectiva da clínica ampliada, três docentes do departamento de psicologia da UFPE submeteram à avaliação da PROEXT o projeto : **Psi-Saúde: Promovendo escuta, cuidado e saúde.** Este projeto foi inspirado da experiência de atendimento clínico e de supervisão de estágio curricular realizado durante cinco anos na clínica-escola do Departamento de Psicologia da UFPE pela Prof. Mestre Maria Lucicleide Rodrigues e da experiência de mais de vinte anos em clínica intercultural internacional (França, Brésil, Portugal e Vietnã) da Prof. Dra Elaine Magalhães Costa Fernandez, que também participou da criação de um centro de atendimento psicológico (clínica-escola) na Universidade de Toulouse le Mirail, contribuindo assim à constituição de um campo específico de investigação científica em metodologia de avaliação e de acompanhamento psicológico em situações interculturais. As intervenções de prevenção primária e secundária partirão da experiência em Educação Inclusiva da Prof. Mestra Telma Avelar.

Com este triplo referencial clínico e metodológico, o projeto **Psi-Saúde** responde a uma demanda de qualificação na formação dos alunos de psicologia sintonizada com as novas diretrizes do curso de Psicologia e com o perfil do psicólogo sugerido pelo SUS. As intervenções educativas, na prevenção primária e secundária da violência na escola, e clínicas, na avaliação e tratamento dos transtornos e conflitos decorrentes do uso e abuso da Internet, serão fundamentadas nos resultados da pesquisa científica sobre o Impacto do acesso a redes sociais e jogos em rede nos processos de socialização e de subjetivação de adolescentes do ensino fundamental II e do ensino médio na cidade do Recife/Pe.⁵

O objetivo geral do projeto consiste em realizar atendimento psicológico individual e em grupo, bem como desenvolver ações educativas em saúde mental no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) e em espaços educacionais da população entorno da UFPE. Podemos definir os seguintes objetivos específicos :

1. Realizar atendimento clínico emergencial, sob a forma de Plantão Psicológico
2. Realizar atendimento individual e em grupo, sob a forma de Terapias, para a melhoria da qualidade de vida de pessoas em sofrimento psíquico.
3. Capacitar, através de oficinas, estudantes de psicologia para a escuta e intervenção clínica;
4. Realizar, com educadores de escolas públicas e comunidade, atividades que promovam o cuidado integral à saúde mental, através de rodas de conversas, grupos de encontro e oficinas.
5. Criar um dispositivo de estágio curricular e de pesquisa em psicologia na perspectiva da clínica ampliada e da educação em saúde mental, de modo que alunos de graduação e pós-graduação possam realizar monografias, projetos e prática de pesquisa e demais estudo sistematizados.
6. Promover a integração com áreas de saúde e educação e de disciplinas do curso de psicologia que possam subsidiar ações que se integrem ao fazer da clínica ampliada, e que favoreçam discussão interdisciplinar dos conteúdos abordados.

5. Projeto aprovado pelo sistema CEP/CONEP com o numero CAAE: 03673712.0.0000.5208 sob a coordenação da Prof. Dra. Elaine Magalhães Costa Fernandez.

Marco teórico

Que seja através de técnicas de terapias individuais, grupais ou em atendimentos do Plantão Psicológico, a psicologia esteve, por um bom tempo, distante das questões sociais. No final dos anos 70, época marcada pela inserção dos psicólogos no âmbito das instituições públicas de saúde só usufruiu dos benefícios da psicologia clínica uma pequena parcela da sociedade. Apesar do interesse crescente pela psicologia, notava-se uma concentração quase exclusiva de profissionais recém-formados nos grandes centros urbanos do país e uma ausência de atendimento setorial gratuito dirigido às camadas populares e rurais, economicamente desfavorecidas.

Apesar do modelo de clínica tradicional, baseado no encontro individual, ainda despertar grande interesse na formação acadêmica e eficácia na prática clínica, o conceito de clínica ampliada foi ganhando terreno pela abertura ideológica e o engajamento político que ele impõe aos profissionais da saúde mental. A nova perspectiva de integralidade, priorizando intervenções interdisciplinares, coletivas, supõe uma nova construção na maneira de olhar para antigas questões e legitimar a necessidade de revisão e questionamento das práticas clínicas, favorecendo a instalação de uma consciência crítica de nossa realidade social. (BEZERRA PAPARELLI R., FANTINI NOGUEIRA-MARTINS M.C, 2007)

O surgimento do conceito de clínica ampliada impõe uma ruptura na prática clínica, exigindo uma reforma cultural e epistemológica no fazer e no saber da clínica tradicional, na medida em que ele propõe a ampliação do seu objeto de trabalho, aquilo sobre o que esta prática se responsabiliza. Ela parte de uma concepção da saúde mental que integra o indivíduo ao seu contexto histórico e social, não se limitando a compreender o indivíduo isolado da sua realidade socio-cultural. Neste sentido, ela considera a dimensão cultural da pessoa humana, seus pertencimentos, práticas sociais, valores e identidades culturais (COSTA FERNANDEZ, LESCARRET, 2012). Ela promove a psicologia como agente de mudanças sociais numa dinâmica de crescimento do saber. Ela se opõe a uma psicologia voltada para a adaptação dos indivíduos a nova ordem social capitalista e comprometida com a reprodução de relações instituídas. Esta nova abordagem acredita na capacidade do sujeito a inventar-se (KASTRUP, 2007). Ela não resume os problemas e disfuncionamentos a razões internas ou limitadas ao próprio sujeito, por se opor a uma visão dicotomizada (sujeito/sociedade, privado/público) que, segundo Macedo (1984), orienta a clínica tradicional. Esta perspectiva favorece métodos de investigação da subjetividade que busquem as marcas da sociedade contemporânea globalizada.

Por todas estas razões, a clínica ampliada está voltada para a criação de novas práticas que atendam demandas ainda negadas e que sirvam à criação de espaços emergentes de atuação profissional do psicólogo. Trata-se de uma clínica crítica, audaciosa, que exige do profissional uma reflexão constante dos efeitos do lugar de poder que ocupa e se movimenta pela busca de novas práticas em saúde, pautadas no cuidado e não na normalização e pela ampliação do alcance destas práticas em todos os âmbitos da inserção deste profissional.

Partindo da perspectiva de humanização de Atenção Integral à Saúde, o **projeto Psi-Saúde** foi elaborado em torno do conceito de « escuta em profundidade » desenvolvido pela Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (ROGERS C., 1969), o que envolve ouvir além das palavras, idéias, sentimentos, significado pessoal.

Quando numa relação a pessoa sente e percebe que foi escutada nos seus significados pessoais, e compreendida no que há de mais íntimo e sublime no seu ser, ela se sente libertada no sentido de querer transmitir mais sobre seu mundo e isto a torna mais acessível ao processo de mudança (ROGERS, 1974 p.46).

Mas para que haja encontro profundo e significativamente potencial para propiciar mudanças, o terapeuta deve possuir uma qualidade especial para acolher, ouvir e promover, a revelação de intimidade de afetos (MORATO, 1999). Esta habilidade demanda compreensão e qualidade de escuta no ato de compreensão que possibilite “cura”, no sentido de cuidado, definido como um estado no qual algo tem importância. O cuidado deve tornar-se um fato psicológico consciente, oposto de apatia e fonte de Eros. (MAY 1973, p.320). Partiremos da hipótese que o homem encontra-se sempre em uma situação de cuidado consigo mesmo e com os outros ao seu redor (SALES, 2008). Esta noção de cuidado sera estendida às novas subjetividades, fruto da mutação cultural impactada pela Internet e pelas Novas Tecnologias da Comunicação (NTC). (LEVY, P., 1997)

Metodologia

O **projeto Psi-Saúde** se apoia nos princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) segundo a qual a prevenção, a avaliação e o tratamento adequados de certos transtornos mentais e comportamentais podem reduzir fatores de riscos, sejam essas intervenções orientadas para indivíduos, famílias, escolas ou outros setores da comunidade em geral (OMS, 2006). Dai visar oferecer um terreno de aplicação e exercício do saber e do fazer do psicólogo clínico nos três níveis de prevenção primária, secundária e terciária conhecidos como níveis de Leavell (LEAVELL H., 1976)

Prevenção primária através de ações educativas de prevenção da violência nas escolas

A prevenção primária visa a proteção da saúde. O objetivo, nesse momento, é modificar, evitar ou remover os fatores de risco em uma direção favorável, antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará ao transtorno psíquico ou à desadaptação social. Acreditamos que a prevenção primária na saúde mental deva ser estabelecida por meio de uma abordagem educativa e reguladora, com o objetivo de evitar hábitos que possam favorecer o aparecimento de alguns transtornos mentais.

Serão priorizadas ações educativas de prevenção da violência nas escolas, pois se tem observado nos últimos anos um aumento da violência estudantil neste contexto. Tal realidade tem sido alvo de preocupação por parte da sociedade como um todo e em especial dos professores que se sentem despreparados, inseguros e intimidados para lidar com esse problema (PIGASSO, 2010).

Diante deste cenário, preocupante para aqueles que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com o processo educacional, observa-se um número crescente de pesquisas cujo olhar está centrado na violência dentro do ambiente escolar. Nesse sentido, de acordo com Chrispino e Dusi (2008) destacam-se os trabalhos desenvolvidos no Programa de Mestrado da Universidade Católica de Brasília/observatório da violência escolar, que buscam focar a temática em questão com a visão docente (OLIVEIRA, M. G. P., 2003; OLIVEIRA, R. B. L., 2004), com a comunidade (SILVA, 2004), com o rendimento escolar (VALE, 2004), com a gestão escolar (CARREIRA, 2005), com a visão discente (RIBEIRO, 2004; FERNANDES, 2006), dentre outros.

O quadro de violência escolar estabelecido evidenciava, então, a necessidade de políticas públicas que visassem o seu combate. Nesse contexto, Chrispino e Dusi (2008) desenvolveram um projeto que apresentava um modelo de políticas públicas para redução da violência escolar e promoção da cultura da paz, objetivando trabalhar com a prevenção e a mediação do conflito.

Prevenção secundária através da definição de critérios de riscos do uso e abuso das Novas Tecnologias da Comunicação (NTC)

A Prevenção Secundária é uma linha de defesa secundária da doença que visa à detecção precoce de problemas, o diagnóstico diferencial de transtornos mentais e o tratamento através de programas de rastreamento. Apesar da não prevenirem o processo de desconforto, muitas vezes por desconhecimento das causas, podem prevenir as seqüelas permanentes. Trata-se de uma intervenção transdisciplinar de avaliação, que na abordagem das Terapias Cognitivas Comportamentais seguira os passos da Conceitualização cognitiva, através de questionários socráticos e a participação colaborativa do paciente.

Considerando a onipresença das Novas Tecnologias da Comunicação (NTC) no mundo de hoje, será priorizada a definição de indicadores do risco do uso intensivo da Internet através de rodas de conversa com pais, professores e alunos da rede pública ou particular de escolas de Recife. Serão analisados como principais riscos:

1. risco de exclusão, em particular os non-lives
2. risco de choque com conteúdos ultra violentos, em cenas ultra-realistas;
3. risco de ciber-dependência, ligado não necessariamente ao tempo de conexão, mas à incapacidade a gerenciar o tempo, a um investimento virtual massivo acompanhado de um desinvestimento do mundo externo.
4. risco de desvios como o mercado paralelo dos objetos informatizados.

Prevenção terciária na avaliação e tratamento dos transtornos decorrentes do uso e abuso das Novas Tecnologias da Comunicação (NTC)

A Prevenção Terciária acontece quando o transtorno patológico se torna sintomático e a assistência psicológica é procurada. Ela refere-se às atividades clínicas que previnem a deterioração adicional ou reduzem as complicações após o estabelecimento da doença. Nestes casos, o objetivo do psicólogo clínico é limitar a incapacidade em pacientes com sintomas precoces, ou reabilitar pacientes com transtornos sintomáticos tardios. Trata-se também de evitar a progressão do transtorno, evitar ou diminuir suas complicações, incapacidades, seqüelas, sofrimento ou ansiedade, promover a adaptação do paciente às situações difíceis e prevenir recorrências da doença, controlando-a de maneira adequada.

A nível clínico, pretende-se aplicar instrumentos de diagnóstico para a dependência de Internet (DI), conceito relativamente novo caracterizado pela incapacidade de controlar o próprio uso da Internet, ocasionando ao indivíduo um sofrimento intenso e/ou prejuízo significativo em diversas áreas da vida (YOUNG, 1996), e assim contribuir às pesquisas em andamento de validação deste instrumento à realidade brasileira (COSTA FERNANDEZ, ALMOEDO ASSIS, 2013). Serão também estudados procedimentos terapêuticos de tratamento de transtornos de impulso baseados nas Terapias Cognitivo-comportamentais

(TCC) (YOUNG K. NABUCO DE ABREU, 2011), como a reestruturação cognitiva (RC), técnicas de entrevistas motivacionais (EM) (PUJOL C., SCHMIT A. E al., 2009) e Treino de Habilidades sociais (THS) (YOUNG, 1996). Partiremos do modelo teórico desenvolvido da TCC no qual vulnerabilidade individual, eventos de vida estressantes e distorções cognitivas estariam relacionados com a etiologia de um uso patológico de Internet. (DAVIS, 2001).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) servira de referência para a avaliação e tratamento dos transtornos decorrentes do uso patológico das NTC por embasar-se na teoria do aprendizado social em que os sujeitos adquirem novos comportamentos e sistemas de crenças como resultado de experiências vivenciadas. O trabalho terapêutico das TCC com dependentes de drogas a partir do aprendizado e das crenças do paciente, de eficácia comprovada, será adaptado à transtornos decorrentes do uso patológico da Internet e outros transtornos do impulso. (DIAMOND E COLS., 2002; STEPHENS,ROFFMAN E CURTIN, 2000). Serão utilizadas as seguintes técnicas de intervenção : Reestruturação cognitiva (RC); Entrevista Motivacional (EM) (MILLER, ROLLNICK, 2001) e Treino de habilidades sociais (THS).

Este projeto pretende implantar programas de treino em habilidades sociais (THS) planejados na perspectiva da clínica ampliada, com rodas de conversas com pais, professores e educadores visando o aconselhamento e a redução de conflitos decorrentes do uso e abuso da Internet na dinâmica familiar, uma vez que a inabilidade social é um fator de risco para o desenvolvimento de Dependência à Internet (DI) e muitas vezes pode ser a consequência desta. (CABALLO, 2003)

Resultados e discussão

Como descrito, o **Projeto Psi-Saúde** visa contribuir às atividades curriculares e complementares previstas no Projeto pedagógico do Curso de Psicologia da UFPE, que tem como pressuposto a integração entre o ensino, pesquisa e extensão. Tal integração será obtida na medida em que se proporcionará a professores, estagiários e usuários um espaço aonde desenvolver/participar de projetos direcionados às demandas sociais numa perspectiva de Integralidade. Num duplo movimento, a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos adquiridos retornarão à academia originando reflexões teórico-práticas que irão gerar novos conhecimentos tendo como base a confluência entre os saberes intra e extra-muros da Universidade. Nesse contexto, demandas individuais ou coletivas (pessoas/grupos em situação de vulnerabilidade social e/ou sofrimento psíquico) serão atendidas, e estaremos contribuindo, assim, para a promoção da saúde/educação da nossa região.

O projeto será realizado no Serviço de Psicologia Aplicada, situado no Campus de Recife da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) por ser um espaço com infraestrutura adequado ao desenvolvimento das atividades em grupo e individual e ser acessível à população alvo. A carga horária será de 16 horas semanais para estudo, atendimentos individuais e em grupo, supervisão, planejamento e avaliação.

O projeto dar-se-á da seguinte forma:

1. Estudo teórico e metodológico de casos clínicos;
2. Visitas a comunidade
3. Atividades práticas de sensibilização para escuta clínica;
4. Atendimentos individual, em grupo e na comunidade;

5. Supervisão
6. Ações de Educação em saúde mental, através de oficinas, roda de conversas, grupos de encontro
7. Avaliação e devolução dos resultados

A avaliação pelo público alvo será feita através dos relatos dos atendimentos realizados; das devoluções, de entrevistas e de um instrumento de avaliação a ser elaborado e respondido pelos participantes. A avaliação do corpo docente e discente será contínua, ou seja, a cada término de uma atividade, o responsável avaliará os resultados juntamente com seus orientandos devendo ser devidamente registrados. A equipe do projeto se reunirá mensalmente para avaliar o andamento dos trabalhos, integrar as ações, replanejar e/ou planejar novas atividades em função das demandas.

Considerações finais

O projeto **Psi-Saúde: promovendo escuta, cuidado e saúde**, dará continuidade às atividades da Clínica Psicológica da UFPE. Entre 2006 e 2011 foram oferecidos estágios supervisionados para a realização de atendimentos clínicos em duas modalidades: o plantão psicológico e a psicoterapia de curta duração. Apesar das limitações e dificuldades encontradas, os resultados obtidos junto à população atendida, de acordo com seus depoimentos, foram positivos. Ficou comprovada a contribuição das diversas intervenções no tratamento de tensões psicológicas, garantindo um melhor investimento no percurso de vida dos usuários da Clínica Psicológica. No que se refere aos estagiários, pôde-se verificar através de suas práticas, seus relatos de casos devidamente registrados, de documentos tais como relatórios e apresentações em seminários, a obtenção de condições básicas necessárias à prática profissional, com uma visão crítica do fazer do psicólogo clínico, bem como uma consciência da necessidade de uma formação continuada.

Embora, essas ações tenham sido positivas, verificamos a necessidade de ampliação e inovações para além de uma clínica individual, trazendo para o Serviço de Psicologia Aplicada da UFPE novas perspectivas tanto do ponto de vista conceitual quanto clínico. Isto não significa o não fazer desta modalidade de atendimento, ou a sua ineficácia, mas uma ampliação de ações que possa aproximar cada vez mais a formação acadêmica da realidade social.

E então na perspectiva da Clínica Ampliada que o Projeto Psi-Saúde, atendendo às novas exigências de humanização da atenção à saúde das Políticas Públicas, visa contribuir à formação de psicólogos mais voltados às realidades sociais. Trata-se de um dispositivo de atendimento psicológico eficaz e aberto, favorecendo tanto a pesquisa científica quanto à educação em saúde mental, sempre numa dimensão preventiva. O projeto justifica-se pela nova grade curricular e pela possibilidade de promover ações nos três níveis de prevenção da saúde mental. Pretende-se que os alunos participantes do projeto desenvolvam consciência crítica, capacidade de reflexão e de intervenção sobre a realidade. As técnicas e metodologias aplicadas serão previamente discutidas e sempre associadas à ética da escuta clínica e aos modelos teóricos de referência.

Referências

- BEZERRA PAPARELLI R. & FANTINI NOGUEIRA-MARTINS M.C. Psicólogos em Formação: Vivências e Demandas em Plantão Psicológico. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (1), 64-79
- CABALLO VE. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2003
- CARREIRA, D. B. X. Violência nas escolas: qual o papel da gestão?. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2005.
- CHRISPINO, A; DUSI, M.L.H. Uma proposta de modelagem de política pública para a redução da violência escolar e promoção da Cultura da Paz. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 16, n. 61, p. 597-624, out./dez. 2008.
- COSTA FERNANDEZ E. LESCARRET O. De la diversité linguistique aux pratiques interculturelles. Paris: L'Harmattan. 2012, 256 pps.
- COSTA FERNANDEZ E., ALMOEDO ASSIS R., Avaliação do impacto do uso da Internet nos processos de socialização e de subjetivação de adolescentes. Da pesquisa à prática clínica em TCC. Artigo enviado para submissão à *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2013.
- DAVIS RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comp Human Behav*. 2001;17 (2):187-95.
- DIAMOND, G.; GOODLEY, S.; e cols. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 2002, 97, 1, 70-83.
- FORTES P. A. C., Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Revista Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004
- KASTRUP, V. (2007) A invenção de si e do mundo. Uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição / — Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 256 p. — (Educação: Experiência e Sentido)
- LEAVEL, HUGH; CLARK, GURNEY (Orgs.). Medicina preventiva. São Paulo: Macgraw-Hill, 1976.
- LEVY P., L'intelligence collective : pour une anthropologie du cyberspace / Paris : La Découverte : Poche, 1997. —246 p. (Essais ; 26)
- MACEDO, R.M. (Org.) Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. São Paulo: Cortez., 1984.
- MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: Plantão Psicológico. In Rosenberg, R.L. (org.), Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, E.P.U., São Paulo, 1987, pp.75-83
- MAY, R. Eros e Repressão. Petrópolis, Vozes, 1973.
- MILLER WR, ROLLNICK S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- MORATO, H. T. P. Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinaridade. In H. T. P. Morato (Org.), Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios (pp. 61-89). São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999
- OLIVEIRA, R. B. L. Significações de violências na perspectiva de professores que trabalham em escolas “violentas”. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2004
- PIGASSO N., A docência e a violência estudantil no contexto atual. aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro,

v. 18, n. 67, p. 303-324, abr./jun. 2010

PUJOL C., SCHIMIT A., e als.,. Grupo de Estudos sobre Adicoes Tecnologicas de Porto Alegre GEAT) Revista Brasileira de Psiquiatria vol.31, n°2. Sao Paulo June 2009

RIBEIRO, R. M. C. Significações da violência escolar na perspectiva dos alunos. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2004.

ROGERS, C. De pessoa para pessoa: o problema de ser humano: uma nova tendência na psicologia. S. Paulo Pioneira. 1987.

_____. Liberdade para aprender. Interlivros Minas Gerais, Belo horizonte.1969.

SALES C.A. O ser no mundo e o cuidado humano: concepções Heideggerianas. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):563-8.

SILVA, M. N. Escola e comunidade juntas contra a violência escolar: diagnóstico e esboço de plano de intervenção. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2004.

VALE, C. M. R. Violência simbólica e rendimento escolar. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2004.

YOUNG, K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, August 11, 1996. Toronto, Canada.

YOUNG K. NABUCO DE ABREU C. e col. Manual e Guia de avaliação para dependencia à Internet. Porto Alegre. ARTMED, 2011

QUANDO A VIOLÊNCIA BATE A PORTA DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO ACADÊMICO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Luciana Melo de Souza Leão

– Doutoranda; Sanitarista do HC; lotada no Setor de Saúde Mental;

Integrante do Núcleo Acadêmico de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (Nusp-UFPE);

lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Valdilene Pereira Viana Schmaller – Doutora; Chefe do Departamento de Serviço Social;

Coordenadora do Núcleo Acadêmico de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde (Nusp-UFPE);

valdileneviana@uol.com.br;

Helena Farias de Medeiros e Silva – Estagiária curricular de Psicologia

do Núcleo Acadêmico de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde;

helenafmedeiros@gmail

Resumo

O presente artigo relata a experiência do Núcleo Acadêmico de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da UFPE, partindo da premissa de que o tema da violência não pode ser encoberto pelo campo da Saúde. Assim, o percurso de construção do texto tratou, em um primeiro momento, de um breve apanhado sobre o conceito de violência, seguido do apontamento dos grupos mais vulneráveis diante desta problemática. Em seguida, o debate sobre a implicação do campo da saúde no enfrentamento da violência entra em cena, junto à apresentação da política de redução das morbimortalidades por acidentes e violências. Por fim, são discorridas as ações de sensibilização voltadas para os profissionais e estudantes no campo da saúde, especialmente o relato da experiência no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Palavras-chave: Violência e saúde; Formação em saúde, Notificação das violências.

Resumen

Este artículo relata la experiencia de Prevención de la Violencia Núcleo Académico y Promoción de la Salud del Hospital de las Clínicas de la UFPE, basado en la premisa de que el tema de la violencia no pueden ser cubierto por el ámbito de la salud. De este modo, el curso de la construcción del texto

se trata, en primer lugar, un breve resumen en el concepto de violencia, seguido por la designación de los grupos más vulnerables a este problema. A continuación, el debate sobre el impacto del sector de la salud en la lucha contra la violencia entra en juego, con la presentación de la política de reducción de las morbimortalidades por accidentes y violencia. Por último, se elaboró sobre las acciones de sensibilización dirigidas a los profesionales y estudiantes en el campo de la salud, especialmente la cuenta de la experiencia en el Departamento de Odontología de la Universidad Federal de Pernambuco.

Palabras clave: Violencia y Salud, Educación para la Salud, la notificación de la violencia.

Introdução

Este artigo nasceu a partir das ações e reflexões realizadas pelos integrantes do Núcleo Acadêmico de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, unidade do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco (NUSP/UFPE), no período de 2009 a 2010. Em meio às atividades planejadas e desenvolvidas, estávamos concentrando nossos esforços na sensibilização de profissionais e estudantes do campus e do hospital universitário (com foco no preenchimento da ficha de notificação dos casos de violência), além de estarmos preparando um seminário sobre o tema da violência e a implicação do setor saúde, a fim de responder às ações previstas em um projeto aprovado pela Pró-reitoria de Extensão (PROEXT) da respectiva universidade.

Além de atrelar os encontros de sensibilização à realização do seminário, também estávamos preocupados com o embasamento teórico de nosso grupo, assim, tínhamos uma programação de discussão teórica sobre temas relacionados à saúde coletiva e à saúde e violência, com periodicidade quinzenal, como meio de qualificar a equipe de profissionais e de estagiários do Núcleo. Foi então, partindo dessas diversas fontes de troca e interação que consideramos pertinente produzirmos um texto que versasse sobre a experiência desse período, com o objetivo de fomentar possíveis ações dessa natureza em outros espaços de enfrentamento da violência, bem como, como um recurso de reflexão do percurso ora trilhado.

O presente artigo apresenta, em um primeiro momento, um breve apanhado sobre o conceito de violência, seguido do apontamento dos grupos mais vulneráveis diante desta problemática. Em seguida, o debate sobre a implicação do campo da saúde no enfrentamento da violência entra em cena, junto à apresentação da política de redução das morbimortalidades por acidentes e violências. Por fim, são discorridas as ações de sensibilização voltadas para os profissionais e estudantes no campo da saúde, especialmente o relato da experiência no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Marco Teórico - As (in) compreensões da violência

A violência entendida como evento complexo, pode decorrer de múltiplas motivações e fatores, envolvendo indivíduos, famílias e a comunidade. É um processo histórico e socialmente construído, portanto, relacionado aos determinantes sociais, econômicos e culturais, tais como: pobreza, desemprego, exclusão, concentração de renda, ausência do poder público, machismo, homofobia e racismo.

Considerar, entretanto, que se trata de um fenômeno histórico, não significa que a violência se apresenta da mesma maneira e na mesma proporção nas diferentes sociedades. Há comunidades e culturas menos violentas que outras e, certamente, o avanço de dispositivos institucionais atrelados à luta por

direitos de determinados grupos sociais sinalizam que podem existir formas de resolução de conflitos não calcadas na imposição do poder ou da força (Minayo, 2006, p.17)

Nesse sentido, quão mais as pessoas exercem sua cidadania, menos toleram e aceitam “o emprego ilegítimo da força física, moral ou política, contra a vontade do outro” (Minayo, *op. cit.*, p.17). Geralmente este “outro”, traduzido em um indivíduo ou grupo de indivíduos, apresenta características sociais, econômicas e culturais tidas como inferiores ou diferentes do modelo hegemônico estabelecido em determinado período histórico.

Atualmente, podemos afirmar que os grupos de *mulheres*, dos *idosos* e das *crianças e adolescentes* constituem-se como coletivos mais vulneráveis à violência, ressaltando a importância de compreendê-los à luz das dimensões de gênero, raça e classe.

A violência e os grupos vulneráveis

A *violência contra a mulher* está profundamente enraizada nas relações desiguais de poder entre homens e mulheres e, muitas vezes, é legitimada através das normas sociais, as quais tendem a valorizar de maneira diferenciada os papéis masculinos e femininos (Assis, 2007, p.67).

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos (Brasil, 2001, p.11).

A *população idosa*, por sua vez, apresenta algumas peculiaridades que a deixa mais suscetível à violência, tanto no ambiente externo ao lar, como na própria casa. Pesquisas mostram, inclusive, que o ambiente doméstico concentra a maciça parte das violências cometidas contra os idosos, as quais podem se desvelar através da negligência com os cuidados básicos ou, ainda, através de toda uma ‘sorte’ de maus-tratos perpetrados. Geralmente, também, a violência nesses casos está associada a conflitos e a desentendimentos intergeracionais (Assis, 2007, p.97).

A *violência contra crianças e adolescentes* é uma temática e uma problemática que há mais tempo chama a atenção da sociedade, da mídia e da literatura. Segundo Assis & Constantini (2003, p.170), a década de 90 foi fortemente marcada por produções relacionadas à violência doméstica contra crianças e adolescentes, especialmente no campo da Saúde Pública.

Para Saffioti (1997), citada por Barros (2005, p.63) a violência direcionada contra as crianças e os adolescentes precisa ser enxergada com relevo, pois há dificuldades de se estabelecer relações igualitárias de poder na estrutura familiar onde a hierarquização se pauta nas relações entre adultos detentores do poder e desses sobre os primeiros, socialmente excluídos do processo decisório.

O que o setor saúde tem a ver com isso?

No Brasil o aumento progressivo dos eventos de violências e acidentes é uma realidade. Segundo afirma Minayo (2006, p.45) “por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão

de Saúde Pública e nem um problema médico típico, mas ela afeta fortemente a saúde”. Pois, ainda segundo a autora:

- provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde;
- coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; e
- evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Nesse sentido, as causas das violências embora enraizadas em seus aspectos socioeconômicos e históricos, afetam a saúde individual e coletiva e acarretam demandas dos serviços de saúde, geram perdas imensuráveis aos indivíduos, a família e gastos para as políticas sociais e prejuízos econômicos.

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...] O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p.05, *apud* Minayo, 2006, p.49)

Não há como desconsiderar assim, a violência como um problema de saúde pública. Pautada na agenda nacional no início dos anos 1980, apenas na década de 90 é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como uma questão que não se limitava à arena da segurança pública (Minayo, 2006, p.49).

De acordo com Souza (*et al.*, 2009, p.1717), diferentemente de outros problemas de saúde, a complexidade que envolve o tema da violência requer, igualmente, uma abordagem complexa para compreendê-la. Não se trata, assim, simplesmente de cuidar de ferimentos, mas de fornecer uma escuta qualificada, o apoio necessário e uma equipe apta a realizar um atendimento mais integral.

Segundo Minayo & Deslandes (2009, p.1642), apesar das limitações do campo da saúde, este ainda tem sido o setor que provoca e debate o tema da violência, além de dar suporte no que diz respeito ao cuidado e tratamento de suas vítimas.

A criação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência e da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

O Ministério da Saúde publicou, em 2001, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a qual estabelece as diretrizes e responsabilidades institucionais voltadas para a promoção da saúde e prevenção da violência, a fim de alcançar a qualidade de vida através de medidas intersetoriais e o fortalecimento da ação comunitária.

A Política de Redução de Morbimortalidade é constituída por três princípios norteadores: 1) a saúde como um direito humano fundamental e essencial tanto para o desenvolvimento social como econômico; 2) o direito e respeito à vida configurados como valores éticos da cultura e da saúde; 3) a promoção da saúde considerando os programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes (Brasil, 2001, p.24).

Ao analisar a rede de atenção voltada para as vítimas de acidentes e violências nas cidades do Rio de Janeiro, Brasília, Manaus, Curitiba e Recife a partir da implementação da respectiva política, Minayo & Deslandes (2009, p.1644) apontam que ainda é bastante limitado o percentual de unidades de saúde que prestam atenção diferenciada aos usuários com esse perfil.

As autoras chamam a atenção para a tímida participação da Atenção Básica quando há queixas relacionadas à violência, mesmo considerando a importância deste nível de atenção para o enfrentamento deste agravo. Por outro lado, também endossam a deficiência da rede hospitalar, traduzidas na baixa oferta do número de leitos para os acometidos por acidentes e violências.

Enquanto a cidade de Recife aparece como aquela que alcança maior proporção no número de leitos disponíveis (com 50% dos hospitais adequados aos requisitos da política), Curitiba se destaca pelo trabalho realizado com os familiares das vítimas. O envolvimento dos familiares é um dos caminhos apontados pelas políticas e ações de enfrentamento da violência, pois acena para as ações de prevenção, na perspectiva de se aproximar dos fatores desencadeantes desse fenômeno. Além disso, o diálogo do campo da saúde com outras instituições capazes de darem suporte às vítimas de violência, como conselhos tutelares, centros de assistência social etc., é fortemente incentivado pelas autoras. Por fim, sobre os ambulatórios especializados, afirmam:

Os ambulatórios especializados que oferecem cuidados médicos, suporte psicológico e social às vítimas de violência, ainda que sejam em pequenos números nas localidades analisadas, realizam um atendimento relevante e específico, cuidando tanto da vítima como das famílias. Sugerimos apoio e valorização constante de tais iniciativas, para que tenham continuidade e possam aprofundar e expandir o seu trabalho (Minayo & Deslandes, 2009, p.1645).

Núcleos Acadêmicos de Prevenção à Violência

Através do eixo da política que busca fomentar o “apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas”, iniciou-se o debate a respeito da criação de uma rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde. Assim, em maio de 2004 foi publicada a portaria GM 936, para implantar a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde a partir da criação e estruturação dos Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios do Brasil.

Dessa forma, um ano após o lançamento da Política, o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP/UFPE) integrou-se à rede nacional de prevenção à violência e promoção da saúde e estruturou o Núcleo Acadêmico com o objetivo de implementar estratégias e ações de enfrentamentos das violências e de Promoção da Cultura da Paz.

Os propósitos do Núcleo Acadêmico visam reunir pesquisadores; profissionais de saúde e diferentes segmentos sociais para contribuir para o enfrentamento da violência; assessorar tecnicamente os estados e

municípios na implementação dos planos de enfrentamento à violência e desenvolver tecnologia de apoio à implementação da notificação de maus-tratos e outras violências.

O nosso Núcleo, composto por profissionais do Nusp e do Hospital das Clínicas da UFPE vem desenvolvendo seus projetos voltados para a sensibilização e formação dos profissionais da saúde, especialmente para o corpo de trabalhadores do Hospital das Clínicas e para os discentes da UFPE.

Tais projetos geralmente são realizados através do apoio da Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco e de editais de determinadas áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Ações desenvolvidas pelo Núcleo Acadêmico de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde da UFPE

As políticas de prevenção à violência voltadas para as crianças e os adolescentes, para as mulheres, idosos e outros grupos vulneráveis se alinham às leis como a da Maria da Penha, ao Estatuto da Criança e do Adolescente e do idoso, as quais destacam a importância da violência ser enfrentada e, certamente, para tanto, um dos caminhos possíveis é a sensibilização e a formação de pessoas que estão em contato direto com esta população e com esta problemática. Assim, os profissionais de saúde, os discentes e docentes aparecem como público prioritário neste cenário (Souza, *et al.*, 2009, p.1710).

Nesse sentido, uma estratégia recorrentemente pontuada nesses momentos de formação tem sido a apresentação da Ficha de Notificação da Violência, levando-se em consideração que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências tornou obrigatória a notificação dos casos de violência, realizada pelos profissionais dos serviços de saúde.

Os espaços de formação tem sido os mais diversos, desde a sala de aula de estudantes de graduação¹ ou com estagiários curriculares inscritos no Núcleo até encontros setoriais no hospital que contam com profissionais que estão na ‘ponta’ do serviço, como auxiliares de enfermagem. Porém, independente do público e do formato da sensibilização, há a preocupação de atrelar a ficha de notificação às questões conceituais da violência a fim de que os casos possam ser melhor compreendidos e que o instrumento passe a fazer sentido na rotina do serviço. Além, claro, de diminuir a subnotificação dos casos que chegam às unidades de saúde.

Arpini *et al.* (2008, p.98) em seus estudos afirmam que “a subnotificação nos casos de violência [...] é um problema grave, sobretudo quando se sabe que em dados epidemiológicos baseiam-se as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão”.

Nestes termos, compreendemos que a Ficha de Notificação Individual é um instrumento epidemiológico fundamental nos serviços de saúde cuja finalidade é desvelar informações sobre as violências até então não notificadas, como a negligência, maus-tratos, dentre outras. O ato de notificar gera informações claras e compreensivas às autoridades de saúde e aos demais órgãos competentes. Os dados gerados pelo ato de notificar podem contribuir, como apontado acima, para o atendimento de proteção às vítimas e para o planejamento de políticas públicas que combatam o fenômeno da violência.

Por outro lado, a ausência ou a tímida implementação de medidas voltadas para a formação das equipes de saúde sobre o tema e sobre a ficha de notificação é uma realidade que termina por agravar o atendimento dos usuários vítimas de violência que chegam ao serviço (Souza *et. al.*, 2009, p.1710). Nesse caminho Minayo e Deslandes (2009, p.1645) destacam:

1. A partir do ano de 2007, o Centro de Ciências Sociais e Aplicadas (CCSA-UFPE) passou a oferecer uma disciplina sobre violência e saúde voltada para os cursos de saúde e para o curso de serviço social. Tal implementação partiu de uma negociação do Núcleo Acadêmico com a coordenação do respectivo Centro.

O sistema de registro sobre acidentes e violências – nos três níveis de atenção – é ainda muito pouco fidedigno e pouco eficiente. Inúmeras limitações ocorrem e dentre elas citamos o subjetivismo com que muitos profissionais registram os fatos ou o puro e simples descaso na notificação.

Muitas vezes há dificuldade por parte dos profissionais de saúde em identificar e registrar os casos de violência seja porque se desconhecem os conceitos e sinais atrelados a casos de negligência; abandono, violência física e/ou sexual, seja porque existe o medo de sofrer represálias diante da iniciativa da notificação; é o que nos aponta Kathie Njaine, ao ser indagada sobre os desafios do enfrentamento da violência na saúde (Torres, 2010, p.07).

Considerando que o presente artigo pode ser um instrumento de aquisição de novos conceitos, seguem as definições dos tipos de violência que aparecem na literatura, a partir das autoras Azevedo & Guerra (2002, *apud* Pimentel & Araujo, 2006, p.40), com ênfase no público de crianças e adolescentes.

- a) Negligência: omissão em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais ou responsáveis falham em alimentar, vestir adequadamente seus filhos, etc.
- b) Violência física: atos que causam dor física, e não apenas dano. Também encontrada na literatura sob a denominação de síndrome de maus-tratos físicos e abuso físico.
- c) Violência psicológica: atitudes e condutas perante a criança que ocasionam medo, frustração, experiência de temor quanto à própria integridade física e psicológica, ameaças verbais com conteúdo violento, ou emocional. Inclui a rejeição, o não reconhecimento da criança em sua condição de sujeito; degradação ou subvalorização da criança, expondo-a à humilhação pública e atribuindo apelidos depreciativos, ameaças, surras, reprimendas, castigos, isolamento, exploração.
- d) Violência sexual: ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular, sexualmente, essa criança ou adolescente ou utilizá-lo para obter uma estimulação sobre sua pessoa ou de outra pessoa.

Metodologia - Departamento de Odontologia: um relato de experiência

A Política Nacional apontou que determinados setores seriam prioritários para receberem capacitações e sensibilizações sobre a temática da violência: “os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico” (Brasil, 2001, p.18).

Deste modo, os setores do Hospital das Clínicas selecionados pelo Núcleo Acadêmico para a realização das atividades de sensibilização e capacitação foram: Pediatria, Centro Obstétrico, Maternidade, DIP infantil e adulto, Serviço Social, SPA (Serviço de Pronto-Atendimento) e Psicologia, seguidos pela Dermatologia e Odontologia.

O Departamento de Odontologia foi elencado pela necessidade de incluir essa discussão no respectivo campo. Segundo Andrade Lima *et al.* (2005, p.232), o odontólogo é um dos profissionais que tem mais chance de atender a um caso de violência física, considerando que cerca de 50% desses casos causam traumas na boca/face. Além disso, trata-se de um campo de recente investigação, no qual há escassez de informações sobre a relação da violência e da odontologia, como revela o estudo abaixo:

Os resultados obtidos mostram que a produção nacional em odontologia não tem contemplado os aspectos relacionados à violência. Não há estudos referentes à violência doméstica nem na área estrita da odontologia legal, nem na saúde coletiva. O que releva a necessidade de incentivar a pesquisa e grupos de estudo nessa lógica (Santi *et al.*, p.244, 2005).

O Núcleo então elaborou um cronograma de formação tanto para os docentes do curso, como para os estudantes do 5º ao 10º período da graduação em odontologia². Os encontros de sensibilização ocorreram ao longo do primeiro semestre de 2010 e contou com cinco momentos, descritos abaixo:

- *Primeiro momento*: participação de docentes do curso - foi realizada a sensibilização sobre a temática da violência e a sua implicação na saúde e, mais especificamente, no campo da Odontologia. Em seguida, houve a apresentação da proposta voltada para os estudantes e algumas pactuações, no sentido deles notificarem os casos existentes na Clínica Escola de Odontologia e, nós, do Hospital das Clínicas, acolhermos os respectivos casos para a assistência e encaminhamentos necessários;
- *Segundo ao quinto momento*: esses encontros se voltaram para os estudantes do curso de odontologia. Foram realizados dois encontros com duas turmas geminadas e dois outros com turmas separadas por considerarmos que a metodologia utilizada não comportava um número muito grande de participantes. O passo a passo constou da apresentação da proposta; do levantamento de alguns aspectos da política de redução de morbimortalidades por acidentes e violência e, por fim, do preenchimento por parte deles da ficha de notificação da violência, a partir de um caso fictício elaborado por nossa equipe.

Discussão

É importante destacar que durante todo o processo houve grande abertura e porosidade da Coordenação do Curso de Odontologia, desde os primeiros diálogos ao efetivo desenvolvimento da proposta. Também ficamos positivamente surpresos com a grande participação dos professores e do quanto foram propositivos em relação à temática da violência nas disciplinas que ministravam. Quanto aos estudantes, em alguns encontros se mostravam mais interessados, em outros, no entanto, não houve o *rappor* que esperávamos.

Porém, de um modo geral, avaliamos o processo como uma iniciativa relevante para reforçar a necessária implicação do profissional de saúde diante das situações e casos relacionados à violência.

Certamente, experiências como esta diminuem a possibilidade do que pontua Souza *et al.* (2009, p.1717), ao concluir um estudo sobre o tema da violência nos espaços da sala de aula: o tema da violência

2. Os estudantes do 1º ao 4º período por fazerem parte da nova grade curricular do curso, já estavam recebendo informações relativas à violência, portanto, houve prioridade para as turmas do currículo antigo.

não é percebido como uma discussão que deve encabeçar uma disciplina obrigatória nas grades curriculares dos cursos ligados à saúde, mas ser inserido de maneira transversal nos conteúdos correlatos. Entretanto, as autoras chamam a atenção de que a não obrigatoriedade pode representar a ausência ou a timidez do debate por aqueles professores não sensibilizados à problemática.

Parece assim, que, ao incluir docentes e discentes nas atividades de formação, conseguimos galgar e pactuar um lugar de mais relevo para a discussão da violência e da saúde.

Considerações finais

A despeito da obrigatoriedade da notificação dos casos de violência na prática profissional dos serviços de saúde ainda são encontrados muitos desafios perpassados pela dificuldade de distinguir acidentes e violências, bem como pela formação e a competência para identificar e notificar os casos.

Os estudos indicam alguns desafios existentes nos serviços de saúde infantil relatados pelos trabalhadores, como: a identificação da violência nos serviços de saúde ainda é carregada de muitas incertezas; a questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação; alguns profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la e a quebra do sigilo profissional no ato de notificar.

Assim, muitas vezes o despreparo do profissional em acolher, atender e encaminhar as vítimas que recorrem ao seu serviço se dá em diversos programas setoriais, devido ao desconhecimento acerca de como atuar e para onde encaminhar os casos. Neste sentido, destacamos ainda como obstáculos a cultura do medo e o desconhecimento da rede socioassistencial. Também na nossa experiência, essas dificuldades que se interpõem.

Em que pese o longo caminho a ser percorrido, concluímos afirmando que a via da formação profissional tem um papel fundamental para desmistificar e produzir novos saberes e práticas que possam reduzir as seqüelas da violência através do acolhimento, notificação, encaminhamento e proteção das pessoas vitimizadas. Desse modo, é de grande relevância e urgência que as universidades revejam a grade de disciplinas dos cursos de graduação da área da saúde, invistam em novos grupos de pesquisa, além de fomentarem projetos de extensão capazes de estimular a produção de conhecimento e novas abordagens no enfrentamento e programas de redução das violências.

Referências

- ANDRADE LIMA, K.; COLARES, V.; CABRAL, H. M. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. **Revista Odonto Ciência**, Rio Grande do Sul, v.20, n.49, p. 231 – 236, 2005.
- ARPINI; D. M.; SOARES; A. C.; BERTÊ. L.; DAL FORNO, C. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p.95-112, dez. 2008.
- ASSIS, S. G. (org). **Curso Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. Unidade II: atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades.
- ASSIS, S. G. & CONSTATINO, P. Violência contra Crianças e Adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (orgs.). **Violência sob o Olhar da Saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.163-198.
- BARROS, N. V. **Violência intrafamiliar contra criança e adolescente**: trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências** (Portaria MS / GM nº. 737, de 16/05/2001).
- MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. (Coleção Temas em Saúde).
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.. F. Análise de Implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p. 1641-1649, 2009.
- SANTI, L. N; MESTRINER, J. W.; NAKANO, A. M. S. Pesquisas sobre Violência e Odontologia Legal: revisão da produção científica do Brasil. **Revista Odonto Ciência**, Rio Grande do Sul, v.20, n.49, p.242 – 244, 2005.
- SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; PENNA, L. H. G.; FERREIRA, A. L.; SANTOS, N. C.; TAVARES, C. M. M. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1709-171, 2009
- TORRES, R. Violência e Saúde. **Revista Poli: saúde, educação e trabalho** – jornalismo público para fortalecimento da Educação Profissional em Saúde. Ano 11, n. 09, p.02-07, 2010.

RESGATANDO ALCOOLISTAS A SOCIEDADE: AÇÃO EXTENSIONISTA INTERDISCIPLINAR

Cybelle Rolim de Lima¹ -

cybellerolim@yahoo.com.br

Luciana Gonçalves de Orange¹ -

luciana_orange@hotmail.com

Keila Fernandes Dourado¹ -

keiladourado@ig.com.br

Roberta de Albuquerque Bento¹ -

robertabentonutricionista@hotmail.com

Prissila Muniz de Moraes² -

prissila_muniz@hotmail.com

Jacqueline Maria da Silva² -

jacqueline_018@hotmail.com

¹Resumo

Esse artigo apresenta a dinâmica do Projeto: “Assistência interdisciplinar a alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão – PE: Um resgate a sociedade”, como uma ação extensionista que teve como objetivo desenvolver ações interdisciplinares numa visão holística a alcoolistas. A interdisciplinaridade foi desenvolvida no campo da nutrição, da educação física e da enfermagem, numa parceria estabelecida entre o Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Vitória de Santo Antão - PE (APAMI). O projeto utiliza da metodologia de informação e educação em saúde, proporcionando a redução de danos a essa população. Com uma metodologia participativa, os resultados alcançados refletem uma riqueza de atuação, por proporcionar a complementação na formação dos universitários, viabilizando a relação entre a universidade e a sociedade e desenvolvendo ações que possibilitem a promoção da saúde e um estilo de vida saudável.

Palavras Chaves: Alcoolismo, Interdisciplinar, Promoção da saúde.

Abstract

This paper presents the dynamics of the project: “Assistance interdisciplinary alcoholics in the city of Vitoria de Santo Antão -PE: A rescue society” as an action extension that aimed to develop a holistic interdisciplinary actions to alcoholics. Interdisciplinarity was developed in the field of nutrition, physical education and nursing, a partnership between the Academic Center of Vitória da Universidade Federal de Pernambuco and the Association for the Protection of Maternity and Infancy of Vitoria de Santo Antão

1. ¹Doutorado em Nutrição. Professor Adjunto. Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Nutrição. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista, CEP: 55680-680. Vitória de Santo Antão – PE. Fones: (81)3523-3351/3523-0670. E-mail: cybellerolim@yahoo.com.br

²Graduada em Nutrição. Nutricionista. Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Nutrição. Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista, CEP:

- PE (APAMI). The project uses the methodology of information and health education, providing harm reduction for this population. With a participatory methodology, the results reflect a wealth of expertise, by providing training in the completion of the university, enabling the relationship between the university and society and developing actions that allow the promotion of health and a healthy lifestyle.

Key Words: Alcoholism, Interdisciplinary, Health Promotion.

Introdução e objetivos

A universidade brasileira é sustentada por três eixos de Formação Científica: o ensino como forma de informação do conhecimento, a pesquisa como produção do conhecimento e a extensão como forma de diálogo com a sociedade.

Nesse artigo será abordada a temática do alcoolismo a partir de uma ação extensionista desenvolvida no campo da Nutrição, da Educação Física e da Enfermagem, numa parceria estabelecida entre o Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Vitória de Santo Antão - PE (APAMI). Constituinte um trabalho interdisciplinar, o projeto intitulado: “Assistência interdisciplinar a alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão – PE: Um resgate a sociedade” tem trabalhado com alcoolistas, familiares e equipe multidisciplinar, abordando a problemática do alcoolismo através de diferentes recursos metodológicos.

O trabalho interdisciplinar tem constituído um recurso fundamental que determinada atuação conjunta de diferentes áreas profissionais em saúde, cujo objetivo é promover espaço de discussão e desenvolvimento dos alunos extensionistas da equipe, trabalhando temas da área nas diversas dimensões que a envolve. Esse tipo de abordagem proporciona também ao público-alvo uma visão integrada da saúde e melhor qualidade do atendimento às populações.

O alcoolismo, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, tem alcançado grandes proporções e está associado a uma série de consequências adversas, sendo atualmente considerado um problema de saúde pública mundial. É certo também que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas contribui de forma significativa na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde registrados no país (GALDUROZ; CAETANO, 2004). Tendo em vista a problemática do uso abusivo do álcool e sabendo das consequências desse consumo desenfreado na saúde, ações de extensão são sempre bem vindas com o objetivo de agregar ações na atenção à usuários ou dependentes dessa substância psicoativa.

Frente a isso, o objetivo geral desse projeto de extensão, foi desenvolver ações interdisciplinares numa visão holística a alcoolistas atendidos na APAMI, ampliando-o, e oportunizando a tomada de decisão individual e da coletividade, quanto à busca pela saúde e permanência na condição de bem-estar e redução de danos. O projeto teve ainda como objetivo a formação multidisciplinar de estudantes universitários discutindo e renovando ideias para trilhar outros caminhos de conhecimento. Desse modo, o presente artigo descreve as principais ações extensionistas desenvolvidas no projeto durante esses dois anos execução.

Marco teórico

O álcool é uma substância que acompanha a humanidade desde seus primórdios e sempre ocupou um local privilegiado em todas as culturas. Através da história, tem tido múltiplas funções, atuando como

veículo de remédios, perfumes e, principalmente, sendo o componente essencial de bebidas que fazem parte do hábito diário de famílias em todo o mundo, (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). No entanto, nos dias atuais este hábito vem preocupando os sistemas de saúde, que estima o número de dependentes entre 10% e 15% da população mundial (BRASIL, 2011). O uso Inadequado de bebidas alcoólicas pode trazer graves consequências orgânicas, psicológicas e sociais, caracterizando a condição conhecida como alcoolismo, hoje tratada como Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), (BAU, 2002; COSTA et al., 2004), sendo atualmente um problema de saúde pública mundial, encontrado em indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos e grupos étnicos (GUALANDRO, 1992).

A SDA não é uma enfermidade estática que se define em termos absolutos, mas um transtorno que se constitui ao longo da vida. É um fenômeno que depende da interação de fatores biológicos e culturais, que vai resultar na maneira do homem relacionar-se com o álcool. Nessa relação do homem com a bebida alcoólica, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento dos sintomas de abstinência. Quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência. (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). Segundo Edwards (1976) a dependência seria “um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber”, onde, às razões pelas quais o indivíduo começou a beber, adicionam-se àquelas relacionadas à dependência. Assim sendo, a dependência torna-se um comportamento que se retroalimenta e que abrange muito mais que tolerância e abstinência.

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS) cerca de 76,3 milhões de indivíduos apresentam enfermidades relacionadas ao uso do álcool (WHO, 2004). A mortalidade e a limitação funcional causada pelo consumo de álcool superam aquelas ocasionadas pelo tabaco, determinando 3,2% da mortalidade global (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

No Brasil, levantamento realizado em cidades com mais de 200 mil habitantes, mostrou que cerca de 70% da população já experimentou alguma forma de bebida alcoólica e aproximadamente 11% são dependentes. A taxa de dependência é especialmente alta entre os homens jovens (18 a 24 anos), na qual atinge 24% (MARTINS; DAMASCENO; AWADA, 2008). Nas Regiões Norte e Nordeste a porcentagem de dependentes está acima de 16% (CARLINI et al., 2002). Recente relatório realizado pela OMS (2011), no período de 2003 - 2005 mostrou que a população brasileira com idade superior a 15 anos, consumiu 9,2 litros de álcool por ano, quantidade acima da média das Américas, contabilizada em 8,7 litros.

Neste contexto, o município de Vitória de Santo Antão localizado na Mesorregião da Zona da Mata, distante 45,1 Km de Recife, que apresenta uma área de 344,2 Km², e população de 130.924 habitantes (VITÓRIA, 2005), também é uma área de risco para o elevado consumo do álcool, tendo em vista, ter como uma das suas principais atividades econômicas e agroindustriais, com grande potencialidade de desenvolvimento, o cultivo da cana-de-açúcar, bastante utilizada na fabricação de aguardente (VITÓRIA, 2005). Na cidade de Vitória situa-se uma importante indústria referência na produção de aguardente, conhecida internacionalmente e com tradição a mais de 70 anos, o que favorece a oferta de bebidas alcoólicas na região e pode de certa forma, estimular o consumo das mesmas. Outrossim, a Associação de Proteção à Maternidade e a Infância (APAMI), hospital localizado no mesmo município, possui uma área do hospital destinada ao atendimento de pacientes portadores da SDA e ao tratamento das co-morbidades associadas a esta síndrome. A APAMI além do tratamento clínico trabalha na busca da reinserção do alcoolista à sociedade. Sendo este um objetivo comum tanto da APAMI quanto do referido projeto de extensão a parceria encontra-se estabelecida desde 2010 até os dias atuais.

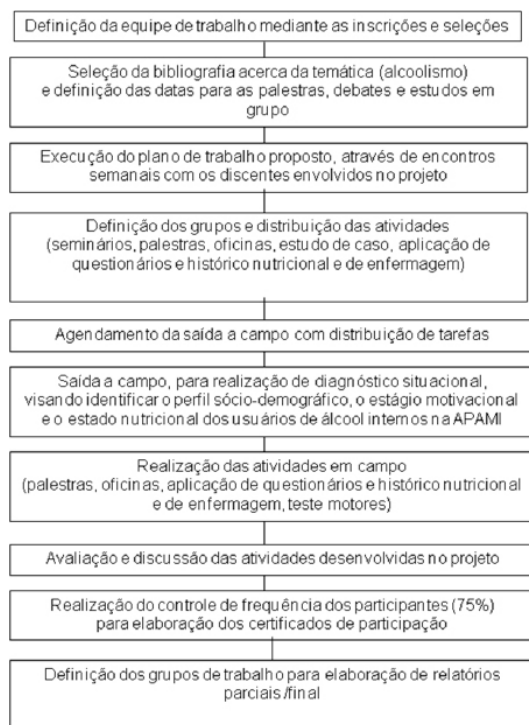


Figura 01 – Fluxograma da metodologia de trabalho

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental de natureza quantitativa, que teve como suporte as informações contidas nos relatórios do Projeto de Extensão Assistência Interdisciplinar a Alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão – PE: um resgate a sociedade, entre os anos de 2010 a 2012. Nesse sentido, entendemos que a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam um tratamento analítico, que podem ser reelaborados conforme os objetivos da pesquisa (GIL, 1999).

A amostragem constituiu-se de N= 150 alcoolistas/ano com idade entre 19 a 65 anos, oriundos de Vitória de Santo Antão e de cidade circunvizinhas, além de pessoas provenientes da capital, região metropolitana e outras cidades do Agreste e Sertão.

Por tratar-se de ações extensionistas, acresce-se a esse público beneficiado os próprios docentes (N = 10) e outros profissionais envolvidos (N = 10), discentes dos Cursos de Graduação em Nutrição, Enfermagem e Educação Física (N = 30), que tiveram a oportunidade de participar de ações interdisciplinares na APAMI, bem como aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos no que concerne ao acompanhamento/tratamento do alcoolista. Vale ressaltar que as ações desenvolvidas pelo projeto de extensão atingiram ainda familiares e/ou responsáveis pelos pacientes, que participavam das mesmas.

A metodologia adotada nesse projeto de extensão foi participativa, a qual permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo sem considerá-los meros receptores, nos quais depositam conhecimentos e informações. No enfoque participativo valorizam-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas cotidianas. É uma forma de trabalho didático e pedagógico baseada no prazer, na vivência e na participação em situações reais e imaginárias, onde através de técnicas de dinâmica de grupo, oficinas, palestras, rodas de conversa, jogos, filmes, dramaturgia, dança e outros, os participantes conseguem, por meio de atividades lúdicas, trabalhar situações concretas.

Neste contexto, os temas trabalhados foram diversificados, sendo selecionados de acordo com as necessidades e sugestões dos alcoolistas e da equipe técnica multidisciplinar da APAMI. Algumas temáticas trabalhadas foram: autonomia e autocuidado, efeitos biológicos do alcoolismo, carências nutricionais no alcoolismo, alimentação saudável, reaproveitamento de alimentos, higiene, doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal. Para a execução do projeto, o trabalho foi dividido em etapas, como pode ser visto na figura 01.

Resultados de discussão

De posse dos dados obtidos, foi realizada a tabulação dos mesmos, visando uma melhor compreensão das atividades desenvolvidas pelo Projeto durante os anos de execução (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das atividades desenvolvidas pelo Projeto de Extensão Assistência Interdisciplinar a Alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão – PE: um resgate a sociedade, durante os anos de 2010 a 2012. Vitória de Santo Antão/PE.

Atividade desenvolvida	Quantidade
Dinâmica de Grupo entre Docentes e Discentes	6
Formação Multidisciplinar e Articulação entre o Ensino, a Pesquisa e a Extensão	1
Orientação de Pesquisa	13
Educação em Saúde (seminários, palestras, debates, oficinas)	36
Atividades Lúdico-Recreativas (rodas de conversa, jogos, filmes, dramaturgia, danças)	13
Avaliação do Estado Nutricional e Estágio Motivacional	450
Reuniões de Grupo de Estudo	30
Participação em Reuniões na APAMI	4
Participação em Atividades Festivas APAMI (Carnaval, São João, Natal)	6

Fonte: Relatórios do Projeto de Extensão - Assistência Interdisciplinar a Alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão – PE: um resgate a sociedade, dos anos 2010 a 2012.

É desejável que as equipes discentes tenham formação multidisciplinar, neste sentido, é na extensão que os universitários do Curso de Graduação em Nutrição, Educação Física e em Enfermagem, que participaram do presente projeto de extensão, tiveram a oportunidade de trocar informações e experiências, ampliando o entendimento e fundamentando os conceitos e teorias aprendidos nas atividades de ensino, consolidando e complementando o aprendizado com a aplicação.

Daí um dos grandes méritos da extensão - permitir a efetivação do aprendizado pela aplicação efetivando a relação teoria-prática. É importante referir que a aplicação do conhecimento, foi cuidadosamente planejada e acompanhada pelos docentes da Universidade (UFPE) e profissionais das respectivas áreas do conhecimento, da própria instituição (APAMI).

Tem-se hoje como princípio que, para a formação do profissional cidadão, é imprescindível sua efetiva interação com a sociedade, seja para se situar historicamente, para se identificar culturalmente e/ou para referenciar sua formação técnica com os problemas que um dia terá de enfrentar. A extensão, entendida como prática acadêmica que interliga a universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa com as demandas da maioria da população, possibilita essa formação do profissional cidadão e se credencia cada vez mais junto à sociedade como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes.

O presente projeto de extensão também tem como marca a interdisciplinaridade, que é determinada pela atuação conjunta de diferentes áreas profissionais em saúde, cujo objetivo é promover espaço de discussão e desenvolvimento dos alunos extensionistas da equipe, trabalhando temas da área nas diversas dimensões que a envolve. Esse tipo de abordagem proporciona também ao público-alvo trabalhado uma visão integrada da saúde e melhor qualidade do atendimento às populações.

Promovemos também, articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, pois as temáticas trabalhadas no projeto são assuntos discutidos em diferentes disciplinas dos Cursos de Graduação envolvidos, possibilitando o desenvolvimento de artigo publicado em periódicos científico, trabalhos de conclusão de curso, resumos publicados em anais de congresso e trabalhos apresentados em eventos científicos.

Esse projeto se caracteriza através de ações interdisciplinares, com grande potencial de troca de experiências e saberes, os quais podem indicar inovações conceituais, demonstrando novas formas de pensar, de saber e de fazer, tão necessárias para a formação dos universitários e para a comunidade.

No que se refere às ações educativas, o Projeto em questão tem dado aos alcoolistas a oportunidade de receber informações sobre diferentes temáticas na área da saúde, relacionadas aos diferentes cursos de graduação que trabalharam em conjunto.

várias atividades realizadas proporcionaram experiências educativas em saúde preparando a comunidade assistida assim como seus familiares para atuar como multiplicadores das informações e conhecimentos repassados.

Para todas as atividades do projeto foram desenvolvidos materiais de estudo, de execução prática e de registro, que constituem um arsenal muito rico, como exemplo, pode-se citar a produção de jogos temáticos em saúde, que foram elaborados e utilizados a partir dos estudos e planejamento das ações, sempre com a colaboração direta dos alunos extensionistas da equipe.

Outra atividade realizada pelos membros do Projeto é uma reunião quinzenal para estudo, visando a capacitar os discentes, nas quais há o planejamento do tema a ser trabalhado, para poder atuar junto à população de alcoolistas, além de despertar na comunidade acadêmica a necessidade e a importância da atenção a usuários de álcool e outras drogas. Faz-se necessário também que num futuro próximo o assunto possa ser abordado no ambiente escolar, nos seus mais variados níveis, onde a temática rotineiramente faz parte das rodas de conversas entre crianças e adolescentes.

Após a execução das atividades, os alunos participantes são estimulados a dissertarem sobre suas vivências de campo relatando suas percepções, e sentimentos e articulação do que foi observado com a teoria estudada com a entrega de relatório. Por fim, para consolidar o trabalho, realizou-se um encontro

para avaliar as atividades desenvolvidas e para as trocas de experiências e de conhecimentos das diferentes áreas da saúde, além da possibilidade de realizar produções científicas sobre a experiência extensionista em formato de resumos e artigo científico. Outras produções acadêmicas registradas foram os trabalhos de conclusão de curso dos alunos extensionistas, a partir de temas emergentes nas atividades ou dos relatos de atividade de extensão, como anteriormente mencionado.

Por meio da execução do presente projeto de extensão, os objetivos propostos foram alcançados, tendo ainda como fruto os seguintes resultados:

- Visão humanística no tratamento de usuários de álcool;
- Cultura no acadêmico do planejamento, organização, participação e avaliação de atividades educativas a usuários de álcool atendidos em instituições;
- Incentivo entre os estudantes ao trabalho interdisciplinar, bem como à produção acadêmica;
- Capacitação do aluno para executar a avaliação do estado nutricional e estágio motivacional da clientela atendida;
- Prevenção, tratamento do abuso de álcool e reabilitação psicossocial;
- Incremento na qualidade de vida dos usuários de álcool através da prática do autocuidado;
- Criação de espaço de discussão, estudo e pesquisa sobre o alcoolismo e suas consequências para seus usuários;
- Intercâmbio entre docentes, acadêmicos e profissionais dos serviços, visando à ampliação dos conhecimentos sobre o alcoolismo e suas consequências;
- Aprofundamento dos conhecimentos dos pacientes e profissionais acerca dos cuidados na escolha, preparo dos alimentos e utilização dos nutrientes podendo assim proporcionar um melhor estado nutricional dos usuários.
- Estruturação de trabalhos científicos relacionando o alcoolismo e aspectos nutricionais.

O público com o qual as atividades foram desenvolvidas demonstrou boa receptividade e interesse em participar das propostas. Vale salientar que este Projeto esteve sempre sendo avaliado pelo público-alvo (alcoolistas) e pela equipe envolvida na execução do mesmo, docentes e discentes.

A avaliação por parte dos pacientes atendidos pelo projeto deu-se através de questionário de opinião elaborado pela equipe executora, no qual foi aplicado periodicamente ao final de cada semestre, onde eram realizados alguns questionamentos e sondado sugestões para o aprimoramento das atividades realizadas.

As ações interdisciplinares desenvolvidas no projeto de extensão foram ainda avaliadas pela equipe por meio de:

- Sistematização diária da avaliação dos acadêmicos pela equipe docente, através do cumprimento do roteiro de atividades planejadas previamente e frequência dos mesmos;
- Análise pelos docentes e discentes do impacto das ações do projeto através de reuniões de grupo realizadas periodicamente, onde foram discutidos os pontos inerentes às atividades realizadas.

No ano de 2012 foi ainda organizado o I Encontro Interdisciplinar em Alcoolismo: Um Olhar Ampliado na Assistência a Usuários de Álcool, evento que possui uma abrangência de público-alvo (estudantes de

graduação e pós-graduação, profissionais de diferentes áreas do saber, docentes, representantes sociais), proporcionando complementação na formação dos alunos universitários e capacitação de profissionais envolvidos na atenção a usuários de álcool e outras drogas viabilizando a relação entre a universidade e a sociedade como um todo.

Desta forma, mais uma vez as experiências vivenciadas na execução do presente projeto, demonstraram que o verdadeiro aprendizado acontece realmente com o relacionamento da teoria com a prática, ou seja, além de estudar, ver e fazer.

Considerações finais

Por fim, o projeto de extensão “Assistência interdisciplinar a alcoolistas no Município de Vitória de Santo Antão – PE: Um resgate a sociedade” possui riqueza de atuação pela sua abrangência de públicos atendidos (alcoolistas, familiares e equipe técnica) e, ainda, por proporcionar complementação na formação dos alunos universitários, viabilizando a relação entre a universidade e a sociedade e desenvolvendo ações que possibilitem a promoção da saúde, e para o alcance de um estilo de vida saudável na direção de um bem estar global do indivíduo e da sociedade. Este projeto tem ainda a finalidade de pensar em modelos estratégicos para alcançar a extensão em saúde, por meio de um processo imbuído de caráter integrativo, expresso na sua metodologia, permitindo espaço para reflexões, respeitando as diferenças e buscando um sentido coletivo para a resolução dos problemas e a proposição de novas ideias.

Consideramos que o Projeto vem prestando sua parcela de contribuição à comunidade de alcoolistas da APAMI e a seus familiares no que se refere à promoção da saúde, e o alcance de um estilo de vida saudável, reduzindo os danos que o alcoolismo pode acarretar, constituindo um Projeto de relevância social e vem despertando grande interesse da comunidade acadêmica, com a participação de discentes voluntários e bolsistas, docentes colaboradores e um docente coordenador.

Por ser oportuno, reconhecemos o esforço coletivo e o empenho constante dos membros da comunidade universitária - dirigentes, docentes, servidores e discentes e ainda da equipe multidisciplinar da APAMI na construção, reestruturação e execução do projeto de extensão ora relatado.

A experiência acumulada nesta trajetória coloca-nos diante de novos desafios a atenção interdisciplinar não só a alcoolistas como também a usuários de outras drogas.

Referências

- BAU, C.H.D. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.1, p.189-191, 2002.
- CARLINI, E.A. et al. **I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001**. São Paulo: Cebrid/Unifesp, 2002.
- COSTA, J.S.D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.2, p.284-291, 2004.
- GALDUROZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, (Supl I): 3 – 6, 2004.
- GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, Suplemento I, p. 11-13, 2004.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999
- GUALANDRO, S.F.M. **Efeitos diretos e indiretos do etanol sobre o eritron: estudo em alcoolistas sob regime ambulatorial**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1992.
- MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. de T.; AWADA, S. B. **Pronto Socorro: Diagnóstico e Tratamento em Emergência**. 2º ed. São Paulo: Manole, 2008.
- MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, suplemento, p. 7-10, 2004.
- VITÓRIA. Diagnóstico do Município de Vitória de Santo Antão. Outubro/2005; Disponível em: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/pernambuco/relatorios/VDSA1.pdf>; Acessado em 01 mar. 2012.
- World Health Organization. Departamento of Mental Health and Substance Abuse. **Global report on alcohol and health**. Geneva, 2011. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
- World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Global Status Report on Alcohol**. Geneva: WHO. 88 pp. 2004.

UFPE ALIMENTAR: CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA COMBINADO DE HIDROPONIA DE PAVIO E DE COMPOSTAGEM UTILIZANDO MATERIAL RECICLÁVEL

Diego Rafael Ferreira de Oliveira

Graduando de Bacharelado em Enfermagem – CAV/UFPE

bio_diegorafael@hotmail.com

Camila Rafaela dos Santos Silva

Graduanda de Bacharelado em Nutrição – CAV/UFPE

mlarafa9@hotmail.com

Charlisson César da Silva

Graduando de Licenciatura em Ciências Biológicas – CAV/UFPE

charlisson.cesar@hotmail.com

Jose Phillipe Joanou Pereira dos Santos

Graduando de Licenciatura em Ciências Biológicas – CAV/UFPE

phillipejoanou89@hotmail.com

Raquel Barroncas Barkokebas

Graduanda de Licenciatura em Ciências Biológicas – CAV/UFPE

raquelbarroncas@gmail.com

Luiz Evandro de Lima

Engenheiro Agrônomo – IPA/Unidade Vitória de Santo Antão

evandro@ipa.br

Christine Lamenha Luna Finkler

Docente do Núcleo de Nutrição – CAV/UFPE

chrislluna@yahoo.com.br

Leandro Finkler

Docente do Núcleo de Nutrição – CAV/UFPE

leandro.finkler@gmail.com

Resumo

O cultivo de hortaliças em pequenos espaços torna-se uma necessidade para melhoria de qualidade de vida da população que reside nas grandes centros urbanos. Encontrar soluções para que esta atividade possa ser realizada exige a estruturação de sistemas alternativos que possam garantir o máximo de produção. Neste sentido, o presente trabalho teve por objetivo construir um sistema combinado de produção de hortaliças por hidroponia de pavio e compostagem. Como resultados, observou-se a possibilidade de maior

produção de hortaliças além de permitir utilizar a mesma área para um sistema de compostagem. Ainda, foi observado que a inserção de pó de coco ao húmus fez com que houvesse uma aceleração no crescimento das mudas de coentro. Conclui-se que o sistema é simples e permite o uso de material reciclado como vasos, sugerindo a sua aplicação como incremento de renda às comunidades de catadores de material reciclável. Palavras-Chave: Hidroponia, Reutilização, Garrafas PET, Hortaliças, Renda, Comunidades, Escolas, Catadores.

Resumo

Vegetables cultivation in small spaces becomes a necessity for improving the quality of life of people living in large urban centers. To find solutions to this activity could be performed requires the structuring of alternative systems that can ensure maximum production. In this context, the present study aimed to build a combined system to production of vegetables by wick hydroponic system and composting. As results, we observed the major vegetable production and allowing using the same area for a composting system. It was also observed that inserting humus coconut powder caused acceleration in the growth of seedlings cilantro. We conclude that the system is simple and allows the use of recycled material as vessels, suggesting its application to increase income communities of recyclable material collectors.

Key-words: Hydroponic system, Bottles recyclables, Vegetables cultivation.

Introdução

Encontrar alternativas simples e de fácil implementação para produção de alimentos seguros em pequena escala é uma necessidade. Neste sentido, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em seu Centro Acadêmico de Vitória (CAV), localizado em Vitória de Santo Antão – PE vem iniciando atividades quanto ao cultivo hidropônico de pavio em garrafas PET e a compostagem de matéria orgânica folhar em tonéis rolantes.

A hidroponia surge como alternativa do uso do solo devido à necessidade por diminuir ou eliminar a veiculação de fitopatógenos presentes em solos contaminados ou infestados durante o cultivo. Por outro lado, a compostagem é uma técnica utilizada para decomposição da matéria orgânica e que elimina muitos contaminantes devido a temperatura que chega a ser superior a 60 oC durante a sua produção.

O cultivo pelo método do pavio é o sistema mais simples, considerado um sistema passivo, onde a solução fica estática no recipiente. As plantas ficam com as raízes no substrato, e a água com a solução e um ou mais pavios levam do depósito da solução nutritiva para o meio de cultivo. A hidroponia apresenta muitas vantagens tais como produção em áreas com pouco espaço, uso de pouca quantidade de água e fertilizantes, reduzido número de operações durante o período de cultura, colheita antecipada e redução drástica de defensivos agrícolas. Além de hortaliças, podem ser cultivadas plantas ornamentais, condimentares e medicinais neste sistema.

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo a construção de um sistema combinado de hidroponia de pavio e compostagem. Para tanto far-se-á uso de material reciclável como garrafas PET além de substratos

de fácil acesso como o pó de coco para compor o solo de fixação das plantas. Facilitar a implementação da compostagem em pequena escala através de um sistema alternativo com toneis rolantes suspensos o que diminui o esforço físico para revolver a mistura.

Marco Teórico

A palavra hidroponia provém do grego hidro (água) e ponos (trabalho) e consiste no cultivo de plantas sem o uso do solo, nutrindo-se a planta apenas com água enriquecida pelos nutrientes necessários ao seu desenvolvimento. Fora o crescimento mais rápido, o processo de hidroponia apresenta muitas outras vantagens em relação às formas de cultivo tradicionais, como por exemplo: a possibilidade de plantio fora de época, menores riscos diante das adversidades climáticas, proteção contra pragas e insetos, rápido retorno econômico e melhor qualidade do produto final, esta última, em função do balanceamento no fornecimento de nutrientes (ALBERONI, 2004).

As técnicas de cultivo sem solo substituem este meio natural por outro substrato, natural ou artificial, sólido ou líquido, que possa proporcionar à planta aquilo que, de uma forma natural, ela encontra no solo. Os sistemas de cultivos hidropônicos empregam substratos inorgânicos, como por exemplo: lâ de rocha, areia, perlita, escória, pumecita, argila expandida, vermiculita; e substratos orgânicos: serragem, musgo, produtos de espuma, produtos de madeira processada, gel e fibra de coco.

Existem varias formas de prática hidropônica, mas em caráter geral, pode-se dizer que o processo de produção consiste no cultivo da planta por nutrição feita através de água enriquecida com nutrientes. Todos os sistemas de hidroponia seguem este princípio produtivo básico, ficando a variação de um processo para outro, por conta de como tal nutrição ocorre. São seis os principais tipos de hidroponia: sistema de pavio, de leito flutuante, de subirrigação, NFT (Nutrient Film Technique System), de gotejamento e aeropônico. Mesmo havendo muitos outros processos, todos eles são uma variação ou uma junção de algum dos seis processos básicos (SBRT, 2007).

O sistema de pavio, também chamado de “wick sistem” é o único considerado passivo, pois nele a solução nutritiva é estática e não existem partes moveis no processo. Bastante simples, neste sistema a solução nutritiva é retirada de um depósito inferior, conduzida para o meio de cultura (depósito superior) e para as raízes das plantas, por meio de um ou mais pavios por capilaridade (Figura 1, por exemplo). Para facilitar a distribuição da solução pela zona ocupada pelas raízes no recipiente superior, a ponta do pavio é desfiada.

O sistema de pavio é mais indicado para a cultura de plantas pequenas, pois plantas grandes que precisam absorver muita água em pouco tempo, podem vir a necessitar de uma capacidade de nutrição maior do que a que os pavios oferecem. Mas, mesmo indicado a plantas pequenas, se os pavios forem corretamente dimensionados em função da planta a ser cultivada, pode-se usar o sistema para plantas maiores sem restrições. Este sistema hidropônico pode ser montado em pequenas dimensões, o que faz com que seja muito frequente seu uso em pequenas hortas domésticas e em vasos com plantas decorativas (SBRT, 2007).

ostagem, por sua vez, é um dos métodos mais antigos de reciclagem. Consiste em um processo de biotransformação que, geralmente, demanda esforço físico tornando-a uma atividade cansativa. Entretanto existem diferentes formatos de composteiras que minimizam este dispêndio de energia e facilitam o engajamento para a implementação desta atividade que pode apresentar escala industrial ou caseira. Exige

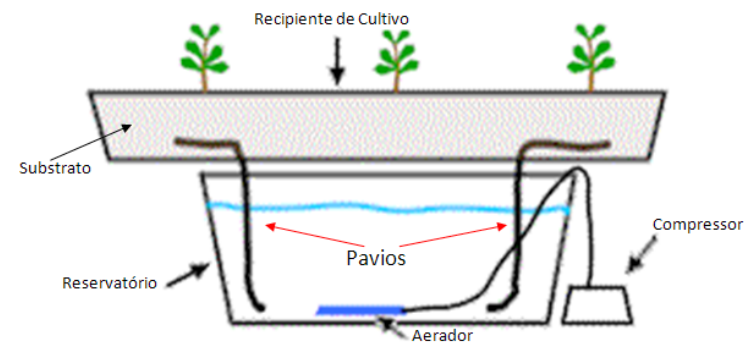


Figura 1 – Sistema de pavio (<http://hidroponiaitacare.blogspot.com.br/2012/05/sistema-de-pavio.html>)

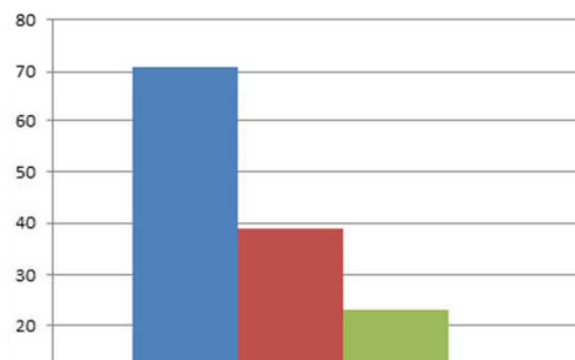


Figura 2. Sistema de cavalete para produção de hortaliças por hidroponia de pavio.

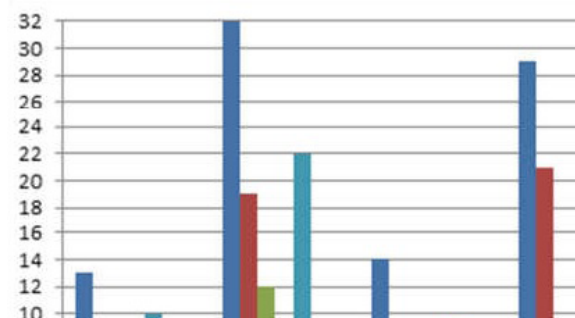


Figura 3. Sistema de compostagem em tonel suspenso e rolante.

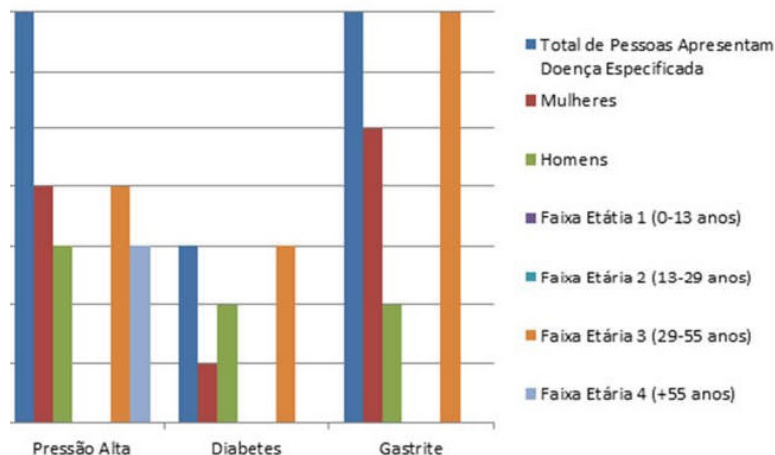


Figura 4. Sistema de produção de mudas de coentro em bandeja de isopor inserida em outra bandeja contendo água ao fundo. (1) Húmus. (2) Mistura de húmus e pó de coco (1:1). (3) Pó de coco

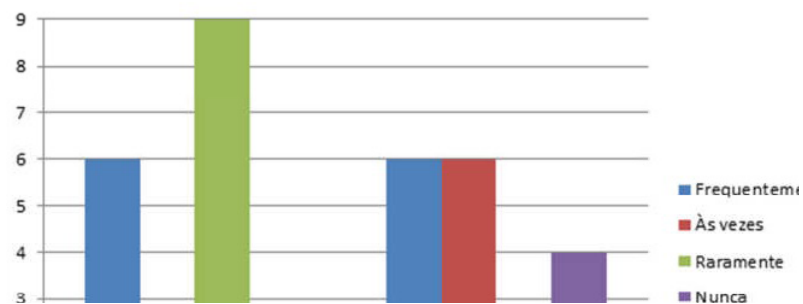


Figura 5. Mudanças do coentro transplantadas para garrafas PET contendo, respectivamente, mistura de húmus e pó de coco (1:1), húmus de minhoca e pó de coco.

os cuidados com relação a temperatura para que não haja eliminação da flora microbiana presente que é responsável pela decomposição da matéria orgânica para transformação em húmus (PEREIRA NETO, 2007).

Metodologia

Desenvolvimento do sistema

Para a construção do suporte do sistema de produção hidropônica de pavo foi utilizado madeira de fim de construção no próprio CAV-UFPE. A ideia de fazer na forma de cabana, ou cavalete triangular, foi adotada por observar que há maior possibilidade de produção por metro quadrado, além de poder ser utilizada como cobertura de outra atividade. As dimensões foram 1,20 m de frente x 1,50 m de altura x 1,50 m de comprimento. Pregos foram inseridos na parte externa dos cavaletes a uma distância de 25 cm de um do outro para suportar os canos nivelados horizontalmente. Para construção da via solução nutriente e suporte para os vasos de garrafa PET foram utilizados canos de PVC (40 mm) nos quais foram realizados 7 furos com 4cm de diâmetro que permitisse a inserção da extremidade da tampa da garrafa PET. A distância entre os furos foi de 13 cm, o que é recomendado para a plantação de coentro que foi a hortaliça alvo. O desenho esquemático mostra como foi montada o sistema.

Para a construção do sistema de compostagem em tonel foi feita uma armação de ferro na forma de cavalete no qual foi suspenso o tonel. Para a alimentação do tonel foi colocada uma porta na lateral e para facilitar o revolvimento da mistura foi adaptada uma manivela em uma das extremidades.

Produção das mudas de coentro

As sementes de coentro foram obtidas no comércio de Vitória de Santo Antão e plantadas, inicialmente, em bandejas para sementeira contendo pó de coco misturado ao húmus de minhoca em uma proporção de 1:1. Foram adicionadas 8 sementes de coentro a uma profundidade de aproximadamente 2 cm. A bandeja foi colocada em um recipiente com água visando a manutenção da umidade do solo a fim de conseguir a germinação em um período de quinze dias.

Em seguida, já desenvolvida, a muda de coentro foi transplantada para o solo contido nas garrafas PET que serviram como vaso.

Fabricação do vaso de garrafa PET

Para a construção do vaso, faz-se a retirada do fundo da garrafa (que, em outra situação, pode ser utilizado como suporte para o vaso) e um furo na tampa para inserir o pavo. A borda do fundo da garrafa PET deve ser aquecida ligeiramente com ferro elétrico para que o vaso fique mais rijo (Figura 2, por exemplo).

Resultados e discussão

O sistema em formato de cabana, ou cavalete triangular, apresentou melhor robustez e facilidade de

construção e de manejo para o cultivo de hortaliças. Além disso, possibilitou o maior cultivo de hortaliças por metro quadrado e serviu de abrigo para o sistema de compostagem em tonel.

Nos ensaios realizados com três tipos de solos (húmus de minhoca, pó de coco e misto) (Figura 5), a mistura de pó de coco e húmus de minhoca na proporção de 1:1, foi a mais eficiente tanto no período de germinação quanto de crescimento da hortaliça.

Considerações finais

A proposta de cultivo implementada poderá ser adotada por famílias que tenham pequenos espaços em suas casas para o cultivo de hortaliças, ervas condimentares e medicinais uma vez que a construção é barata e os insumos para constituir o suporte da planta são facilmente encontrados nos mercados e lojas especializadas. Além disso, serve como material didático que poderá ser utilizado para orientação de alunos em escolas. Ainda, poderá servir como melhoria de renda para os integrantes de associações como os catadores de material reciclável.

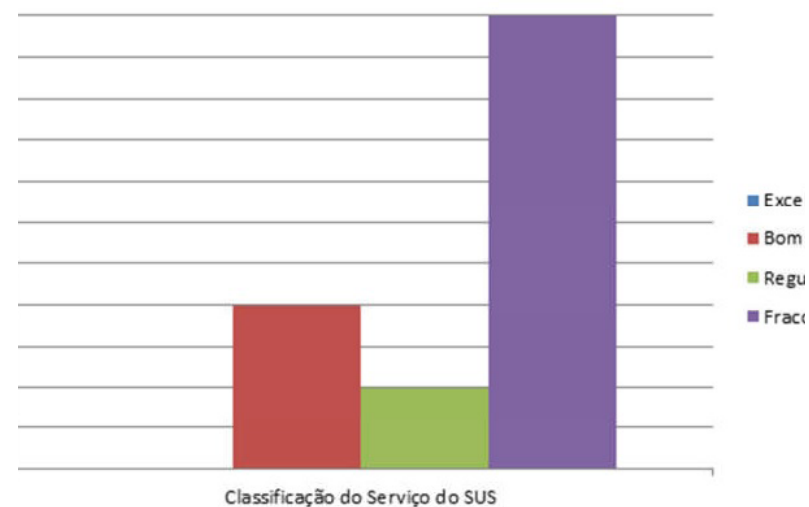


Figura 6. Construção do vaso para o transplante da muda a partir do corte da base (1) com posterior aquecimento (2) para dar mais rigidez e da inserção de um pavio (3) por um orifício na tampa da garrafa.



Figura 7. Sistema combinado de produção de hortaliças por hidroponia de pavio e compostagem em tonel suspenso rolante.

Referências

ALBERONI, R. B. Hidroponia: como instalar e manejar o plantio de hortaliças dispensando o uso do solo. Editora Nobel, 2004, 102 p.

DONNAN, R. A hidroponia no mundo. Disponível em: <<http://kidmais.sites.uol.com.br/boletim3.html>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

PEREIRA NETO, J. T. Manual de compostagem. Processo de baixo custo. Editora UFV:Viçosa, 2007, 81p.

TEIXEIRA, A. Hidroponia Itacaré. Disponível em : <http://hidroponiaitacare.blogspot.com.br/2012/05/sistema-de-pavio.html>. Acesso em: 30 jan. 2013.

UM ESTUDO SOBRE AS DIFICULDADES DE JOVENS EM VIRTUDE DAS OPORTUNIDADES PROFISSIONAIS DA ARENA DA COPA EM PE

Camila Rodrigues da Silva

Graduanda do curso de Administração da UFPE

camilars90@yahoo.com.br

Manoel Pedro Vieira Filho

Graduando do curso de Administração da UFPE

mpedrovieira@yahoo.com.br

Marta Cristina Galvão Bessone de Almeida

Graduanda do curso de Administração da UFPE

martacristina_2001@hotmail.com

Mônica Maria Barbosa Gueiros

Professora do Departamento de Ciências Administrativas da UFPE

monica.gueiros@ufpe.br

Resumo

O estudo buscou identificar os aspectos dificultantes da iniciação profissional dos alunos de escolas públicas frente às oportunidades profissionais advindas da arena da copa de Pernambuco. A fundamentação conceitual deste artigo utilizou textos da área de mentoria, Kram (1988) e textos referentes às dificuldades de inserção dos jovens no mercado de trabalho. O estudo se delineou como uma pesquisa de caráter exploratório. Foram entrevistados trinta e seis respondentes distribuídos de quatro escolas públicas. Os resultados evidenciaram que as dificuldades para ingressar no mercado de trabalho referem-se a “ausência de qualificação profissional” e a “falta de experiência”. Diante da agenda de estudos que vem sendo desenvolvida na área de mentoria, acredita-se que essas relações podem auxiliar alunos do ensino médio de escola pública na inserção profissional e navegação no mercado de trabalho. Dessa forma, as relações de mentoria podem se configurar como uma alternativa de qualificação profissional para esses jovens.

Palavras-Chave: copa 2014; mentoria; profissionalização de jovens.

Abstract

The study sought to identify the difficult aspects of professional initiation of public school students to professional opportunities arising from the World Cup arena. The conceptual basis of this article used texts from the mentoring, Kram (1988), and texts concerning the difficulty of insertion of the young into

the labour market. The study outlined how a study of exploratory character. Thirty-six respondents were interviewed in four public schools. The results showed that the difficulties for joining the labour market refer to “the absence of professional qualifications” and “lack of experience”. On the schedule of studies has been developed in the field of mentoring, it is believed that their relationships can help high school students from public school in navigation and insertion into the labour market. In this way, the mentoring relationships can be set up as an alternative professional qualification of these young people.

Keywords: World Cup 2014; mentoring; professionalization of young.

Introdução e objetivos

A Copa do Mundo da FIFA é considerada um dos maiores eventos esportivos do planeta no qual mobiliza bilhões de pessoas de todos os quadrantes, de todas as culturas (PORTAL DA COPA. 2012). Em 2014, o Brasil será novamente a sede do torneio e o evento agregará 183 bilhões de reais ao PIB do país além de 33 bilhões de reais em infraestrutura.

A Copa 2014 acontecerá em 12 cidades-sede e o Estado de Pernambuco promoverá esse evento através da cidade de São Lourenço da Mata, localizada na Região Metropolitana do Recife (RMR). Segundo site oficial do Governo do Estado de Pernambuco, o projeto “Cidade da Copa” prevê investimentos que chegam a R\$ 1,6 bilhão.

Acredita-se que os investimentos destinados à cidade de São Lourenço da Mata irão viabilizar o desenvolvimento econômico e social dos municípios próximos, como o Município de Camaragibe, que através da Copa 2014, deverá ser um dos principais destinos dos turistas em Pernambuco, além de gerar oportunidades profissionais para a população local.

O Município de Camaragibe possui poucos investimentos em programas educacionais voltados para o mercado de trabalho, e em específico para os alunos das escolas públicas. Segundo a matéria publicada em Março de 2012 pelo Jornal do Commercio, constatou-se que Camaragibe tem o pior desempenho em educação de toda RMR. Segundo a matéria, a gestão do município investiu apenas 18,74% da receita em educação, o equivalente a R\$ 30,635 milhões, não obedecendo ao investimento mínimo de 25% das receitas na área (JORNAL DO COMMERCIO, 2012). A escassa iniciativa de investimentos em programas educacionais voltados para o mercado de trabalho contribui para acentuar as dificuldades que os jovens possam ter na busca da sua inserção profissional, visto que eles têm poucas oportunidades de qualificação profissional oferecidas pelo município.

Segundo Pochmann (2000), os jovens enfrentam dificuldades adicionais para encontrar trabalho e se manterem pelo fato de serem inexperientes e obterem poucas oportunidades. Para Rocha (2008, p. 546), “os jovens pouco qualificados têm, naturalmente, maiores dificuldades de inserção no mercado, o que se reflete em menor taxa de atividade [...]”.

Este estudo, baseado no Programa de Educação Tutorial (PET) - Conexões de Saberes da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) busca identificar os aspectos dificultantes da iniciação profissional dos alunos de escolas públicas do município de Camaragibe frente às oportunidades da Arena da Copa de PE, e tem como propósito apoiar, baseado na teoria de mentoria, o desenvolvimento profissional de jovens de comunidade popular urbana, a fim de incluí-los nas oportunidades desse evento esportivo.

Referida como uma assistência unilateral, a mentoria dá suporte psicossocial e auxílio técnico na carreira de um mentorado. O seu processo exige do mentor dedicação já que este desempenha funções de

professor, investindo no mentorado, dando-lhe instruções e informações e proporcionando um suporte pessoal, influenciando também no âmbito pessoal.

Referencial teórico

Jovens e Mercado de Trabalho

A busca pelo primeiro emprego traz incrustada em seu aspecto desafiante, as dificuldades que os jovens têm para inserção no mercado de trabalho. As mudanças no cenário socioeconômico do país, da região e das cidades, em decorrência das perspectivas de maiores oportunidades de trabalho, não são o suficiente para amenizar este momento tão crucial da vida de jovens que anseiam a busca da inserção profissional (MATHEUS, 2011).

De acordo com Rocha (2008), mudanças estruturais nos sistema produtivos para atender as exigências da globalização, assim como a consequente busca de competitividade pelos agentes econômicos, têm afetado o mercado de trabalho, através de uma redefinição drástica e continuada. Na visão da autora, o problema da dificuldade de expansão da mão de obra para absorção dos que ingressam não é exclusividade da nação brasileira, e isto resulta em taxas elevadas de desocupação, afetando particularmente os jovens.

Diante do cenário da busca pela qualificação profissional, uma parcela significativa da sociedade, os jovens, precisa ser alvo de investigação buscando verificar como a juventude tem sido atingida pelas transformações no mundo do trabalho visto que esta dá seus primeiros passos para a inserção no mercado de trabalho. Em seu estudo, Pais (1991, apud Martins, 1997, p. 100) aborda essas questões mostrando os fatores que exprimem as dificuldades dos jovens na inserção ao mercado de trabalho:

[...] a diminuição das oportunidades de empregos para os jovens, principalmente em decorrência da introdução de novas tecnologias, com as exigências de maior qualificação e experiência; [...] a precarização do trabalho juvenil seria acompanhada pela periferização dos jovens em torno do mercado de trabalho secundário, tanto em consequência da sua fraca especialização/qualificação [...].

Mediante essa realidade de escassez de oportunidades de empregos, os jovens se sentem em desvantagem na disputa por um posto de trabalho, pela menor experiência que apresenta. Na visão de Rocha (2008), os obstáculos que os jovens têm na inserção no mercado de trabalho, estão relacionados, em parte, com suas características intrínsecas como a falta de experiência e a tendência à experimentação.

Nesse contexto, através dos estudos de Pochmann (2000), os jovens enfrentam dificuldades adicionais para encontrar trabalho e se manterem pelo fato de serem inexperientes e obterem poucas oportunidades. Isso é mais notório entre jovens pobres, pois eles são impelidos a precipitar a ocupação de um posto de trabalho a fim de obter uma renda destinada ao sustento familiar ou para a própria sobrevivência.

Segundo pesquisas do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a inserção do jovem no mercado de trabalho se dá de forma distinta de acordo com a condição socioeconômica da sua família:

Para as camadas com menor rendimento, o percentual de jovens que efetivamente participam da PEA, seja como ocupados ou desempregados, é sempre inferior ao registrado para os jovens pertencentes às

famílias com maior poder aquisitivo. Esta elevada proporção de inativos entre os jovens mais pobres está relacionada às crescentes dificuldades de entrada no mercado de trabalho, marcadas pelo crescimento do desemprego (DIEESE, 2005, p. 7).

É observável que as taxas de desemprego dos jovens decrescem à medida que a renda da família se eleva, demonstrando, assim, que níveis de renda familiar mais alto permitem melhores condições de acesso ao mercado de trabalho, pois estes jovens pertencentes a essas famílias têm condições de se preparar para disputar as vagas oferecidas, ressaltando suas chances em busca de trabalho bem sucedida. Entretanto, apesar dessa situação mais privilegiada, os entraves enfrentados pelos jovens no mercado de trabalho ainda são mais patentes do que os identificados para a média da população adulta (DIEESE, 2005).

Cenário de Oportunidades da Arena da Copa PE 2014

A Secretaria da Copa de Pernambuco (SECOPA-PE) compreende que: “um evento esportivo do porte de uma Copa do Mundo é como uma grande vitrine do país no exterior e corresponde a um salto de décadas no desenvolvimento do turismo e da infraestrutura” (SECOPA-PE, 2012).

Os impactos econômicos resultantes da realização da Copa de 2014 podem chegar a R\$ 183,2 bilhões, dos quais R\$ 47,5 bilhões (26%) se referem aos impactos diretos, enquanto R\$ 135,7 bilhões são resultados dos impactos indiretos (MINISTÉRIO DO ESPORTE).

Fazendo um recorte ao Estado de Pernambuco, as oportunidades no âmbito econômico e de geração de empregos oferecidas através da Copa 2014, podem implicar em grande mudança para a população pernambucana, para a cidade sede do evento, e as demais que a circundam.

Em uma área de 270 hectares, no município de São Lourenço da Mata, está sendo construída uma arena moderna com capacidade para 46.154 torcedores, além de estacionamentos para seis mil vagas, sendo 1.600 delas subterrâneas, e um conjunto residencial com nove mil residências. Também serão construídos um centro comercial, hotéis e o terceiro maior hospital, o Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira, que já está sendo construído pelo Governo do Estado (PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO).

Segundo levantamento realizado pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), acerca das oportunidades profissionais advindas da copa 2014 em Pernambuco “serão evidentes os benefícios nos setores de turismo, cultura e entretenimento, comércio, serviços, gastronomia, artesanato, entre outros” (SEBRAE, 2012).

Mentoria

A mentoria pode ser conceituada como uma relação entre mentor e mentorado. O termo mentoria implica, conforme Kram (1988), em um relacionamento entre um adulto jovem menos experiente (mentorado) e um adulto mais velho, mais experiente, (mentor) que ajuda o indivíduo mais jovem a aprender a navegar no mundo adulto e no mundo do trabalho. Ainda segundo a autora, o protótipo de relacionamento que fortalece o desenvolvimento da carreira é o relacionamento de mentoria.

Segundo Shea (2001), a mentoria é um método importante para alavancar o desenvolvimento humano, no qual uma das partes investe seu tempo, energia e conhecimento pessoal para prestar assistência ao crescimento e talento de outrem. A mentoria, em sua versão clássica, é caracterizada como um processo

formal, no qual uma pessoa mais velha e experiente orientava, protegia e ministrava conhecimentos a alguém mais jovem no caminho de uma organização. Entretanto, nos dias de hoje, existem diversos meios de praticar o *mentoring* de forma espontânea e informal, podendo ser de curto ou longo prazo (SHEA, 2001).

A mentoria propicia ao mentorado ensejos para desenvolver habilidades, obter acesso a oportunidades de desenvolvimento, construir a autoconfiança necessária para lidar com as tarefas desafiantes e obter orientação e aconselhamento (Kram, 1985). Já para o mentor, a relação de mentoria proporciona benefícios em relação à satisfação pessoal, respeito, atualização, energia, entre outros (Kram, 1985). Os mentores são, em sua maioria, dotados de sabedoria e experiência e não necessariamente, integrantes do âmbito profissional do mentorado. Pode-se, assim, incluir como mentores: os familiares, amigos, colegas, professores, entre outros (SILVA, 2008).

A prática da mentoria pode ser realizada “[...] por qualquer pessoa, a qualquer tempo, em quase todos os lugares” (SHEA, 2001). Nessa perspectiva mentores podem ser formais (relacionamentos criados por profissionais da empresa) ou informais: colegas, pares, parentes, membros da comunidade ou subordinados (HIGGINS; KRAM, 2001 apud RIGO; SOUZA, 2004). Para Kram (1998) os mentores são indivíduos com avançada experiência e conhecimento que proporciona ao mentorado grande suporte, mobilidade na carreira e apoio psicossocial.

Funções da Mentoria

As funções de mentoria são aqueles aspectos de uma relação de desenvolvimento que melhoram o crescimento e o progresso dos mentorados. Essas funções são as características essenciais que diferenciam as relações de mentoria de outras relações de trabalho. (KRAM, 1985 apud GUEIROS, 2009). Conforme Kram (1988), essas funções podem ser resumidas em duas grandes categorias: as funções de carreira e as funções psicossociais.

As funções de carreira são aqueles aspectos da relação que melhoram a aprendizagem do mentorado preparando-o para o progresso em uma organização (KRAM, 1988). Nessas funções são encontrados aspectos da relação que visam o crescimento e desenvolvimento da carreira profissional do mentorado através do processo de patrocínio, exposição, visibilidade, *coaching*, proteção e tarefas desafiadoras.

Já as funções psicossociais são aqueles aspectos da relação que melhoram um senso de competência, clareza de identidade e eficácia em um papel profissional (KRAM, 1988). Estas funções incluem: modelar papeis, aceitação e confirmação, aconselhamento e amizade (SILVA, 2008).

Enquanto as funções de carreira servem, principalmente, para ajudar no avanço na hierarquia de uma organização, as funções psicossociais afetam cada indivíduo em um nível pessoal através da construção de autoestima, tanto dentro como fora da organização. Juntas estas funções permitem que os indivíduos possam enfrentar os desafios de cada fase da carreira (KRAM, 1988).

Metodologia

Este estudo buscou conhecer os aspectos dificultantes da iniciação profissional dos alunos de escolas públicas da cidade de Camaragibe frente às oportunidades da Arena da Copa de Pernambuco. Em decorrência da escassez de conhecimentos desenvolvidos sobre o problema de pesquisa investigado este estudo se delinea de caráter exploratório.

A principal característica da pesquisa exploratória é estabelecer uma familiaridade, um primeiro

contato com o objeto de estudo. Desta forma, como advoga Santos (1999, p.26), o estudo exploratório procura “a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno”.

Para a realização da pesquisa foram selecionadas quatro escolas públicas estaduais que deveriam atender aos seguintes critérios: localizada na área urbana da cidade de Camaragibe, ofertar o Ensino Médio, possuir boa avaliação no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e ser acessível. A primeira fase da pesquisa consistiu na elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado, direcionado aos diretores das escolas e na elaboração de um questionário a ser aplicado nos alunos participantes da pesquisa.

Foram entrevistados quatro (04) diretores das escolas. Mediante uma sondagem inicial com os profissionais, acerca do rendimento e frequência escolar dos alunos, foi possível chegar à escolha do grupo de alunos alinhado à pesquisa conforme os critérios: estar matriculado no ensino médio de uma escola pública de Camaragibe selecionada; estar cursando o segundo ou terceiro ano do ensino médio e, por fim, possuir bom desempenho acadêmico.

Na segunda fase da pesquisa, após as informações obtidas com os diretores foi aplicado um questionário em trinta e seis (36) alunos distribuídos nas quatro (04) escolas selecionadas. Destarte, foi possível compilar informações acerca dos aspectos socioeconômicos, dificultantes de iniciação profissional, e ainda da influência da mentoria na iniciação profissional desses jovens.

Resultados e discussão

Nessa seção os principais achados serão apresentados e discutidos conforme a literatura estudada. À priori, os resultados das entrevistas realizadas com os diretores das escolas serão apresentados. Em seguida, serão descritos os achados referentes aos questionários realizados com os alunos.

Identificação das Escolas e dos Alunos

A tabela (1), a seguir, apresenta as escolas participantes desse estudo e informações sobre os alunos do ensino médio.

Tabela 1- Identificação dos Alunos

Gênero	Escolas Selecionadas				Total
	E1	E2	E3	E4	
Masculino	2	0	3	4	9
Feminino	8	7	6	6	27
Total	10	7	9	10	36

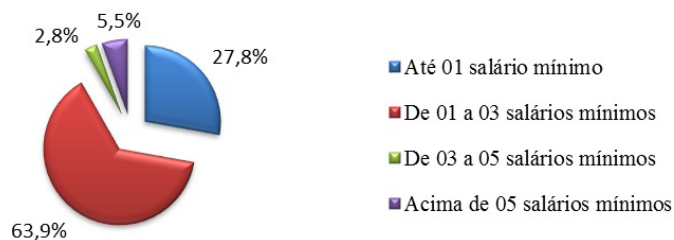
Fonte: dados coletados, 2011.

Legenda: **E1** - Escola Estadual Ministro Jarbas Passarinho; **E2** - Escola Deputado Oscar Carneiro; **E3** - Escola Samuel Mac Dowell; **E4** - Escola Professor Antônio Carneiro Leão.

Aspectos Socioeconômicos

Como mostra o gráfico (1) abaixo, os resultados indicam que em sua maioria os alunos possuem renda familiar de até três salários mínimos.

Gráfico 1- Renda Familiar dos Alunos



Fonte: dados coletados, 2011.

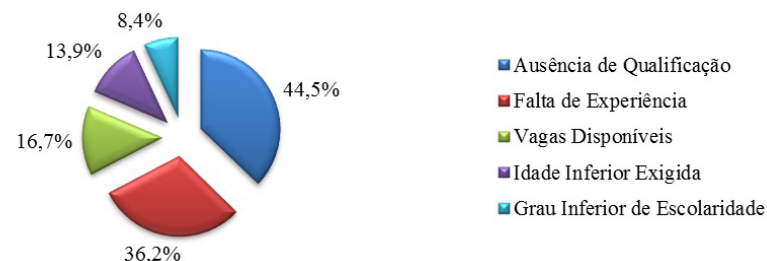
Constatou-se ainda que 50% dos respondentes possuem familiares com níveis de escolaridade abaixo do ensino superior completo e no que se refere aos pais (pai e mãe), esse índice aumenta em 86,2%. Ainda nos achados, verificou-se que 91,7% dos alunos não exercem nenhuma atividade remunerada. Esses resultados ratificam o parecer da pesquisa desenvolvida pelo Dieese (2005), no qual a inserção do jovem no mercado de trabalho se dá de forma distinta de acordo com a condição socioeconômica da sua família. Os jovens de classe mais pobre, quando comparados aos jovens pertencentes às famílias de maior poder aquisitivo, apresentam maiores dificuldades para pleitear uma vaga no mercado de trabalho.

Dificuldades para Ingressar no Mercado de Trabalho

Os achados, conforme gráfico (2) a seguir, revelam que a principal barreira para inserção profissional deles é a “ausência de qualificação profissional”, implicando na disponibilidade de mão de obra qualificada para o mercado de trabalho. Nos achados deste estudo, 69,5% dos alunos já fizeram algum tipo de curso básico, como por exemplo: informática básica (50%) deles e cursos de língua inglesa (22,3%). Porém poucos alunos tiveram oportunidades de realizar cursos mais focados para o mercado de trabalho local, como, por exemplo, cursos técnicos.

A “falta de experiência profissional” também foi apontada pelos respondentes como um segundo aspecto dificultante da sua inserção profissional. Acredita-se que isso pode constituir um entrave para os respondentes, já que 94,5% deles não possuem ainda nenhum tipo de experiência profissional.

Gráfico 2- Dificuldades Encontradas para Ingressar no Mercado de Trabalho



Fonte: dados coletados, 2011.

Os resultados apresentados no gráfico acima corroboram a abordagem que Rocha (2008) delineia a respeito das dificuldades que os jovens têm de inserção no mercado de trabalho que estão relacionadas, em parte, com suas características intrínsecas como a falta de experiência e a tendência à experimentação. Na visão de Pochmann (2000), os jovens enfrentam dificuldades adicionais para encontrar trabalho e se manterem pelo fato de serem inexperientes e obterem poucas oportunidades. E para o autor isso é mais significativo entre os jovens pobres, pois eles são impelidos a precipitar a ocupação de um posto de trabalho para obter uma renda a fim de sustentar as despesas familiares ou a própria sobrevivência.

No que concerne as demais dificuldades, na visão dos respondentes, o número de “vagas disponíveis”, aparece como uma possível barreira para inserção profissional, estando este fato relacionado às poucas oportunidades de trabalho. Para Pais (1991, apud Martins, 1997), a diminuição das oportunidades de emprego para os jovens se constitui como um dos fatores que exprimem as dificuldades dos jovens na inserção ao mercado de trabalho.

Por fim, a “idade inferior” e a “pouca escolaridade” exigida pelo mercado de trabalho também foi referida pelos respondentes como possíveis aspectos dificultantes da iniciação profissional.

Relacionado à Mentoria

Os entrevistados foram indagados a responder se houve alguém influente na vida deles que apoiou ou apoia a sua inserção profissional agindo como um mentor através de relacionamento de Mentoria. Como resposta, todos os respondentes afirmaram existir alguém influente tanto na sua iniciação profissional quanto no desenvolvimento pessoal oferecendo apoio, conselhos e contribuindo para o crescimento pessoal e profissional.

Acerca do papel social dos agentes apoiadores do desenvolvimento profissional desses jovens, os resultados revelaram que foram os familiares (N 32, F% 49,2) que agiram como mentores. Além disso, houve quem destacasse como mentor os antigos professores (N 12, F% 18,5) e ainda os amigos (N 03, F% 4,6).

Assim, conforme Kram (1985) acredita-se, neste estudo, que os relacionamentos de mentoria identificados serviram de apoio pessoal e profissional para os respondentes e podem ter contribuído para o desenvolvimento de habilidades e competências que fomentam a empregabilidade dos jovens, cooperando, também, para minimização das dificuldades profissional por eles referidas.

Considerações finais

Verificou-se que as principais dificuldades para ingressar no mercado de trabalho na visão dos respondentes foram “ausência de qualificação profissional”, e a “falta de experiência profissional”. Essas categorias podem estar relacionadas à baixa renda familiar dos respondentes que conforme estudos de Dieese (2005) constituem uma dificuldade para a inserção do jovem no mercado de trabalho. Além disso, o município de Camaragibe não oferece alternativas diversas de programas de inserção profissional para o mercado de trabalho.

Desta forma, diante da configuração de um cenário marcado por escassez de oportunidades, acredita-se que a realização da Copa 2014 poderá repercutir na melhoria de infraestrutura e na geração de novos empregos.

O estudo constatou a existência de relacionamentos de mentoria na vida dos respondentes. Os familiares, antigos professores e amigos foram evocados como sendo os mentores e agentes de apoio à inserção profissional dos alunos. Nesse sentido, acredita-se que essas relações de mentoria podem ter contribuído para o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais dos respondentes e para alavancar a sua empregabilidade.

Por fim, a área de investigação deste estudo pode auxiliar na projeção de programas governamentais voltados para a iniciação profissional de jovens e adultos no mercado de trabalho, aproveitando as oportunidades econômicas e profissionais que o município de Camaragibe, atrelado à Copa 2014, pode proporcionar.

Referências

- DIEESE. Juventude: Diversidades e Desafios no Mercado de Trabalho Metropolitano. **Estudos e Pesquisas**. n. 11. Set. 2005. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/estpesq11jovens.pdf>> Acesso em: 07 set. 2012.
- GUEIROS, M. M. B. As funções de Mentoria como um instrumento de Apoio ao Desenvolvimento Profissional dos Dirigentes de Faculdade de Ensino Superior. In: **Anais do 33 EnANPAD - Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração**, São Paulo-SP, 2009.
- JORNAL DO COMMERCIÓ. **Gastos com educação “reprovam” prefeitos do Grande Recife**. 2012. Disponível em: <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/politica/noticia/2012/03/08/gastos-com-educacao-reprovam-prefeitos-do-grande-recife-34850.php>> Acesso em 05 abr. 2012.
- KRAM, Kathy E. e ISABELLA, Lynn A. Mentoring Alternatives: The Role of Peer Relationship in Career Development. **Academy of Management Journal**, vol. 28, n.1, p.110 -132, 1985
- KRAM, Kathy E. **Mentoring at Work**. Lanham: University Press of America, 1988. p. 1-63.
- MARTINS, Heloísa Helena Teixeira de Souza. O Jovem no Mercado de Trabalho. **Revista Brasileira de Educação**. n.5Mai./ Ago. 1997. n.6 Set./ Dez. 1997. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n05-06/n05-06a09.pdf>> Acesso em: 07 set. 2012.
- MATHEUS, Tiago Corbisier. Jovens e Mercado de Trabalho, **GVexecutivo**. vol.10 nº1 jan/jun 2011. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/47-49.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2012.
- MINISTÉRIO DO ESPORTE. **Impactos Econômicos da Realização da Copa 2014 no Brasil**. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/arquivos/assessoriaEspecialFutebol/copa2014/estudoSobreImpactosEconomicosCopaMundo2014.pdf>> Acesso em 28 ago. 2012.
- PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO. **Pernambuco na Copa 2014**. Disponível em: <<http://www.pe.gov.br/programas/pernambuco-na-copa-2014/>> Acesso em 04 abr. 2012.
- POCHMANN, Márcio. **A batalha pelo primeiro emprego**. As perspectivas e a situação atual do jovem no mercado de trabalho. São Paulo: Publisher Brasil, 2000.
- PORTAL DA COPA. **A Copa de 2014: O Brasil será novamente a sede do torneio**. 2012. Disponível em: <<http://www.copa2014.gov.br/pt-br/sobre-a-copa/copa-de-2014>> Acesso em 04 abr. 2012.
- RIGO, Ariádne Scalfoni e SOUZA, Denise Clementino de. **Mentoria na perspectiva daquele que aprende: o caso de uma empresa multinacional de consultoria**. 2004.
- ROCHA, Sônia. A inserção dos Jovens no Mercado de Trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, v.21, n.24, p. 533-550, Set./ Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n54/09.pdf>> Acesso em: 07 set. 2012.
- SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**, Rio de Janeiro, DP&A editora, 1999.
- SEBRAE. **Projeto SEBRAE 2014**. 2012. Disponível em: <<http://z13391590834fd1f151x.pe.sebrae.com.br/>> Acesso em: 07 set. 2012.
- SECOPA-PE. **Secretaria Extraordinária da Copa 2014**. 2012. Disponível em: <<http://www2.secopa.pe.gov.br/web/secopa/>> Acesso em: 07 set. 2012

SHEA, Gordon F. **Mentoring:** Como desenvolver o comportamento bem sucedido do mentor. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

SILVA, Maria Rita C. Alves da. **Mentoria e aprendizagem no contexto educacional:** Um estudo sobre as percepções dos professores-dirigentes do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da UFPE. 2008. 45 f. Monografia (Graduação) - Curso de Administração, Departamento de Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco-ufpe, Recife, 2008.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA FAMILIAR: NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL

Marluce Tavares de Oliveira. Médica.

Mestra e Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP.
Médica pediatra da Universidade Federal de Pernambuco. Professora da Universidade de Pernambuco - Faculdade
de Ciências Médicas/UPE. E-mail: marlucetavares.upe@gmail.com

Valdilene Pereira Viana Schmaller

Mestre e Doutora em Serviço Social pela UFPE, professora do Departamento de Serviço Social do Centro de
Ciências da Saúde da UFPE. Pesquisadora do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE
(NUSP/UFPE). E-mail: valdileneviana@uol.com.br

Resumo

Este artigo visa analisar a Violência Doméstica Familiar (VDF) contra adolescentes grávidas. Para tal realizou-se uma pesquisa exploratória aplicando-se a técnica de grupo focal com profissionais da educação, assistência social e saúde na cidade de São Joaquim do Monte/PE. Buscou-se compreender o papel da família, o conceito, identificação, tipo, crenças sobre a prática, causas, condução dos casos de VDF, as dificuldades e facilidades da notificação. Além disso, os resultados encontrados apontam dificuldades para identificação e condução dos casos seja por lacunas na formação, desconhecimento e medo dos agressores. Conclui-se a necessidade de acionar mudanças na rede de serviços e na formação profissional.

Palavras chaves: Promoção da Saúde; Violência; Proteção Social.

Abstract

This article aims to analyze the family domestic violence (FDV) against pregnant adolescents. It was carried out an exploratory research applying the focal group technique with professionals of education, social assistance and health in the city of São Joaquim do Monte/PE. It searched to understand the role of the family, the concept, identification, type, believes about the practice, causes, management of cases of FDV, difficulties and facilities of the notification. In addition, the results demonstrated difficulties for the identification and management of cases because of shortcomings in training, ignorance and fear of the perpetrators. The conclusion is the need to trigger changes in social services and vocational training.

Keywords: Health Promotion; Violence; Social protection.

Introdução e objetivos

A expressão violência doméstica familiar é compreendida e será analisada a partir de duas perspectivas teóricas: a primeira no ponto de vista da dominação e poder que o homem exerce sobre outrem, ou seja, conceito de exploração econômica e negação do outro; enquanto a segunda refere-se à violência como problema de saúde pública, devido ao aumento do índice de mortalidade, doenças e agravos físicos e mentais, ocasionados pelo ato violento, praticado por quem deveria estar protegendo.

Embora se avalie que a violência como expressão da questão social, considerada como problema de saúde pública desde o início da década de 1970, não está relacionada apenas a crianças se fazendo presente em todos os ciclos de vida; mas assume dimensão particularmente importante neste grupo populacional, especialmente no ciclo gravídico.

Existe uma ampla discussão sobre violência doméstica e familiar (VDF) na atualidade, com vários resultados de pesquisas publicadas, porém pouco se tem produzido sobre a atuação dos profissionais, em municípios de pequeno porte, em casos de violência doméstica contra adolescentes grávidas. Portanto, para abordar o tema até início dos anos noventa, os profissionais de Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, entre outros; tinham que recorrer a referenciais teóricos do campo da medicina (psiquiatria, hebiatria e ginecologia) com abordagens epidemiológicas; com destaque para as doenças sexualmente transmitidas, gravidez e sequelas; e da psicologia que versavam do desenvolvimento de transtornos, estresse e traumas.

O objetivo deste foi analisar a compreensão dos profissionais da rede de atenção às vítimas de violências. Especificamente identificar as ações de proteção social as adolescentes grávidas vítimas de violências e evidenciar as experiências dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF); identificar o acolhimento às vítimas de Violência Doméstica Familiar (VDF) e investigar as vivências de VDF entre gestantes adolescentes atendidas na ESF. Ressalta-se que as violências e acidentes constituem-se como a segunda maior causa de mortalidade da população brasileira e a primeira da população jovem (MINAYO; ASSIS 1994.). O que o torna um grave problema de saúde pública, transcende o espaço privado das famílias, e, portanto, configura-se como demanda para os profissionais de saúde.

Marco teórico

Para Engels a escravização de Sexta Feira por Robson Crusóé¹ era violência um “[...] ato de dominação é o ponto de partida e o fato fundamental de toda a história até os nossos dias [...]” (1990, p.120). É a partir da releitura dessa estória, um clássico da literatura, que Engels desenvolve sua teoria da violência. Este entende a violência na sociedade capitalista como processo histórico, um fenômeno definido pelo uso da força e da coerção dos homens entre si, portanto, presente nas relações sociais, políticas, econômicas e culturais com suas raízes no modo de produção social. Engels afirma que Robinson escraviza Sexta-feira “com a espada na mão. Sim, mas onde arranjou essa espada? Que se saiba, até hoje, as espadas não brotam, como árvores, de nenhum lugar da terra, nem mesmo nas ilhas imaginárias onde vivem os Robinsons” (ENGELS, 1990, p.122).

Nesta pergunta Engels projeta a origem da violência a partir da produção do seu instrumento (objeto) e ao mesmo tempo traz à tona as relações que se estabelecem com a evolução da sociedade e da propriedade

1. Um clássico de da literatura escrito por Daniel Defoe em 1719 em narra às aventuras de Robinson Crusóé para sobreviver numa ilha deserta.

privada dos meios de produção. Assim, o poder e a dominação é a maior expressão da violência, pois, esta

[...] não é um mero ato de vontade, pressupondo, pelo contrário, condições prévias bastante reais para o seu exercício, a saber: instrumentos, entre os quais, o mais perfeito esmaga o mais imperfeito. Estes instrumentos, que não brotam do solo por si sós, tiveram de ser produzido, o que equivale a dizer que o produtor dos mais perfeitos instrumentos de violência, que são as armas, triunfa sobre o produtor dos mais imperfeitos. Daí temos de reconhecer, em resumo, que a vitória da violência se reduz à produção de armas e que esta, por sua vez, se reduz à produção em geral, e, portanto, ao 'poderio econômico', à 'situação econômica', aos meios materiais colocados à disposição da vontade de violência (ENGELS, 1990, p.123).

Destarte é fundamental compreendermos que a violência deriva da questão social. Neste estudo definida como “um conjunto das expressões da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2006, p 176).

A violência, enquanto expressão da questão social é um dos principais desafios da atualidade para os trabalhadores, gestores e a família, requer ainda refletir sobre os determinantes, fatores, seus crescentes índices, custos, qualificação e formação profissional para atuar na rede de serviços de proteção social. Entendemos que o enfrentamento das violências, não ocorre unicamente pela via da formação profissional, requer compreendê-la a partir da gênese das relações de produção material e reprodução da vida social, sobre as mudanças no modo de pensar e agir da sociedade contemporânea. Porém, consideramos que a formação tem um papel fundamental para desmistificar e produzir novos saberes e práticas que possam reduzir as sequelas da violência, acolher, notificar, encaminhar e proteger as pessoas vitimizadas.

Compreende-se a violência como um das expressões da questão social do sistema capitalista, ou seja, está presente nas relações sociais nas cidades e metrópoles, sua ocorrência e fatores é parte da história dos indivíduos, grupos coletividades.

Compreendida e definida como resultado de múltiplas determinações do real, a violência resulta das relações sociais, políticas, culturais e econômicas, consequentemente, como fenômeno histórico deve ser analisado sob a óptica multicausal e multifatorial. A violência é a negação do outro. Portanto, é um ato humano realizado, com intenção ou não, para prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro. Pode ser individual, interpessoal, grupal, de classe, de gênero, de grupo étnico, de Estado contra outro Estado. Desta forma, a partir da ampliação do conceito de violência, esta se torna um problema de saúde pública e entra na agenda nacional de discussão no início dos anos 1980 do século XX, porém segundo Minayo (2007), em toda sociedade ocidental, e em particular no Brasil, só na década de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) reconhecem o tema violência, embora as discussões, segundo esta autora, fossem ainda iniciais neste período.

Na rede de proteção social e serviços de saúde existem várias dificuldades estruturantes, algumas já apontadas por Deslandes (2000), Gonçalves e Ferreira (2002), Minayo (2006) e Souza *et al* (2009). Para este estudo existem duas que identificamos e destacamos: a primeira está relacionada com o atendimento pelos trabalhadores da rede das vítimas de violências, mediante a pouca qualificação para identificar e notificar. A segunda é a cultura da descontinuidade administrativa nos serviços prestados pela gestão municipal, seja da saúde, educação e assistência social.

Desde o final dos anos 1990 do século passado que o Brasil vem buscando cumprir a Constituição de

1998 no que se refere à proteção social de seus cidadãos. Para tal, foram criadas leis, estatutos e regulamentos no sentido de proteção para a criança, adolescentes, mulheres e idosos, como segmentos prioritários para o desenvolvimento das políticas e programas e aprovação de legislações específicas para cada ciclo de vida, tendo por base a doutrina da proteção integral, tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso, o sistema de proteção é ampliado. No entanto, apesar dos avanços da legislação em alguns municípios brasileiros temos como dificuldade ao sistema de proteção à vítima de violência a estrutura da rede socioassistencial e a qualificação profissional dos trabalhadores.

Com relação à qualificação profissional concordamos com Saliba *et al* (2007) quando afirmam que, com relação às legislações das profissões, a notificação da violência é reconhecida como obrigação do profissional que atende o usuário nos serviços de saúde. Este ainda refere que a legislação brasileira de garantia e defesa de direitos não tem sido plenamente utilizados e incorporados nas práticas dos trabalhadores e profissionais responsáveis pela efetivação das políticas sociais.

Entendemos que as violências não desaparecem do cotidiano das pessoas e dos profissionais apenas com a instituição de leis de proteção, ao contrário, torna-se necessário trazer para o centro da formação e qualificação profissional, a cultura do direito. Assim, ao refletirmos sobre a atuação do Estado na redução e prevenção da violência, enquanto fenômeno social, histórico e ideológico, torna-se necessário repensarmos os paradigmas da formação e da qualificação profissional em serviço, além de criarmos condições objetivas para incorporação de novas abordagens no campo de práticas acadêmicas.

Os estudos de Gonçalves & Ferreira (2002) indicou que existem várias dificuldades nos serviços de saúde relatadas pelos trabalhadores da saúde para realizar a notificação dos casos, apesar da obrigatoriedade em artigo do Estatuto da Criança e do Adolescente. Segundo as autoras as dificuldades são: identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas; a questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação; alguns profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la; a ideia da quebra do sigilo profissional no ato de notificar.

A obrigatoriedade da notificação individual pelos trabalhadores dos serviços de assistência a saúde é um avanço enquanto política de saúde pública. Entretanto, considera-se que as dificuldades na implementação do sistema nacional de vigilância aos agravos transmissíveis são desafios, tanto para os gestores quanto para as instituições de ensino superior. A cultura do medo, do desconhecimento da rede socioassistencial e da temática são os mais relatados pelos atores que participam nacional e localmente das ações de prevenção.

Para que profissional possa acolher, atender e encaminhar as vítimas que recorrem aos serviços setoriais é necessário que, desde a formação acadêmica, estes problematizem sobre o fenômeno da violência, reflitam sobre relações de gêneros, conflitos e contradições da sociedade capitalista.

Metodologia

Este trabalho o projeto de intervenção intitulado “Programa Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: situando a questão e tecendo o cuidado”, realizado, entre agosto de 2009 e janeiro de 2011, em São Joaquim do Monte, município do agreste Pernambuco. Foi dirigido a gestores e profissionais em instituições sociais de atenção a crianças e adolescentes, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), foi organizada a partir de orientações preconizadas pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde em 2001. Os instrumentos para coleta de dados foi

grupo focal (qualitativa) em que foram investigadas as concepções dos profissionais de saúde, educação e assistência social da rede. Para este objetivo foram realizadas três reuniões de grupo focal, com um total de 30 participantes (10 em cada grupo e 07 entrevistas em profundidade, entre agosto de 2008 e fevereiro de 2009). A escolha dos informantes chaves para a etapa qualitativa foi do tipo intencional e por conveniência, em que se admitiram os participantes com maior disponibilidade para participar da coleta, tempo de atuação na área, modalidade administrativa, e a ocupação de posição estratégica nas decisões políticas setoriais (secretários, coordenadores e/ou diretores). No grupo focal as questões foram subdivididas em dois eixos, o primeiro eixo foi o campo VDF que abordou conceito de violência, identificação, crenças (VDF e agressões) causas, condução dos casos, notificação de casos (dificuldades e facilidades). O segundo eixo abordou Ações para Enfrentamento, integralidade da atenção, multidisciplinaridade, rede social.

Para participar da etapa qualitativa foram identificados e selecionados 33 profissionais, que atuam na rede de atenção básica e de proteção social dos direitos da criança e do adolescente, nas quais havia a presença de enfermeiros, médicos, odontólogos, agentes comunitários de saúde (ACS), conselheiros tutelares, gestores e coordenadores de serviços educacionais, de saúde e assistência social, sendo que dos sete entrevistados, quatro participaram também de grupo focal. Assim, participaram 07 gestores e diretores vinculados às Secretarias Municipais de Assistência Social e da Educação (três de cada) e da Saúde (um representante); um do Ministério Público e cinco conselheiros tutelares. Entre os 20 profissionais da atenção básica 07 eram enfermeiras, 05 odontólogos, 07 ACS e 01 auxiliar de consultório dental (ACD). O roteiro do grupo focal foi construído para explorar e apreender os temas centrais de interesse: concepções sobre VDF, estrutura e organização da rede de proteção. As respostas obtidas foram gravadas e o grupo focal filmado (com permissão do grupo) para registro dos diálogos, visando minimizar erros na fase de digitação e posterior a transcrição dos dados procedemos à sistematização e interpretação dos dados na qual foi utilizada a técnica de análise de discurso, com base em Orlandi (2001).

No que se refere ao método buscou-se captar nas vivências cotidianas dos profissionais, gestores e conselheiros tutelares questões sobre que ações consideravam na prática de atenção e prevenção da violência doméstica familiar com adolescentes grávidas. Foi investigado que dificuldades existem para operacionalização das ações de atenção, seja na formação profissional, seja na estrutura da rede de prestação de serviços de proteção socioassistencial. Os temas provocaram várias respostas diretas e a análise buscou, dentre a variedade das imagens produzidas, aquelas que afluíam, foram agrupadas em torno de temas comuns. As respostas reunidas foram analisadas de acordo com os conceitos definidos pelo corpo teórico do projeto. Nesta etapa foram considerados termos arrolados à violência: traumas e agressões físicas, negligência, abuso sexual, abandono, acidentes domésticos, drogas lícitas e ilícitas, justiça/injustiça social, direitos, exclusão, desigualdades, pobreza/miséria, entre outros, por representarem temas que poderiam gerar discussões e intervenção profissional sobre a questão da violência nas unidades socioassistenciais e educacionais que permeiam o cotidiano das adolescentes grávidas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética² obedecendo a critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96).

Resultados e discussão

No Brasil é uma realidade o aumento progressivo dos eventos de violências e acidentes, principalmente, envolvendo crianças e adolescentes, idosos, mulheres e jovens. Schraiber e Couto (2006) demonstram em estudos recentes que são diversos os tipos de agravos desde as ocorrências que terminam em óbito, até as

2. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP com o registro Nº 1224-08 – CAAE: 0.104.0.099.099-08.

formas subjetivadas violências como: psicológicas, maus tratos, negligência, opressão, exploração e abuso sexual. Na pesquisa o conceito de violência aparece como resultado da desestruturação familiar, condições econômicas, ausência de políticas públicas sociais bem como relacionada à ausência de valores morais.

“A violência doméstica e a gravidez na adolescência... parte basicamente da desestrutura familiar (...) até porque essa desestrutura familiar, ela tem também reflexo na própria desestrutura... na ausência do Estado. Muitas vezes como é que se estrutura gerações, independente de classe social? (...). aí tem estudos que dizem que tem uma influência sólida na formação da criança” (E1).

“[...] primeiro, uma falta de estrutura econômica e, por consequência, falta de educação, a falta de princípios e a falta de perspectiva de vida e perspectiva de futuro (...). e, entra aí, nessa falta de perspectiva, surge a violência; até como uma forma difusa de protesto” (E2).

Entre os profissionais da atenção básica participantes dos grupos focais foi recorrente o discurso da necessidade de capacitação específica na temática, na medida em que se avaliavam pouco, ou nada, preparados para o enfrentamento cotidiano do problema devido a sua complexidade.

Nestes termos, entendemos que para a redução dos índices de violência familiar doméstica é necessário atuarmos na perspectiva da promoção da saúde no desígnio de ampliar a política da proteção social. Entretanto, esta ação requer atuar nas diversas expressões da questão social materializadas na vida cotidiana das famílias e dos indivíduos sociais de distintos segmentos das classes subalternas, ou seja, requer qualificação profissional para dar visibilidade na esfera pública à invisibilidade da violência; ao medo social e à cultura do silêncio. Desta forma, os trabalhadores podem contribuir para a organização das famílias e vítimas na defesa e ampliação dos seus direitos sócio-jurídicos e assistenciais.

O espectro da violência, reduzida quase que exclusivamente às formas mais graves da agressão física, o receio em se envolver e o papel central atribuído ao médico na sua condução pelos demais profissionais da equipe do Programa de Saúde da Família – PSF contribui para ampliar a invisibilidade do problema, caminha lado a lado, na fala dos participantes, com as possibilidades concretas de acolhimento:

“(...) Um método muito eficaz é ir direto à Promotoria Pública, porque é muito rápida a ação... Mas isso tem uma ressalva: se você faz isso numa comunidade pequena, você se expõe ao risco. É preciso ter coragem pra chegar e... A Odontologia não vê muita agressão, Vem um contato mais para o médico, que a pessoa chega cheia de hematomas, escoriações (...)” (PS – Grupo Focal / PSF rurais).

Outros resultados que merecem ser destacados neste artigo foram os dados obtidos na pesquisa relacionados à importância dada pelos trabalhadores à integralidade da atenção em que a intersetorialidade e interinstitucionalidade aparecem como medições importantes para a notificação dos casos e proteção social das vítimas.

“[...] muitas vezes o menor está numa situação de abandono, então o Conselho, a Escola, a Secretaria de Ação Social, Secretaria de Saúde estão envolvidas na situação de comunicação (...). O Conselho Tutelar fez um levantamento, mandou pra mim, eu entrei com o mandado de proteção, ela foi abrigada... Então, essa equipe vai lá, vai acompanhar e mandar relatório pra gente” (E3).

A ação intersetorial é fundamental para proteger as vítimas das agressões repetitivas e, por vezes, que levam a morte. Ressalta-se que é partir da estrutura da rede institucional aliada à difusão da obrigatoriedade da notificação entre os trabalhadores que a violência ganha visibilidade, o que gera políticas e programas, modifica o perfil epidemiológico de morbimortalidade na saúde.

Considerações finais

A prática de cuidado com usuárias adolescentes grávidas vai além do processo de agravo à saúde ou prevenção de fatores de riscos. Neste estudo percebemos a necessidade de criar mecanismos de qualificação profissional, programas intersetoriais, atuação profissional no campo interdisciplinar para estabelecer um processo de mudança na percepção e significado do conceito de violência, melhoria da identificação da violência, evidência de (re) articulação da rede de apoio, busca pelo resgate dos vínculos entre familiares e gestantes, conhecimento sobre os tipos de violências pelos trabalhadores da rede socioassistencial. A prática do cuidado requer tanto por parte dos gestores municipais quanto pelos trabalhadores da rede de proteção e estabelecer mediações necessárias para desconstruir, reconstruir e construir novas práticas de cuidados embasadas em concepções transformadoras, troca entre os saberes, vínculos sociais com os usuários para desmistificar crenças e valores sobre a violência doméstica familiar.

Conclui-se afirmando que a saúde, educação e a assistência social são direitos sociais, portanto, são direitos de justiça, proteção e valorização da vida. Estes direitos devem ser defendidos pelos trabalhadores, com base no código de ética profissional e legislações sobre amparo à vítimas de violências, com ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação dos agravos e sequelas dos eventos coercitivos e de exploração.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria Nº. 936**, de 18 de Maio de 2004, publicada no DOU Edição Nº. 96 de 20/05/2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências** (Portaria MS / GM nº. 737, de 16/05/2001).
- DESLANDES, S.F.. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. **Tese**. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, setembro de 2000.
- ENGELS, F. **Anti-Duhring**: Filosofia, economia, política e socialismo. Edição 3ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
- GONÇALVES, H. S; FERREIRA, A. L.. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (1), Pp. 315-319, jan. - fev., 2002.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-política e teórico-metodológica no Serviço Social contemporâneo. MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde – formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- MINAYO, M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1259-1267.
- MINAYO, M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, 11(Sup): 1259-1267.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G. **Saúde e violência na infância e na adolescência**. *Sociedade Brasileira de Pediatria - Jornal de Pediatria*. [online], 1994.
- SALIBA, Orlando; GARBIN, C. A. S; GARBIN, A. J. I; DOSSI, A. P. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.3, pp. 472-477.
- MORFINO, V. **A sintaxe da violência entre Hegel e Marx**. *Trans/Form/Ação* [online]. 2008, vol.31, n.2, pp. 19-37.
- ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e fundamentos. 3. ed., Campinas: SP: Pontes, 2001.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA; A. F. P. L., COUTO, M. T.. **Violência e saúde: estudos científicos recentes**. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2006, vol.40, n. spe, p.112-120.
- SOUZA, E. R. et al. **O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1709-1719.

VIVA BEM SEM QUEDAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

Márcia Carréra Campos Leal

Professora Associada, Departamento de Medicina Social –
DMS/CCS/UFPE, coordenadora do projeto.

E-mail: marciacarrera@hotmail.com

Ana Paula de Oliveira Marques

Professora Adjunta, Departamento de Medicina Social –
DMS/CCS/UFPE, vice-coordenadora do projeto.

E-mail: marquesap@hotmail.com

Daniele Ferreira Rodrigues

Fisioterapeuta, mestranda em Saúde Coletiva –
PPGISC/CCS/UFPE

E-mail: daniele-fisio@hotmail.com

Erika Carla Cavalcanti Gomes

Terapeuta Ocupacional, mestranda em Enfermagem –
Educação em Saúde - PPGenfermagem/CCS/UFPE

E-mail: erikacarlagomes@yahoo.com.br

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega

Fisioterapeuta, mestranda em Saúde Coletiva –
PPGISC/CCS/UFPE

E-mail: isabelle_rayanne@hotmail.com

Odon de Souza Sitônio Neto

Graduando em Odontologia - UFPE - Bolsista do projeto

E-mail: odon_n@hotmail.com

Resumo

A queda é um evento acidental, preditor de desfechos desfavoráveis, principalmente em pessoas idosas, tais como morte e piora das condições de saúde. No entanto, estratégias multidisciplinares de educação em saúde podem auxiliar na prevenção do evento entre os idosos. Baseado neste conhecimento o curso Viva bem sem quedas, atividade extensionista desenvolvida junto à UnATI/UFPE teve o objetivo de promover estratégias de prevenção à quedas através de práticas educativas, utilizando-se da pedagogia problematizadora, criada por Paulo Freire. O curso foi dividido em 12 módulos e contou com a participação de 20 idosos, 02 docentes e 04 discentes. Ao término do curso pode-se perceber que os idosos

estavam mais críticos em relação à problemática do risco de quedas, mostrando-se protagonistas quanto à responsabilidade do autocuidado, além disso, a prática extensionista possibilitou uma maior aproximação entre a comunidade e a Universidade, possibilitando trocas de saberes.

Palavras-chave: Idoso, Educação em Saúde, Acidentes por Quedas

Live well without falls: an experience report of health education

Abstract

Fall is an accidental event, a predictor of poor outcomes, especially in older people, such as death and worsening health conditions. However, multidisciplinary strategies of health education can help prevent the event among the elderly. Based on this knowledge the course Live Well without falls, extension activity developed by the UnATI / UFPE aimed to promote strategies to prevent falls through educational practices, using problem-solving pedagogy, created by Paulo Freire. The course was divided into 12 modules and with the participation of 20 participants, 02 teachers and 04 students. Upon completion of the course can be seen that the elderly were more critical of the issue of risk of falls, being protagonists on the responsibility of self-care in addition to practical extension allowed for a closer relationship between the community and the University, enabling exchange of knowledge.

Key words: Elderly, Health Education, Accidental Falls

Introdução e objetivos

O envelhecimento é considerado um processo complexo que envolve alterações ligadas a fatores biológicos, psicológicos e sociais¹. Tais mudanças podem levar o idoso à condição de dependência, provocada por comprometimentos cognitivos, incontinência urinária, dificuldades motoras e quedas, sendo esta última considerada uma das principais causas de adoecimento entre os idosos².

Queda pode ser definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo, que se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura³.

No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez no ano e após a primeira queda eleva-se o risco de cair novamente, ocasionando além de prejuízos físicos, danos psicológicos tais como a síndrome da pós-queda, a qual gera nos idosos sentimentos de medo e ansiedade que podem ser mais incapacitantes do que o próprio evento⁴.

Além disso, a queda apresenta impactos relevantes à qualidade de vida do idoso, como a deterioração funcional, diversas morbidades, mortalidade, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde, levando os idosos a restringirem suas atividades cotidianas e estimulando atitudes protetoras de familiares e cuidadores, com consequente redução ou perda da independência e da autonomia⁵.

Sabendo-se da relevância dessa problemática e do quanto é importante investir em medidas preventivas na tentativa de minimizar a ocorrência do evento, e tendo a Universidade Aberta à Terceira

Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UnATI/UFPE) como um veículo da promoção da saúde por meio da educação, foi desenvolvido o projeto de extensão “Viva Bem sem Quedas” a fim de proporcionar aos idosos uma maior consciência e responsabilidade sobre a saúde e o autocuidado.

Os principais objetivos desta atividade extensionista foram: promover a educação e práticas efetivas de prevenção de quedas, visando proporcionar maior segurança, autonomia e independência para os idosos e desenvolver estratégias eficazes para a melhoria da capacidade funcional.

Marco teórico

O envelhecimento populacional é um fenômeno irreversível e de amplitude mundial, que teve início nos países desenvolvidos e atualmente é mais expressivo nas nações em desenvolvimento, configurando-se como um dos maiores desafios da Saúde Pública contemporânea⁶.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), nas próximas décadas a população com 60 ou mais anos de idade dos países em desenvolvimento deverá apresentar taxas de crescimento anuais acima dos 3%, proporcionando um contingente de 1,6 bilhões de idosos em 2050 e de 2,4 bilhões em 2100⁷.

No Brasil, no ano de 2011, dos aproximados 195,2 milhões de habitantes, 12,1% eram de pessoas idosas⁸. Estima-se que em 2050 essa população atingirá 38 milhões de idosos, superando pela primeira vez a proporção de jovens no país⁹.

De modo geral, o envelhecimento humano, independentemente dos fatores étnicos, sociais e culturais inerentes a cada população, está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas degenerativas que, associadas ao acúmulo de anos, compromete a funcionalidade, a independência e a autonomia dos indivíduos mais velhos¹⁰.

Esse fato, associado ao aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas, evento bastante comum e temido pela maioria das pessoas idosas devido à sua alta incidência, às consequentes complicações para o setor saúde e aos altos custos assistenciais^{11,12}.

As quedas são definidas como deslocamentos não intencionais do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinados por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade¹³.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano no Brasil, taxa que aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e para 50% entre os idosos institucionalizados, sendo as mulheres mais propensas a cair até os 75 anos de idade, e a partir dessa faixa etária as frequências se igualam¹⁴. Dos idosos que caem, cerca de 25% requerem hospitalização e, destes, apenas metade sobreviverá após um ano¹⁴.

Somente no ano de 2010, 79.524 idosos foram internados em hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) por motivo de quedas, o que gerou custos no valor de R\$102.959.287,66 para o setor, sendo que 3.838 destes idosos foram a óbito no mesmo ano¹⁵.

Os maiores impactos gerados pela queda na qualidade de vida de uma pessoa idosa são a morbimortalidade, a deterioração funcional, a hospitalização, a institucionalização, o consumo de serviços sociais e de saúde e as restrições às Atividades de Vida Diária (AVD), seja de forma direta por consequência de fraturas ou de forma indireta por causa das dores, incapacidades, receio de sofrer novas

quedas e superproteção por parte da família e dos cuidadores e até mesmo, por problemas na interpretação de orientações fornecidas pelos profissionais de saúde¹⁶.

O medo de cair também pode acarretar consequências negativas no bem-estar físico e funcional dos idosos, gerando perda de independência, da capacidade de realizar normalmente as AVD e restrição da atividade física, o que explica o grau de prevalência do estilo de vida sedentário em muitos idosos¹⁷.

Em 1982, Isaacs & Murphy identificaram a chamada síndrome pós-queda, caracterizada por pavor descontrolado de andar novamente, mesmo sem apresentar problemas de locomoção que impeçam a marcha, além de perda da auto-estima e isolamento social, determinando declínio físico e morte precoce como consequência do medo de cair, sendo este o resultado final da combinação da instabilidade postural não-tratada, com a queda propriamente dita, a qual resulta em danos à saúde física e mental do indivíduo idoso¹⁸.

Uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de avaliar o conhecimento científico produzido relacionado à qualidade de vida do idoso que sofreu quedas encontrou que os idosos com maior medo de cair foram os que mais as sofreram e apresentaram piores escores para qualidade de vida, bem como idosos que sofreram quedas anteriores relataram mais medo de sofrê-las do que os que não caíram; além disso, aqueles com alto medo de cair relataram piores escores nas funções física e mental e na dor corporal¹⁹.

As quedas frequentemente decorrem de um somatório de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo difícil restringir um evento de queda a um único fator de risco ou a um agente causal²⁰. Os fatores intrínsecos estão relacionados com as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: idade, presença de múltiplas doenças crônicas, polifarmácia, depressão, diminuição da cognição, redução da capacidade funcional, entre outras; enquanto que os fatores extrínsecos estão relacionados com o meio ambiente em que o idoso vive e frequente^{21,22}.

O reconhecimento dos fatores associados à queda, principalmente os que são passíveis de intervenção, pode contribuir para a prevenção de sua ocorrência e redução de suas consequências, fomentando a manutenção da autonomia e independência dos idosos, assim como sua qualidade de vida²³.

Além disso, o conhecimento das relações entre essa e seus possíveis fatores de risco pode fornecer subsídios para sua prevenção, por meio de educação, avaliação da condição de saúde física e mental e adaptação à acessibilidade do idoso no seu contexto domiciliar e nos espaços públicos onde o idoso circula, beneficiando não só ele mesmo, bem como sua família e os serviços de saúde²¹.

Cabe ressaltar que as atitudes dos idosos exercem forte influência sobre a maneira pela qual eles podem evitar comportamentos arriscados que podem levar a uma queda durante suas atividades cotidianas, de modo que, caso o idoso encare as quedas como uma consequência normal do envelhecimento, expressa pelo conceito de que “os idosos sempre caem”, sua atitude pode inibir medidas preventivas²⁴.

Existem evidências consistentes de que a adoção de ações simples como promoção da saúde, prevenção de quedas, reavaliações periódicas dos medicamentos, adaptações domiciliares, promoção da segurança domiciliar e extrafamiliar tem resultado em êxito na prevenção de quedas em nível populacional¹.

Programas educativos neste sentido são fortemente indicados e devem ser feitos de forma sistemática e de preferência em grupo, uma vez que a troca de experiências e a discussão a respeito das estratégias de prevenção podem, ao longo do tempo, ser um fator significativo na mudança de crenças, atitudes e comportamentos inadequados²⁵.

O Modelo de Prevenção de Quedas no Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) oferece um plano de ação para progredir na redução da prevalência das quedas na população de

idosos que requer o engajamento de diversos setores da sociedade, a partir de três pilares de prevenção: 1) identificar e implementar intervenções realistas, 2) melhorar a identificação e a avaliação dos fatores de risco e dos determinantes das quedas e 3) aumentar a conscientização sobre a importância da prevenção das quedas²⁴.

Para obter sucesso, esse modelo, bem como qualquer programa de prevenção de quedas, precisa utilizar estratégias de abordagem multisetorial, que mobilizem e engajem os diversos setores da sociedade, incluindo serviços de saúde e de assistência social e que, primordialmente, envolva os idosos e seus cuidadores em todos os aspectos de planejamento, implementação e avaliação do programa²⁵.

Metodologia

Buscou-se desenvolver o curso Viva Bem sem Quedas em um formato coerente com a proposta teórico-metodológica da educação popular em saúde sistematizada por Paulo Freire, tendo sido definida como metodologia norteadora da relação entre o saber popular e o saber científico e possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos²⁶.

Na saúde, a educação popular busca transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida²⁷.

A partir desta perspectiva, o processo de construção do curso se deu em duas fases, a primeira foi o momento de planejamento das atividades, por meio da elaboração do projeto e do cronograma, escolha do método de ensino e das estratégias pedagógicas e pré-seleção e divisão dos assuntos relacionados com a prevenção de quedas.

A segunda fase foi constituída por 12 encontros, sendo realizado um encontro por semana, com os idosos participantes do curso, no formato de módulos. Nestes encontros foram trabalhados temas relacionados à prevenção de quedas e realizadas atividades práticas.

Os temas poderiam estar entre aqueles pré-selecionados ou serem sugeridos pelos participantes do curso (Quadro 01), desse modo, os idosos tiveram a liberdade de escolher quais os assuntos referentes à temática “prevenção de quedas” consideravam mais importantes além de opinarem sobre as estratégias pedagógicas utilizadas durante os encontros.

Quadro 01: Temas trabalhados no curso Viva Bem sem Quedas.

MÓDULO	ASSUNTO
	Apresentação do curso.
01 - Teórico	Envelhecer bem: reflexões a cerca do processo de envelhecimento.
02 - Teórico	Alterações fisiológicas do envelhecimento.
03 - Teórico	As quedas e suas consequências para a vida dos idosos.
04 - Teórico	Fatores extrínsecos que contribuem para a ocorrência de quedas.
05 - Teórico	Fatores intrínsecos que contribuem para a ocorrência de quedas.
06 - Teórico	Fatores de risco no lar.
07 - Teórico	Como prevenir o risco de quedas.

08 - Teórico	Medo de cair.
09 - Atividade Prática	Mobilidade.
10 - Atividade Prática	Posturas para o dia a dia.
11 - Atividade Prática	Exercícios de força e equilíbrio.
12 - Atividade Prática	Consciência corporal.
	Encerramento do curso.

As atividades foram realizadas nas dependências da UnATI/UFPE, semanalmente, durante o segundo semestre de 2012, no horário de 14:00 às 16:00. A UnATI disponibilizou todos os recursos audiovisuais (computador, data show, som) e material para as aulas práticas (colchonetes).

Resultados e discussão

O Curso Viva Bem sem Quedas foi organizado por 02 docentes com a participação de 04 discentes. Foram inscritos 20 idosos, preenchendo todas as vagas disponibilizadas, contudo 06 destes idosos (30%) não compareceram às aulas ou desistiram no início do curso. Dos que ficaram até o término, 12 (60%) eram do sexo feminino e apenas 2 (10%) do sexo masculino.

O grupo era composto predominantemente por pessoas idosas saudáveis e ativas, que já participaram ou estavam participando de outras atividades na UnATI, fato que ajudou os facilitadores a expor a proposta do curso e a identificar os principais interesses e expectativas quanto à temática prevenção de quedas, principalmente no que se referia aos métodos pedagógicos utilizados durante os encontros.

A proposta do curso era de que as aulas fossem dinâmicas e que os idosos participassem de forma ativa das discussões. Durante as aulas eram utilizadas metodologias ativas de ensino, como: discussão dialogada, dinâmicas, elaboração de cartazes, vídeos, além das aulas práticas, cujo objetivo foi despertar nos idosos a consciência crítica e a responsabilidade de autocuidado.

O cronograma elaborado previamente e os temas pré-selecionados serviram como base para a construção coletiva da programação do curso, na qual os idosos tiveram a liberdade de opinar e escolher os assuntos referentes à prevenção de quedas que mais tinham interesse em dialogar, sugerir novos temas, definir o modelo das aulas práticas e as metodologias utilizadas.

Além disso, atendendo às sugestões do grupo, a cada encontro era disponibilizado material teórico impresso com o tema proposto, no intuito de que, ao final do curso, eles tivessem um material em forma de cartilha para estudos e consultas posteriores.

A escolha da educação popular como metodologia pedagógica permitiu a constante reflexão sobre as práticas realizadas no curso, possibilitando modificações e re-adaptações. As relações horizontalizadas, tendo como principal ferramenta o diálogo, tornou possível a visualização da intercessão entre os diversos saberes e contribuíram para a construção de um conhecimento significativo²⁶.

A educação é a condição que habilita o idoso a propor planos e realizar projetos de vida, construindo, continuamente, novas possibilidades de ser. A educação libertadora, defendida por Paulo Freire, desenvolve as competências necessárias ao enfrentamento dos desafios do envelhecimento³¹.

Desse modo, no âmbito educacional, as UnATI, apoiadas pelo Estatuto do Idoso, tem como objetivo retirar os idosos do isolamento e propiciar-lhes saúde e educação, buscando modificar a imagem do idoso

perante a sociedade e favorecer a implementação de recursos auxiliares, procurando suprir a escassez de projetos sociais e educacionais e contribuir, sobretudo, para o desenvolvimento cultural da população idosa.

A UnATI é capaz de ampliar os laços entre os idosos e a comunidade, combatendo processos excludentes fundamentados no preconceito de idade e que estimulam a valorização pessoal, a convivência grupal, o fortalecimento da participação social e a formação de um cidadão consciente de suas responsabilidades e direitos, promovendo sua autonomia e uma melhor qualidade de vida.

Considerações finais

O risco de quedas é uma realidade na vida dos idosos que traz diversas consequências que afetam principalmente a independência e a qualidade de vida destes indivíduos. Muitos dos fatores que predispõem às quedas podem ser minimizados por meio de medidas preventivas, capazes de estimular ações de autocuidado. No entanto, modificações nos hábitos e atitudes é um processo que sofre interferência de vivências prévias e de fatores culturais, não só do idoso, mas de todos e de toda a comunidade.

Desse modo, observa-se que através das atividades de educação em saúde é possível estimular o idoso a mudanças de comportamento e consequentemente a uma maior consciência de responsabilidade com a saúde, e assim promover a autonomia e independência do idoso.

Além disso, a aproximação dos idosos com a UnATI, com os docentes e discentes proporcionou um novo olhar em relação à função da Universidade com a comunidade, considerando que a educação pode ser uma valiosa ferramenta na promoção da saúde e de uma verdadeira cidadania.

Referências

1. Siqueira FV. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2007; 4(5):749-56.
2. Gómez-Conesa A, Gama ZAS. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev de Saúde Pública*. 2008; 42(5):946-56.
3. Ribeiro APR, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1265-73.
4. Freitas MAV, Scheicher ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008; 11(Supl.1):57-64.
5. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Rev APS*. Jan./jun. 2005; 8(1):15-24.
6. Frota NM, Santos ZMSA, Soares E, Moura JMG, Costa AC, Caetano JA. Déficit de autocuidado de idosos institucionalizados. *Rev Rene*. 2012; 13(5):983-94.
7. Organização das Nações Unidas. *World Population Prospects: The 2010 revision. Highlights and Advance Tables*. Nova York: Nações Unidas; 2011.
8. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. *Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas* [base de dados na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2012 - [acesso em 2012 Dec 14]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
9. Brasil. *Informe nacional sobre a implementação na América Latina e Caribe da declaração de Brasília sobre envelhecimento* [documento na Internet]. 2012 - [acesso em 2012 Dec 21]. Disponível em: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Brasil.pdf>
10. Gottlieb MGV, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(2):365-380.
11. Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GG, Lima VGC, Oliveira TF, et al. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Revista AMRIGS*. 2010; 54(1):25-31.
12. Maia, BC, Viana, PS, Arantes, PMM, Alencar, MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(2):381-393.
13. Associação Médica Brasileira. *Quedas em idosos*. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2000.
14. Brasil. *Caderno de Atenção Básica nº19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
15. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. *Estatísticas vitais* [base de dados na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2012 - [acesso em 2012 Dec 14]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
16. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1265-73.
17. Lopes KT, Costa DF, Santos LF, Castro DP, Bastone AC. Prevalência do medo de cair em uma

- população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(3):223-29.
18. GAI J, Gomes L, Cárdenas, CJ. Ptofobia – O medo de cair em pessoas idosas. *Acta Med Port.* 2009; 22(1): 83-88.
19. Nicolussi, AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):723-730.
20. Gawryszewski, VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(2):162-7.
21. Schiaveto FV. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
22. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):391-404.
23. Motta LB, Aguiar AC, Coutinho ESF, Huf G. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 13(1):83-92.
24. Worl Health Organization. Global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO; 2007.
25. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em idosos. São Paulo: SES/SP; 2010.
26. Freire P. Pedagogia da autonomia. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
28. Silveira ND, Bortolozzo MC, Carvalho DM. A pessoa idosa: educação e cidadania. São Paulo: Fundação Padre Anchieta; 2009.
29. Fenalti R, Schwartz GM. Universidade Aberta à Terceira Idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. *Rev Paul Educ Fís.* 2003; 17(2):131-41.
30. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1143-1151.
31. Assis M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ [Tese]. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2004.

ZOOTERAPIA: UTILIZAÇÃO DE ANIMAIS NA PRÁTICA MÉDICA POPULAR (O QUE A FAUNA TEM A NOS OFERECER)

¹ Ricardo Yara;

² Felipe Rocha da Costa,

³ Cláudia Sampaio de Andrade Lima,

⁴ Maria Tereza dos Santos Correia

1 1

Resumo

“Toda sociedade humana que apresenta um sistema médico utiliza remédios feitos à base de animais”. Esta afirmação de Marques (1994) demonstra a importância da zooterapia no que se refere a busca de novos métodos complementares a medicina. A utilização de animais está intimamente ligada ao conhecimento pertencente a diferentes grupos étnicos espalhados pelo globo. Nesta obra, será revisto a história da zooterapia de acordo com o conhecimento das tribos indígenas brasileiras, grupos étnicos na Índia, China e África além de discutir sobre o impacto na bioconservação das espécies utilizadas por esses grupos.

Abstract

“Every human society where there is a medical system uses remedies made from animals.” This statement by Marques (1994) demonstrates the importance of zootherapy regarding the search for new methods to complementary medicine. The use of animals is closely linked to knowledge belonging to different ethnic groups around the globe. In this work, it will be reviewed the history about zootherapy according to the knowledge of the Brazilian Indian tribes, ethnic groups in India, China and Africa and to discuss the impact on bioprotection species used by these groups.

O homem sempre buscou na natureza os recursos básicos a sua sobrevivência. Isso incluiu a utilização de plantas, animais e minerais na produção de remédios visando a cura de suas enfermidades. Durante muito tempo, uma atenção maior foi voltada à divulgação da flora medicinal, relegando-se o estudo dos animais medicinais a um segundo plano (Costa-Neto, 1999).

O fenômeno da zooterapia é marcado tanto pela ampla distribuição geográfica quanto pela origem histórica. Há muitas razões pelas quais estudos baseados na utilização de animais, integral ou em partes, como medicamentos e suas implicações devem ser realizados e divulgados. Entre diversas abordagens

1. Docente, Departamento de Engenharia Biomédica, Centro de Tecnologia e Geociências, Universidade Federal de Pernambuco

²Discente de pós-graduação, Programa de Pós-graduação em Ciência Biológicas, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco

³ Docente, Departamento de Biofísica, Universidade Federal de Pernambuco

⁴Docente, Coordenadora, Programa de Pós-graduação em Ciência Biológicas, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco

a serem consideradas sobre a zooterapia pode-se apontar aquelas relacionadas a questões ecológicas, culturais (conhecimento tradicional), econômicas e sanitárias (Alves, 2005).

O século 21 é uma era na qual grande investimento tem sido aplicado na pesquisa de plantas medicinais em várias partes do mundo. Tais estudos são baseados principalmente em fontes de informação tradicional como a étnica e histórica. Pesquisas acadêmicas e o estudo do uso medicinal de animais e seus produtos não devem ser negligenciados e sim considerados como um ramo complementar de conhecimento (Lev, 2003). O conhecimento tradicional sobre animais pode auxiliar na localização de agentes terapêuticos em potencial e também preencher lacunas do conhecimento no que concerne o uso desse tipo de recurso (Albuquerque, 2012).

No Brasil, diversas espécies animais são utilizadas como fonte de recursos zoterápicos e em especial os insetos, onde mais de 50 espécies compõem o acervo utilizado no tratamento dos mais diversos sintomas, tais como: reumatismo, gripe, asma, impotência, problemas cardíacos entre outros (Costa Neto; Resende, 2004).

Embora a utilização de insetos como medicamento pareça absurda, não se deve descartar sua pertinência. O crescente número de trabalhos relacionados com a utilização medicinal de insetos (entomoterapia) demonstra como as comunidades humanas desenvolveram um acurado saber acerca das propriedades terapêuticas e medicinais dos animais e plantas, e o uso desses recursos naturais como remédio pode representar uma opção na substituição de medicamentos que a indústria farmacêutica coloca à disposição da população a altos custos (Costa Neto; Pacheco, 2005; Alves; Dias, 2010).

No Brasil, a utilização de insetos na zooterapia está intimamente relacionado a grupos étnicos ou a povoados. No município de Santa Teresinha, Bahia, em entrevistas com moradores desse povoado foi relatado o uso de 27 espécies como recursos entomoterapêuticos. Dentre esses recursos foram citados desde a barata (*Periplaneta americana*), passando pelo cupim a também pela abelha (*Apis mellifera scutellata*) (Costa Neto, Pacheco, 2004). Já na tribo Pakararé, natural do nordeste da Bahia, a entomoterapia representa a principal fonte zoterápica nesta comunidade, uma vez que a utilização de insetos corresponde a cerca de 37% dos recursos faunísticos os quais são usados no tratamento dos mais diversos males (Costa Neto, 1999).

Outros grupos étnicos e populacionais também recorrem a zooterapia em busca da cura. Na Amazônia Brasileira a comunidade de “Riozinho do Anfrísio”, estado do Pará, usa grande variedade de espécies principalmente devido a distância e ao isolamento dos grandes centros urbanos. Dentre as 31 espécies animais identificadas 39% são mamíferos, 26% pássaros, 17% répteis, 10% peixes, 6% anfíbios e 3% insetos (Barros, 2012). Em estudo realizado em 9 estados do nordeste brasileiro, dentre as 250 espécies citadas as mais procuradas pela população são os insetos (35%), peixes (58%), répteis (37%), pássaros (33%) e mamíferos (47%). O alto número de espécies listadas só reforça a importância da zooterapia como terapêutica alternativa no nordeste brasileiro (Alves, 2009).

Em pesquisa realizada com mulheres residentes em Maurícia, um país insular do oceano Índico, a zooterapia está entre as práticas complementares e alternativas a medicina. A utilização desse recurso está diretamente ligada ao ambiente onde essas mulheres vivem, ou seja, na maioria dos casos elas retiram de seus quintais e/ ou pequenas plantações e de suas criações de animais a matéria-prima necessária para a elaboração do tratamento alternativo (Suroowan, Mahomoodally, 2013).

Outros pontos interessantes a serem abordados diz respeito a forma de administração e uso sugerido de insetos no tratamento de males. Como citado anteriormente parte do animal ou ele todo e até mesmo

produtos do seu metabolismo e materiais construídos por eles podem ser utilizados. Como exemplo pode-se citar o cupim-preto (Isoptera), onde utiliza-se a “casa” para o tratamento de “umbigo grande” (hérnia umbilical); da *Apis mellifera scutellata* retira-se mel e/ ou cera para tratamento de rouquidão e bronquite; a barata (*Periplaneta americana*) é usada integralmente no tratamento de asma; e o besouro do amendoim (*Uromoides dermestoides*), também integral, é utilizado no tratamento de impotência sexual, irritação nos olhos e reumatismo (Costa Neto; Resende, 2004; Alves; Dias, 2010; Barros, 2012).

Embora a utilização de insetos seja a mais difundida na prática zoterápica no Brasil, outras espécies animais também compõem o arsenal zoterápico brasileiro. Diversas espécies, pertencentes aos grupos taxonômicos dos anfíbios, cnidários, moluscos, répteis, aves e mamíferos, utilizando-se o animal todo ou em partes, podem ser usados para fins medicinais (Alves; Dias, 2010; Costa Neto; Resende, 2004; Costa Neto, 1999).

A utilização de animais é tão antiga que em alguns casos remonta a pré-história. Na região de Levante (região que compreende a Terra de Israel e algumas partes da Síria, Líbano e Jordânia) a prática zoterápica tem forte raiz na antiguidade. Os produtos mais explorados nessa região são mel, cera, víboras, testículos de castor, óleo de almíscar, corais e âmbar cinzento. Ao longo da história, da idade média aos dias de hoje, os animais e partes animais utilizadas não sofreram mudanças significativas, sendo transmitido pelos populares ao longo dos anos (Lev, 2003).

Estima-se que no Brasil pelo menos 17 espécies de moluscos e 16 espécies de crustáceos usados para fins medicinais. Entre as espécies de molusco pode-se citar o caramujo (*Pomacea lineata*), usado para tratar asma e distensão muscular; sururu (*Mytella charruana*) usado no tratar problemas nos olhos e fraqueza; a ostra do mangue (*Crassostrea rhizophorae*) tem aplicação no combate a osteoporose, pneumonia, gripe e anemia. Já em relação ao crustáceos alguns exemplos que valem a pena ser citados são o goiá-mum (*Cardisoma guanhumi Latreille*) usados contra asma, bronquite e furúnculos; o pitu (*Macrobrachium carcinus*) usado para tratar amnésia; e a barata-do-mar (*Cloridopsis dubia*) usado no tratamento da asma (Alves; Dias, 2010).

Há numerosas razões para repensarmos o uso medicinal de produtos animais na medicina tradicional. Fazendo isso, também deve-se levar em conta a raridade de algumas espécies as quais, através do processo de exploração, sofrem com a predação do seu meio ambiente além de possíveis riscos ligados a administração de remédios baseados em animais (Alves; Rosa, 2005).

Outra abordagem interessante da zoterapia é sua aplicação na medicina veterinária, a etnoveterinária. Assim como acontece na medicina humana, o uso de animais, todo ou em partes e das mais variados grupos taxonômicos, é uma prática amplamente difundida devido a fácil disponibilidade da matéria-prima, acessibilidade econômica e geográfica, sendo assim responsável pela continuada popularidade da zoterapia (Souto, 2011).

Embora a zoterapia seja uma ferramenta válida quando se fala em tratamento alternativo, seja pela disponibilidade daqueles que a usufruem ou devido a dificuldade de acesso a prática médica convencional, uma questão inquietante é o risco presente de zoonoses (doenças infecciosas transmitidas de animais a humanos). Diversos animais e seus derivados podem ser fontes de contaminação, abrigando desde bactérias a protozoários, levando assim a necessidade da criação de medidas sanitárias para a comercialização desses animais, fato que já ocorre na fitoterapia (Alves; Rosa, 2005; Chu; Palmieri; Sullivan, 1977).

Um risco inerente ao uso de animais na zoterapia é o da superexploração dessas fontes. Uma vez que a zoterapia mostra-se como importante fonte de medicamentos em diferentes sistemas médicos

tradicionais, também devemos pensar nela dentro do contexto conservacionista (Alves; Dias, 2010).

Para ilustrar a crescente necessidade de um pensamento conservacionista, pode-se citar o caso do uso do Pangolin (*Mainis sps*) pela comunidade Yorubic, estado de Ogun, Nigéria e o caso da rã verde da Amazônia. O pangolin é um animal ameaçado de extinção, porém é amplamente comercializado. Dele, se usam diversas estruturas como escamas, cabeça, carne além do animal inteiro na cura ou tratamento de infertilidade, úlcera estomacal, reumatismo e fibrose e também é utilizado em rituais mágicos e encantamentos. Devido a essas aplicações, a comercialização por indivíduos de baixa escolaridade e ao predatismo, inclusive de fêmeas grávidas, traz a tona a necessidade de medidas visando conservação (Soewu; Ayodele, 2009).

Na Índia, grupos étnicos residentes próximo ao Monte Abu, se valem da rica diversidade de fauna e flora local no tratamento de doenças. Lá, os animais mais usados são mamíferos (vaca – *Bos taurus*), pássaros (pombo – *Columba livia*) e répteis (cobra naja – *Naja naja*). As aplicações desses animais, assim como seus produtos (leite, sangue, carne, dentes, etc), são utilizados para o tratamento de asma, paralisia, tosse, febre e resfriado além do seu uso para propósitos religiosos (Jaroli, 2010).

Já o caso da *Phyllomedusa bicolor*, a rã verde da Amazônia, levanta uma discussão ainda mais delicada. Sabe-se que secreções da pele da barriga da rã são utilizadas por algumas tribos indígenas da Amazônia, como os índios katukinas, para acabar com a má sorte na pesca e na caça e também para acabar a “panema”, o estado de espírito negativo que causa doenças. No veneno deste animal são encontrados dermorfina e deltorfina, que atuam em receptores opióides, e embora aquelas substâncias ainda não apresentem eficácia comprovada a deltorfina é utilizada como medicamento.

O caso da utilização da bile de urso na medicina tradicional chinesa também levanta grande discussão. Está bem estabelecido que a bile de urso tem aplicação no combate a febre, detoxificação e inflamação. Porém, o uso dessa matéria-prima tem colocado grande número de espécies de ursos, chinesas e não-chinesas, em risco. Então, diante de um problema emergente, novas abordagens estão sendo sugeridas como, por exemplo, a substituição da bile de urso por bile de outros animais (peixes répteis, porcos) e também por moléculas semelhantes obtidas de fontes vegetais (Feng, 2009; Wang, 2012).

Referências

- Alves, R; Rosa, I Zootherapy goes to town: The use of animal-based remedies in urban areas of NE and N **Brazil Journal of Ethnopharmacology** 113 (2007) 541–555
- Alves, R; Rosa, I Why study the use of animal products in traditional medicines? **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2005, 1:5
- Lev, E Traditional healing with animals (zootherapy): medieval to present-day Levantine practice **Journal of Ethnopharmacology** 85 (2003) 107–118
- Alves, RRN; Alves, HN The faunal drugstore: Animal-based remedies used in traditional medicines in Latin America **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2011,7:9
- Barros, FB; Varela, MAS; Pereira, HM; Vicente, L Medicinal use of fauna by a traditional community in the Brazilian Amazonia **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2012,8:37
- Souto, WMS et al Medicinal animals used in ethnoveterinary practices of the ‘Cariri Paraibano’, NE **Brazil Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2011,7:30
- Alves, R Fauna used in popular medicine in Northeast Brazil **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2009, 5:1 doi:10.1186/1746-4269-5-1
- Suroowan, S; Mahomoodally, F Complementary and alternative medicine use among Mauritian women **Complementary Therapies in Clinical Practice** 19 (2013) 36e43
- Costa-Neto, E.M – Recursos animais utilizados na medicina tradicional dos índios Pankararé que habitam o nordeste do estado da Bahia, Brasil – **Actual Biol** 21 (70): 69-79, 1999
- Costa Neto, E.M; Pacheco. J.M. - Utilização medicinal de insetos no povoado de Pedra Branca, Santa Terezinha, Bahia, Brasil - **Biotemas**, 18 (1): 113 - 133, 2005
- Alves, R.R.N; Dias, T.L.P - Usos de invertebrados na medicina popular no Brasil e suas implicações para conservação - **Tropical Conservation Science** Vol.3 (2):159-174, 2010
- Costa Neto, E.M; Resende, J.J. - A percepção de animais como “insetos” e sua utilização como recursos medicinais na cidade de Feira de Santana, Estado da Bahia, Brasil - **Acta Scientiarum. Biological Sciences** Maringá, v. 26, no. 2, p. 143-149, 2004
- Andrade, O. M. S. 1982. **Morfologia e biologia de *Palembus dermestoides* (Fairm., 1893) (Coleoptera, Tenebrionidae)**. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.
- Costa-Neto, EM Animal-based medicines: biological prospection and the sustainable use of zootherapeutic resources **An Acad Bras Cienc** (2005)77(1)
- Feng, et al Bear bile: dilemma of traditional medicinal use and animal protection **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2009, 5:2
- Wang, et al A comparative study on the hepatoprotective action of bear bile and coptidis rhizoma aqueous extract on experimental liver fibrosis in rats **Complementary and Alternative Medicine** 2012,12:239
- Soewu, DA; Ayodele, IA Utilisation of Pangolin (*Manis* sps) in traditional Yorubic medicine in Ijebu province, Ogun State, Nigeria **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2009, 5:39 doi:10.1186/1746-4269-5-39
- Jaroli, DP; Mahawar, MM; Vyas, N An ethnozoological study in the adjoining areas of Mount Abu wildlife sanctuary, India **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine** 2010,6:6

