

Promoção da Saúde

e os desafios para o
desenvolvimento sustentável

Organizadores:

Mirna Albuquerque Frota

Karla Maria Carneiro Rolim

Nilson Vieira Pinto

Jardenia Chaves Domeneguetti

Promoção da Saúde

e os Desafios para o
Desenvolvimento Sustentável

Organizadores:

Mirna Albuquerque Frota

Karla Maria Carneiro Rolim

Nilson Vieira Pinto

Jardenia Chaves Domeneguetti

**Promoção
da Saúde**
e os Desafios para o
Desenvolvimento Sustentável



Rio de Janeiro
2022



OS AUTORES responsabilizam-se inteiramente pela originalidade e integridade do conteúdo desta OBRA, bem como isenta a EDITORA de qualquer obrigação judicial decorrente de violação de direitos autorais ou direitos de imagem contidos na OBRA, que declara sob as penas da Lei ser de sua única e exclusiva autoria.

Promoção da Saúde: e os desafios para o desenvolvimento sustentável

Copyright © 2022,

Mirna Albuquerque Frota, Karla Maria Carneiro Rolim,
Nilson Vieira Pinto e Jardenia Chaves Domeneguetti

Todos os direitos são reservados no Brasil

Impressão e Acabamento:

Pod Editora

Rua Imperatriz Leopoldina, 8/1110 – Pça Tiradentes

Centro – 20060-030 – Rio de Janeiro

Tel. 21 2236-0844 • atendimento@podeditora.com.br

www.podeditora.com.br

Revisão:

Pod Editora

Diagramação:

Beatriz Frohe

Capa:

Pod Editora

Fotos de Capa:

Ares Soares

Nenhuma parte desta publicação pode ser utilizada ou reproduzida em qualquer meio ou forma, seja mecânico, fotocópia, gravação etc. — nem apropriada ou estocada em banco de dados sem a expressa autorização dos autores.

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

P958

Promoção da saúde : e os desafios para o desenvolvimento sustentável / Mirna Albuquerque Frota ... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Pod, 2022.
362 p. : il. ; 21cm.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5947-163-8

1. Saúde pública - Brasil. 2. Saúde - Desenvolvimento sustentável. I. Frota, Mirna Albuquerque. II. Título.

22-80112

CDD: 353.6

CDU: 502.131.1:614



Prefácio

A construção de uma sociedade mais saudável e equitativa é uma inquietação antiga do ser humano. Há marcos históricos que contribuíram para a mudança de paradigma do modo de olhar a saúde das populações, tendo como primeiro marco o relatório de Lalonde (1974), que propõe uma nova perspectiva centrada nos determinantes de saúde e intervenções de saúde pública nos grupos populacionais com maior risco e enfatiza a responsabilidade dos cidadãos na sua própria saúde, em detrimento do modelo biomédico vigente.

Posteriormente em 1978, surgiu a Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que decorreu no Cazaquistão, a qual exorta os governos e organizações não governamentais que trabalham a saúde, de todo o mundo, a novas políticas públicas para promover a saúde de todos. Assim em dez pontos, enuncia o papel dos diferentes intervenientes/atores internacionais e considera:

1. A saúde como um direito humano fundamental;
2. As desigualdades em saúde;
3. A interdependência onde envolve as questões relacionadas com a qualidade de vida, desenvolvimento socioeconómico e paz mundial;
4. A participação individual e coletiva nos cuidados de saúde;
5. Os governos são responsáveis por criação de políticas sociais e de saúde, que permitam atingir a meta “que até os anos 2000, todos os povos atinjam um nível de saúde que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva”;

6. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), como cuidados essenciais, sendo o primeiro contato com o sistema de saúde, de proximidade e como acesso universal;
7. Que os CSP devem envolver os diferentes setores e a participação das comunidades e indivíduos, atendendo as principais necessidades e problemas de saúde nos diferentes níveis de proteção, integrando equipas multiprofissionais, sendo universais e assentes nos princípios de equidade e de justiça social;
8. Que os diferentes governos têm como missão a criação dos CSP com políticas, estratégias e planos de ação;
9. A colaboração internacional-cooperação de todos os países para CSP em todos os países;
10. Deve-se atingir a meta de “nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000”, através de políticas e rentabilização dos recursos mundiais (fazendo apelo ao desarmamento, cessação de conflitos militares, estabelecimento de paz entre os povos e a aceleração do desenvolvimento social e econômico).

Foi uma declaração inovadora e audaz a seu tempo e intemporal, pois continua concernente nos atuais desafios de saúde.

Este documento foi impulsionador para adoção da estratégia de promoção da Saúde, contribuindo para a realização, em 1986, da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Desta conferência emergiu a “Carta de Ottawa”, que aponta intenções e contributos para atingir a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Propõem a saúde como um conceito positivo e define a promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, ou seja, visa dotar os indivíduos de conhecimentos com a perspectiva de controlarem/melhorarem a sua saúde.

Esta carta assente nos seguintes princípios: Empowerment, Participação social, Equidade e Ações multi-estratégicas; estão implícitas a proatividade e a responsabilidade. Enumera as seguintes condições e os re-

curso como sendo fundamentais para a saúde: Paz; Habitação; Educação; Alimentação; Renda; Ecossistema estável; Recursos sustentáveis; Justiça social e Equidade. Sugere cinco estratégias fundamentais: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas (educação para a saúde) e reorientação de serviços de saúde.

Pretende reduzir as diferenças de saúde das populações, assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as comunidades e indivíduos a efetuarem o seu potencial de saúde.

A Carta de Ottawa é um marco fundamental na saúde pública e um documento de referência capital e fundamental para o desenvolvimento da promoção da saúde em todo o mundo.

As conferências internacionais posteriores desenvolveram-se sustentadas na Declaração de Alma-Ata (abordagem dos Cuidados Primários em Saúde nas necessidades e problemas de saúde mais prevalentes) e na Carta de Ottawa (abordagem na Promoção da Saúde na perspectiva mais holística do bem-estar) tendo em comum, entre outros, a saúde como um direito fundamental, os princípios e valores, uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar envolvendo de vários setores (entre os quais saúde, socioeconómicos, políticos, ambientais, culturais), apelam à comunidade e às organizações internacionais, partindo do pressuposto que há vontade e esforço comum para proporcionar melhores níveis de saúde das populações. Apesar da meta inicialmente proposta não ter sido atingida, é perentório afirmar que ao longo dos tempos todas contribuíram para que ocorressem ganhos na saúde.

Em 2018, quarenta anos após a histórica Declaração de Alma-Ata, ocorreu uma nova conferência no Cazaquistão, em Astana, que pretendeu comemorar a data, refletir sobre o percurso efetuado, as conquistas conseguidas e o que ainda é necessário fazer. Na agenda constava entre outros os seguintes temas: a promoção de resultados de saúde equitativos, atender às necessidades das populações marginalizadas, abordar os determinantes da saúde, prevenir e responder a emergências, integração de

serviços, fortalecer a força de trabalho da saúde, construir novas tecnologias e inovação e estimular as parcerias e os planos de ação multissetoriais. Do trabalho desenvolvido originou a “Declaração de Astana” com o pressuposto de fortalecer e revitalizar os CSP para o século XXI, tendo por base a cobertura universal de saúde e o alcançar dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Foi assinada pelos estados-membros e estabelece os seguintes compromissos principais: fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; construir CSP sustentáveis; capacitar indivíduos e comunidades; alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais.

Propõem a saúde e o bem-estar para todos, assente em: sociedades e ambientes que priorizam e protegem a saúde das pessoas; cuidados de saúde disponíveis e acessível para todos, em todo lugar; cuidados de saúde qualificados que tratam as pessoas com respeito e dignidade e pessoas envolvidas na sua própria saúde. Reafirma a importância dos CSP, recursos humanos qualificados e considera ser a pedra angular para os sistemas de saúde sustentáveis para a cobertura universal.

Esta declaração tem como inovador a possibilidade de ser trabalhada de forma integrada os CSP e os ODS da agenda 2030, atingindo as metas preconizadas e assim promover o bem-estar e assegurar uma vida saudável para todos, proporcionando qualidade de vida para todos os seres humanos, sem comprometer as gerações futuras.

Mas novos desafios surgiram, num contexto inédito de ameaça à saúde pública de todo mundo com a declaração da OMS da pandemia pelo Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, os CSP assumiram um papel relevante na resposta que proporcionaram.

Foram muitos os constrangimentos e as dificuldades que surgiram, podendo ser citados como exemplo: a restrição de movimento das pessoas, serviços encerrados e a telemedicina, que resultaram numa menor utilização dos serviços de saúde. A pandemia expôs lacunas e fragilidades dos sistemas de saúde que não estão vocacionados para os CSP e as repercussões vão ser sentidas nos anos vindouros.

A pandemia gerou um panorama de contornos imprevisíveis e iniquidades, quer nas medidas de proteção, quer na distribuição mundial das vacinas, quer a nível tecnológico e vai deixar ainda mais rasto de sofrimento nas populações mais vulneráveis social e economicamente, o que irá comprometer as metas preconizadas para a saúde na agenda 2030.

Contudo também pode ser uma janela de oportunidade para promover os estilos de vida saudáveis, melhorar a saúde global das populações mais ecológicas e repensar sistemas de saúde sustentáveis. Desenvolver e recorrer a tecnologias inovadoras pode ser uma solução para promoção da saúde e assim melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

É neste cenário pandémico, de novos desafios e preocupações que surge este livro em que cada um dos autores tem o seu olhar distinto sobre os cuidados de saúde com enfoques dispares de acordo com as suas experiências, interesses e áreas de intervenção. Mas esta pluralidade de visões enriquece-o e torna-o uma ferramenta de consulta importante que vai coadjuvar na prestação de cuidados dos quanto a ele recorrem.

É um livro organizado por capítulos com temáticas distintas, com análises desde os processos organizativos do SUS, à abordagem das desigualdades sociais que revelam sofrimentos e angústias quer dos utentes, quer das populações desfavoráveis, quer dos profissionais de saúde. Aborda ainda as questões de violência e de humanização dos cuidados de saúde. Analisa a situação de contextos desfavoráveis perante a grande problemática atual a nível mundial, a pandemia Covid-19. Acompanha os novos desafios tecnológicos transpondo para a saúde as novas tecnologias de informação e comunicação em projetos de intervenção comunitária direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença. Dedicou um capítulo ao efeito das atividades laborais na qualidade de vida da equipe de enfermagem. Envolve uma grande diversidade de público-alvo de intervenção.

A sua contribuição é fulcral no atual panorama, pois as evidências vão proporcionar uma prática mais bem-sucedida, concomitantemente, vão pensar/exercer cuidados de saúde promotores de qualidade de vida e bem-estar. Contribuem ainda para a promoção da saúde dos indivíduos e comunidades em diferentes contextos socioculturais da população, capa-

citando-os tendo presente a premissa das potencialidades de cada indivíduo/comunidade, tendo em atenção os determinantes sociais da saúde. Contribuem também para o alcançar das metas de saúde enunciadas nas declarações de Alma-Ata, Astana e os ODS, assim como das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Para darem continuidade a este percurso, desafio os autores a darem continuidade aos processos formativos que os vão dotar de competências específicas e atuais para a prestação de cuidados.

Parabenizo os autores e organizadores e desejo que este livro tenha muito sucesso pela pertinência e abrangência do mesmo.

Agradeço o convite dos organizadores e aludo a enorme responsabilidade que foi escrever o prefácio deste livro. Não foi pretensão fazer uma resenha histórica das Conferências Internacionais dos CSP e da Promoção da Saúde, apenas contextualizar para proporcionar um fio condutor transversal à diversidade de temáticas introduzidas e relacionar/integrar dos “achados” como contributos para a saúde global. Não foi tarefa fácil, mas foi aprazível, pois permitiu visitar documentos e marcos históricos no âmbito dos CSP, Promoção da Saúde e Desenvolvimento sustentável com um olhar diferente e também fazer uma leitura dos capítulos numa ótica de pré-estreia, que foi enriquecedora e interessante, pelo que agradeço aos autores por me terem disponibilizado os mesmos. Mais que um comentário a cada capítulo, após a leitura dos mesmos fez-me sentido “levantar” o véu e deixar a descoberta a gosto de cada leitor, a quem desejo uma agradável e profícua leitura.

Porto, Setembro 2022

Ana Paula Cantante¹

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

Sumário

Prefácio	5
Apresentação	17
Capítulo 1 Estratégias de Intervenção em Situações de Cyberbullying com Ênfase em Espectadores: uma revisão de escopo	21

Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra
Dayse Lorrane Gonçalves Alves
Bruna Rodrigues Nunes
Débora Silveira de Lima
Raquel Sampaio Florêncio
Ilvana Lima Verde Gomes

Capítulo 2 Promoção de Saúde e a Realidade das Drogas: relato de experiência internacional	39
---	-----------

Erika Ravena Batista Gomes
Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha
Caroline Ferreira Martins
Mírna Albuquerque Frota
Aline Veras Morais Brilhante
Mária Vieira de Lima Saintrain
Nadia Louisa Cherchem
Christine Guesdon Caltero

Capítulo 3 Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamento Sedentário em Profissionais da Educação	51
---	-----------

Raimundo Fernandes da Silva
Nilson Vieira Pinto
Patrícia Ribeiro Feitosa Lima
Heloísa Beatriz Cordeiro Moreira

Capítulo 4 Percepções de Mulheres Transgênero sobre Cuidados Voltados à Busca da Identidade Vocal: relato de experiência.....	71
--	-----------

Christina César Praça Brasil
Tiago Nunes de Aguiar

Charleston Teixeira Palmeira
Rachel Cassiano de Sousa
Susana Vaz Freitas
Zélia Caçador Anastácio

Capítulo 5 O Ensino da Saúde na Educação Física Escolar
.....87

Thaidys da Conceição Lima do Monte
Itamácia Oliveira de Melo
Maria Petrília Rocha Fernandes
Heraldo Simões Ferreira

**Capítulo 6 Enfrentamento da Dor Crônica por meio da
Ação Comunicativa na Era Digital**..... 105

Ticiania Mesquita de Oliveira Fontenele
Amanda de Oliveira Toledo
Christina César Praça Brasil
Ana Paula Vasconcellos Abdon

**Capítulo 7 Biblioterapia no Enfrentamento do *Bullying* na
Infância** 119

Thuanny Mikaella Conceição Silva
Mirna Albuquerque Frota
Maria dos Remédios Beserra
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domeneguetti
Karla Maria Carneiro Rolim

**Capítulo 8 Maternidade e Trabalho como Dispositivos
Foucaultianos: uma análise das narrativas de mulheres,
mães e docentes universitárias**..... 137

Aline Veras Brilhante
Raísa Pinheiro Arruda
Monalisa Silva Fontenele Colares

**Capítulo 9 Efeitos das Atividades Laborais na Qualidade
de Vida da Equipe de Enfermagem** 155

Moezio Xavier Santos
Geraldo Bezerra da Silva Junior
Rodrigo Tavares Dantas

Capítulo 10 Tecnologias *Ehealth* no Apoio à Saúde e ao Bem-Estar Materno-Infantil 177

Moisés Andrade dos Santos de Queiroz
Christina César Praça Brasil
Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz
Fátima Maia
Andrea Cíntia Laurindo Porto
Cláudia Belém Moura Cabral

Capítulo 11 Análise Crítico-Reflexiva sobre o Cuidado a Pessoas em Situação de Rua no Contexto da Pandemia de COVID-19 195

Joice Fabricio de Souza
Karla Maria Carneiro Rolim
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domeneguetti
Aldecira Uchoa Monteiro Rangel
Mirna Albuquerque Frota

Capítulo 12 O Impacto da Pandemia no Desenvolvimento e Aprendizagem de Crianças com o Transtorno do Espectro Autista 217

Francisco Valter Miranda Silva
Jordânea Freitas Ponte
Rosana Iorio Ferreira
Jacqueline Aguiar da Silva
Ana Paula Vasconcellos Abdon

Capítulo 13 Atuação da Equipe Multiprofissional na Detecção Precoce da Depressão no Puerpério: uma revisão de escopo 231

Waleska Benício de Oliveira Carvalho
Débora Pereira Paixão
Míria Conceição Lavinias Santos
Lara Borges de Vasconcelos
Fernanda Veras Vieira Feitosa
Marta Maria Soares Herculano
Raimunda Magalhães da Silva

Capítulo 14 Participação dos Parceiros Sexuais nas Medidas de Prevenção e Controle da Sífilis Congênita: representações sociais de puérperas com sífilis..... 247

Ana Fátima Braga Rocha
Maria Alix Leite Araújo
Ana Karinne Dantas de Oliveira
Lucas Fernandes de Oliveira
Aline Sales Nunes Félix

Capítulo 15 Violência Obstétrica e Perinatal na Percepção dos Discentes.....263

Amanda dos Santos Pinheiro
Conceição de Maria de Albuquerque
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domeneguetti
Karla Maria Carneiro Rolim
Mirna Albuquerque Frota

Capítulo 16 Avaliação da Qualidade do Atendimento de Pacientes com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária em um Município do Nordeste Brasileiro..... 281

Geraldo Bezerra da Silva Junior
Leonardo Fonseca Maia

Capítulo 17 Inteligência Artificial na Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes 303

Liana Maria Moreno Moreira
Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Raimunda Magalhães da Silva
Kiarelle Lourenço Penaforte
José Bruno Malaquias

Capítulo 18 Relações Interpessoais como Fator que Interfere no Cuidado Seguro de Mulheres Grávidas e Puerpério.....321

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques
Isabely Silva.....
Waleska Benício de Oliveira Carvalho
Débora Pereira Paixão

Júlia Maria Oliveira de Sales
Raimunda Magalhães da Silva

**Capítulo 19 Tecnologia Mobile em Apoio à Denúncia de
Violência Obstétrica e Perinatal: *Benchmarking* 335**

Conceição de Maria de Albuquerque
Ana Beatriz Mesquita da Silveira
Karla Maria Carneiro Rolim
Sílvia Cristina Guimarães Cardoso
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domeneguetti
Mirna Albuquerque Frota

Sobre os autores 355

Apresentação

Esta coletânea promove a partilha científica e acadêmica de temas importantes a Promoção da Saúde. Uma partilha iniciada no VI Seminário Internacional de Promoção da Saúde, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que teve como tema central o título desta obra: “Promoção da Saúde e os Desafios para o Desenvolvimento Sustentável”.

Esta discussão surge de um “exercício” proposto pela Organização Mundial da Saúde na 9ª Conferência Global em Promoção da Saúde em Xangai, na China, que teve como tema: “A Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, apontando estratégias para implementar na prática essa integração entre Promoção da Saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS). Estes ODS são integrados e indivisíveis implicados nas dimensões econômicas, sociais e ambientais de cada país e têm sido amplamente discutidos pelas diversas instituições que possam contribuir com esta agenda.

Desta forma, aponta-se nos capítulos deste livro textos científicos originais, revisões de literatura e relatos de experiência que estão, de forma inspiradora e reflexiva, enredados com os ODS. São 75 autores que promovem ao longo de 19 capítulos diferentes concepções de enfrentamento e superação aos desafios para o Desenvolvimento Sustentável através da Promoção da Saúde. Entre estes autores estão desveladas as diversas parcerias estabelecidas entre a Universidade de Fortaleza e renomadas Instituições de Ensino Superior, nacionais e internacionais, que juntas promovem este debate de forma séria e articulada.

Nesta obra, as interconexões reflexivas perpassam por todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, trazendo aporte científico a promoção da saúde e do bem-estar, possibilitando a cultura de paz e de justi-

ça, consolidando instituições que possam contribuir com a produção de inovação científica e tecnológica, com uma educação de qualidade e com a redução das desigualdades.

Este constructo interconectivo desenvolve-se na saúde da criança e do adolescente, exposto nos capítulos intitulados: “Biblioterapia no enfrentamento do bullying na infância”, “O impacto da pandemia no desenvolvimento e aprendizagem de crianças com o transtorno do espectro autista” e “O ensino da saúde na Educação Física Escolar”; na saúde do adulto, considerados nos capítulos: “Promoção de saúde e a realidade das drogas: relato de experiência internacional”, “Percepções de mulheres transgênero sobre cuidados voltados à busca da identidade vocal: relato de experiência”, “Análise crítico-reflexiva sobre o cuidado a pessoas em situação de rua no contexto da pandemia de Covid-19” e “Avaliação da qualidade do atendimento de pacientes com diabetes mellitus na atenção primária em um município do nordeste brasileiro”; na saúde da mulher, relatados nos capítulos: “Maternidade e trabalho como dispositivos foucaultianos: Uma análise das narrativas de mulheres, mães e docentes universitárias”, “Atuação da equipe multiprofissional na detecção precoce da depressão no puerpério: uma revisão de escopo”, “Participação dos parceiros sexuais nas medidas de prevenção e controle da sífilis congênita: Representações sociais de puérperas com sífilis”, “Violência obstétrica e perinatal na percepção dos discentes” e “Relações interpessoais como fator que interfere no cuidado seguro de mulheres grávidas e puerpério”; na saúde do trabalhador, descrito nos capítulos intitulados: “Qualidade de vida no trabalho e comportamento sedentário em profissionais da educação” e “Efeitos das atividades laborais na qualidade de vida da equipe de enfermagem” e nas tecnologias em saúde, reveladas nos capítulos: “Estratégias de intervenção em situações de *cyberbullying* com ênfase em espectadores: uma revisão de escopo”, “Enfrentamento da dor crônica por meio da ação comunicativa na era digital”, “Tecnologias *eHealth* no apoio à saúde e ao bem-estar materno-infantil”, “Inteligência artificial na promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes” e “Tecnologia

mobile em apoio à denúncia de violência obstétrica e perinatal: *Benchmarking*".

Todos estes textos trazem trajetórias inspiradoras que acessam diretamente as áreas de importância crucial para a humanidade: "Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias".

Neste sentido, agradecemos a todos os autores e instituições que contribuíram com esta publicação, em especial a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a estimada professora Dra. Ana Paula Silva Rocha Cantante, que assina o nosso prefácio. Estas parcerias ampliam o fazer científico promovendo transformações éticas e humanas através da ciência e da inovação de forma acessível e de/com qualidade. Ações que mostram com clareza as superações aos desafios para o Desenvolvimento Sustentável.

Desejamos que estas produções textuais motivem e inspirem os leitores a novos caminhos científicos, éticos, humanos e transformadores necessários a uma Promoção da Saúde capaz de atingir todos os objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Que esta leitura provoque novas e intensas reflexões acadêmicas, novos sentimentos contemplativos e fruições textuais.

Uma excelente leitura!

Mirna Albuquerque Frota
Karla Maria Carneiro Rolim
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domeneguetti

Capítulo 1

Estratégias de Intervenção em Situações de *Cyberbullying* com Ênfase em Espectadores: uma revisão de escopo

Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra

Dayse Lorrane Gonçalves Alves

Bruna Rodrigues Nunes

Débora Silveira de Lima

Raquel Sampaio Florêncio

Ilvana Lima Verde Gomes

INTRODUÇÃO

O *bullying* escolar é uma grave manifestação de violência escolar, que se caracteriza como agressões emitidas por um ou mais estudantes em relação a outros, de forma intencional e repetida, causando angústia, humilhação e sofrimento. Além disso, efetiva-se entre pares e em uma relação desigual de poder entre autores de *bullying* e vítimas, na qual estas apresentam dificuldades para se defender (OLWEUS, 2013). Quando as provocações e os insultos acontecem no mundo virtual, o fenômeno é definido como *cyberbullying* (RETTEW; PAWLOWSKI, 2016).

Com relação ao *cyberbullying*, estudo realizado em 42 nações encontrou prevalência de *cyber*-vitimização em torno de 12% e de *cyber*-autoria de 7% (BISWAS *et al.*, 2020). O *cyberbullying* acarreta graves consequências para a saúde dos envolvidos, estando associados a transtornos mentais e doenças psicossomáticas (OLWEUS, 2013; RETTEW; PAWLOWSKI, 2016; HUTSON, 2016; BISWAS *et al.*, 2020).

De acordo com a literatura, o *cyberbullying* envolve três papéis básicos, a saber, perpetradores, vítimas e espectadores, e os indivíduos podem alternar esses papéis de acordo com o contexto (BAUMAN; CROSS; WALKER, 2015; BAYRAKTAR *et al.*, 2015; HULUBA GRIGORE, 2014). Dentre esses papéis, os espectadores tendem a ocupar uma posição central, pois suas ações e reações podem mudar o curso dos acontecimentos. Ou seja, podem diminuir os efeitos dos incidentes oferecendo apoio às vítimas, ou por outro lado, reforçando a agressão ao aderir ao assédio, reproduzindo o material online e/ou agindo de forma passiva, legitimando o ato (ALLISON; BUSSEY, 2016).

Diante da importância do *cyberbullying* para o desenvolvimento humano, programas preventivos vêm sendo propostos e avaliados. Há programas universais, os quais são direcionados a toda a comunidade escolar para reduzir riscos ou para promover habilidades (BAUMAN; CROSS; WALKER, 2015). Há os programas seletivos, dirigidos a indivíduos em risco de exposição ou envolvimento em *cyberbullying*, como também existem os programas com público indicado, dirigidos àqueles indivíduos que foram expostos ou exibiram comportamentos de *cyberbullying* (HULUBA GRIGORE, 2014). Outro aspecto a ser considerado dos programas é se são multicomponentes, em que buscam intervir de forma ampla no problema, levando em consideração os diversos espaços escolares (sala de aula, pátio, ambiente virtual, etc.) e indivíduos pertencentes à comunidade escolar (estudantes, funcionários, familiares, etc.), além de utilizar de variadas estratégias e recursos metodológicos de forma integrada (ALLISON; BUSSEY, 2016).

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo sintetizar as evidências sobre intervenções com enfoque nos espectadores que visam reduzir o *cyberbullying*.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo, que teve como base as orientações do PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews* (TRICCO *et al.*, 2018) e do guia do *Joanna Briggs Institute* (PETERS *et al.*, 2017).

Incluíram-se os estudos publicados em periódicos revisados por pares, capítulos de livro, teses e dissertações, que responderam à pergunta de pesquisa. A população foi definida como “crianças e adolescentes”, o conceito como “intervenções *antibullying* com enfoque nos espectadores” e o contexto foi “*cyberbullying*”. Não houve limite cronológico ou de idioma como critério de inclusão. Em relação à população, incluíram-se os estudos que abordaram intervenções realizadas com crianças e adolescentes escolares, de 6 a 18 anos, de ambos os sexos. Os estudos que não citaram ou não descreveram claramente a faixa etária dos participantes foram excluídos, salvo os casos em que citaram as séries escolares compatíveis com a faixa citada. No caso de estudos que também se referiam a adultos, somente foram incluídas as publicações nas quais a média da idade ou predominância da faixa etária estavam dentro do preconizado inicialmente para idade.

As intervenções revisadas deveriam dar enfoque no papel do espectador na redução do fenômeno, por meio da promoção do comportamento de defesa, por exemplo, treiná-los em formas eficazes de intervir em situações de *cyberbullying*, ocorrer dentro do âmbito escolar e serem implementadas por funcionários da escola treinados ou membros de uma equipe de pesquisa. Pedir ao agressor para parar, ajudando-o a desenvolver empatia pela vítima, apoiar a vítima, recorrer a um adulto, usar estratégias que desviem a atenção da situação de agressão, como o uso do humor, são exemplos de comportamentos de defesa (JUNGERT, 2021; BAUMAN; CROSS D; WALKER, 2015) que foram considerados nesta revisão.

Estratégias de busca

A busca foi realizada nos seguintes portais e bancos de dados: *PubMed*, *Web of Science*, *SCOPUS*, *Psychology Articles*, *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, *Embase*, *Lilacs* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Portal Capes de Teses e Dissertações, *Proquest*, *ERIC*, *Cinahl (Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*, *Biblioteca Cochrane (The Cochrane Central Register of Controlled Trials - CENTRAL)*, *Science Direct*, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e *Google Scholar*.

Adicionalmente, foram realizadas estratégias de busca secundária. As listas de referência dos estudos incluídos foram pesquisadas manualmente para identificar artigos relevantes para o estudo. Buscaram-se, ainda, revisões sistemáticas e metanálise de base para a área, a fim de obter o maior número possível de avaliações de programas conhecidos.

A estratégia de busca principal foi construída utilizando três vocabulários controlados em saúde: Descritores em Ciências da Saúde (DECS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *Embase Subject Headings* (EMTREE), a fim de obter amplo espectro de resultados em diferentes bases de dados. Os termos *child*, *adolescente*, *bullying*, *cyberbullying*, *witness* foram combinados com um conjunto de termos em linguagem natural.

Nas fontes *Science Direct*, *Lilacs*, *Scielo*, Google Acadêmico, *ProQuest Dissertations and Theses* e Catálogo de Teses e Dissertações da Capes procedeu-se ao cruzamento das principais palavras-chave relacionadas aos temas investigados. Para as fontes em inglês foram utilizadas: *school*, *child*, *adolescente*, *bullying*, *cyberbullying*, *bystander*, para as em espanhol: *escuela*, *niño*, *adolescente*, *acoso*, *ciberacoso*, *espectador* e para as bases de dados que utilizam o idioma português: *escola*, *criança*, *adolescente*, *bullying*, *cyberbullying* e *testemunha*.

Junto aos descritores/palavras-chave foram empregados os termos booleanos *AND* e *OR* para compor as estratégias de busca.

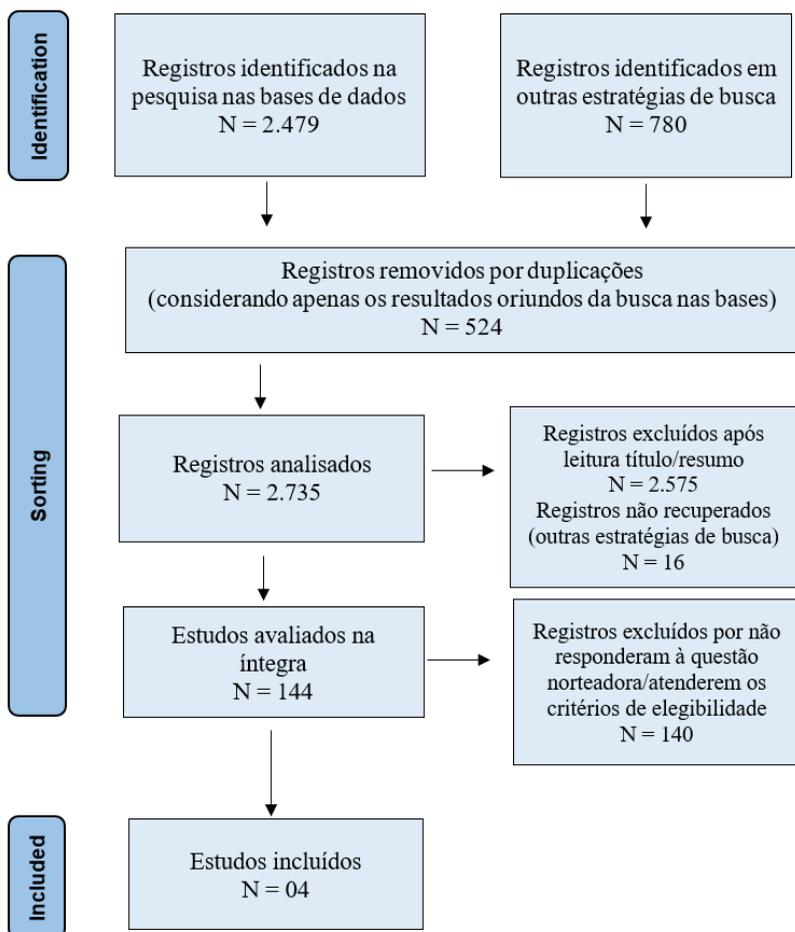
Processos de seleção, extração e síntese

Após a busca eletrônica, as referências encontradas foram transportadas para uma única biblioteca no *Endnote Web*. Nesse processo, excluíram-se as duplicatas. O processo de seleção foi realizado por meio de revisão às cegas, em duas etapas: leitura de títulos e resumos e leitura na íntegra. Quando não se conseguiu chegar a um consenso quanto à seleção de um artigo, um terceiro revisor foi consultado. A extração e o gerenciamento dos dados foram realizados em planilhas no *Microsoft Excel*. Nesse processo, também foi realizada revisão às cegas. A síntese dos estudos deu-se de forma descritiva e os resultados foram organizados por meio de figura e tabelas.

RESULTADOS

A partir da análise dos 3.259 estudos identificados, apenas 04 versavam sobre a temática e, corresponderam a amostra final. A seleção dos estudos foi apresentada no fluxograma (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos, conforme PRISMA-ScR



Fonte: PRISMA-ScR (TRICCO *et al.*, 2018)

Conforme a Figura 1, os quatro estudos incluídos nesta revisão foram publicados e/ou disponibilizados no período de 2011 a 2018, trata-se de artigos científicos e foram publicados em inglês. No quadro 1 estão sintetizadas as principais características dos estudos.

Quadro 1. Caracterização geral dos estudos

	Autores (Ano)	Título	Tipo de publicação	Periódico/ Área do Periódico	País	Idioma de Publicação	Design
E1	CHAUX et al., 2016	Effects of the cyberbullying prevention program media heroes (Medienhelden) on traditional bullying.	Artigo	Aggressive Behavior/ Psicologia e Interdisciplinar	Alemanha	Inglês	RCT. Seleção por cluster.
E2	DESMET et al., 2018	The efficacy of the Friendly Attac serious digital game to promote prosocial bystander behavior in cyberbullying among young adolescents: A cluster-randomized controlled trial.	Artigo	Computers in Human Behavior/ Psicologia	Bélgica	Inglês	RCT. Seleção por cluster.
E3	WILLIFORD et al., 2013	Effects of the KiVa Antibullying Program on Cyberbullying and Cybervictimization Frequency Among Finnish Youth.	Artigo	Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology /Psicologia	Finlândia	Inglês	RCT. Seleção por cluster.
E4	SALMI-VALLI; KÄRNÄ; POSKI-PARTA, 2011	Counteracting bullying in Finland: the Kiva program and its effects on different forms of being bullied.	Artigo	International Journal of Behavioral Development / Interdisciplinar	Finlândia	Inglês	RCT. Seleção por cluster.

Fonte: Elaborado pelos autores

No que se refere às estratégias preventivas, foram evidenciadas três intervenções. Duas pesquisas avaliaram programas universais, assim denominados: *Media Heroes* e *Jogo Friendly Attack* (CHAUX *et al.*, 2016; DESMET *et al.*, 2018). Os outros dois estudos (WILLIFORD *et al.*, 2013; SALMIVALLI; KÄRNÄ; POSKIPARTA, 2011) avaliaram o programa KiVa, que contém ações universais e indicadas. Este programa acrescenta ações direcionadas a grupos específicos (vítimas) em seu escopo.

Quadro 2. Caracterização das intervenções em situações de cyberbullying com foco nos espectadores

Autores (Ano) / Título da Intervenção	Características Principais das Intervenções	Facilitador	Duração do estudo	Número de sessões/ duração	Estratégia (universal / seletiva / indicada)
DeSmet (2018) Jogo Friendly Attac	Jogo digital sério	Pesquisadores	Não havia limite de tempo definido para atingir o objetivo do jogo.	01 sessão. Os jovens foram instruídos a jogar apenas uma vez.	Universal
Salmivalli (2011) KiVa	As ações universais consistem em aulas temáticas e um ambiente virtual de aprendizagem (um jogo de computador antibullying para alunos da escola primária, um fórum na Internet "KiVa Street" para a escola secundária). As ações universais incluem um guia para os pais.	Professores e funcionários da escola	9 meses	O programa KiVa para séries 4-6 inclui 20 horas de aulas para alunos (10 aulas duplas) dada por professores de sala de aula durante um ano escolar.	Contém ações universais e indicadas.

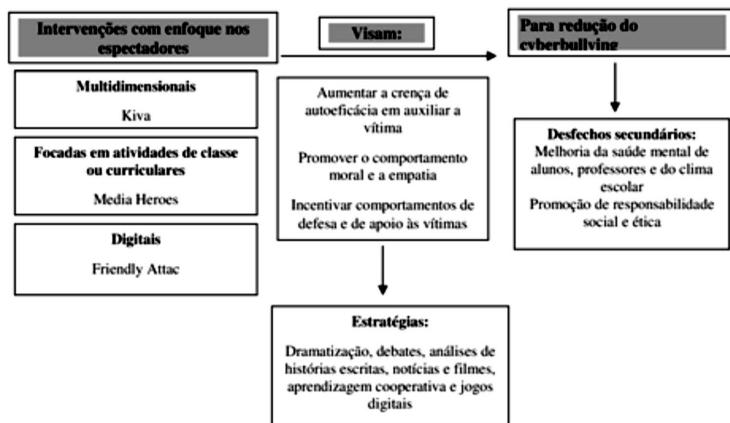
Autores (Ano) / Título da Intervenção	Características Principais das Intervenções	Facilitador	Duração do estudo	Número de sessões/ duração	Estratégia (universal / seletiva / indicada)
Williford (2013) KiVa	Ações universais e ações indicadas. Estão incluídas atividades que abordam o cyberbullying (jogos de computador). As ações indicadas têm como alvo específico incidentes de bullying, incluindo cyberbullying. Guia para os pais que contém informações sobre bullying e cyberbullying.	Professores e funcionários da escola	12 meses	4ª a 6ª série: inclui 20 horas de instrução em sala de aula. Duas aulas de 1 hora por mês. 7ª a 9ª série: 04 sessões por ano letivo.	Contém ações universais e indicadas.
Chaux (2016) Media Heroes (Medienhelden)	Dramatizações, debates, análises de histórias escritas, notícias e filmes, aprendizagem cooperativa e apresentações de alunos-pais.	Professores	3 meses	1. uma versão longa consistindo de 15 sessões de 45 minutos e 2. uma versão curta consistindo de 04 sessões de 90 minutos que deveriam ser implementadas em um único dia.	Universal

Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação à abordagem dos programas, o KiVa inclui múltiplos componentes em seu escopo, como aulas sobre *bullying/cyberbullying*, trabalhos com agressores/vítimas/pares, informação para pais, supervisão no pátio, regras *antibullying* em sala de aula, política *antibullying* na escola e utilização de recursos tecnológicos (SALMIVALLI; KÄRNÄ; POSKIPARTA, 2011; WILLIFORD *et al.*, 2013), sendo, portanto, caracterizada como intervenção multidimensional ou de toda a escola. No pro-

grama *Media Heroes* predomina intervenções curriculares, focadas em atividades de classe por meio de treinamentos/aulas, discussões coletivas (CHAUX *et al.*, 2016). Já o Jogo *Friendly Attac* trata-se de uma intervenção virtual/jogo de computador (DESMET *et al.*, 2018).

Figura 2. Sistematização das propostas das intervenções em situações de *cyberbullying* com foco nos espectadores.



KiVa (*Kiusaamista Vastaan*, em finlandês) - Programa Multidimensional

Trata-se de um programa baseado em evidências para toda a escola, que foi desenvolvido na Finlândia, para estudantes de 7 a 15 anos (KÄRNÄ *et al.*, 2011; KÄRNÄ *et al.*, 2013). Fundamenta-se na Abordagem dos Papéis do Participante, no qual o bullying é visto como um processo de grupo (SALMIVALLI, 1999). Seu foco principal é mudar o papel dos espectadores, como um meio de prevenir e parar o *bullying/cyberbullying* (SALMIVALLI; KÄRNÄ; POSKIPARTA, 2011).

O programa é formado por atividades de escopo universal, visando alterar normas de grupo, por atividades individuais, voltadas a casos específicos, e outras intervenções, envolvendo a participação de estudantes, pais e professores (KÄRNÄ *et al.*, 2011). Essas ações são conduzidas por professores e funcionários da escola treinados para o programa (SALMIVALLI; KÄRNÄ; POSKIPARTA, 2011) e os pais ou cuidadores rece-

bem um guia que inclui informações sobre *bullying*, sobre o programa e conselhos para identificar se seu filho é uma vítima ou um autor.

O KiVa contém ações universais e ações indicadas. Estão incluídas nas aulas várias atividades que abordam o *cyberbullying*. Por exemplo, as atividades descrevem o *bullying* que ocorre por meio das TICs, discutem o respeito e o comportamento apropriado na comunicação cibernética e fornecem maneiras específicas para os alunos responderem ao *cyberbullying*. Entre as aulas, os alunos jogam um jogo de computador que reforça as atividades em sala de aula e permite que os alunos pratiquem novas habilidades de defesa em um ambiente virtual. As ações indicadas visam incidentes específicos de *bullying*, inclusive cibernéticos, por meio de intervenção de adultos e apoio de pares para o aluno vitimizado (WILLIFORD *et al.*, 2013).

Media Heroes (Medienhelden)

Chaux *et al.* (2016) implementaram e avaliaram o *Media Heroes* (*Medienhelden* em alemão) que é um programa de intervenção preventiva com base teórica, desenvolvido na Alemanha para o contexto escolar (SCHULTZE - KRUMBHOLZ *et al.*, 2012, WÖLFER, 2014). Com base na Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1991) e na abordagem dos papéis do participante para compreender a dinâmica do *bullying* (SALMIVALLI, 2010), *Media Heroes* procura prevenir o *cyberbullying* principalmente promovendo empatia, fornecendo conhecimento sobre definições, riscos e segurança na Internet e consequências legais, e promovendo formas assertivas de intervenção dos espectadores. Em seu estudo, o autor visa identificar o efeito do *Medienhelden* (*Media Heroes*), um programa escolar projetado para prevenir o *cyberbullying*, sobre o *cyberbullying* e também sobre o *bullying* tradicional.

Duas versões de *Media Heroes* foram desenvolvidas ao longo do estudo: uma versão longa consistindo de quinze sessões de 45 minutos e uma versão curta de quatro sessões de 90 minutos que deveriam ser implementadas em um único dia. As atividades incluem dramatizações,

debates, análises de histórias escritas, notícias e filmes, aprendizagem cooperativa e apresentações de alunos-pais.

Jogo Friendly Attac

O Jogo *Friendly Attac* foi apresentado no estudo Desmet *et al.* (2018) e visava, especificamente, o comportamento de espectadores adolescentes em *cyberbullying*.

O jogo tem como pano de fundo uma “página de pessoas feias”. Isso se assemelha a uma página de ódio que, como conta a história, foi construída em um site de rede social por alguém para “tirar sarro” dos alunos da escola postando fotos deles e chamando-os de feios. O jogador na história é transferido do futuro para esta escola no ano de 2015, para resolver este problema conversando com os alunos, respondendo ao *cyberbullying* usando um comportamento de espectador positivo e, assim, ajudando a acabar com o *cyberbullying* e remover a “página de pessoas feias”. A história é mostrada em um pequeno vídeo animado, após o qual o jogador pode iniciar o jogo.

No jogo, o jogador percorre uma escola e pode conhecer personagens fictícios. A atividade mostra o número de curtidas e não gostei para as postagens, dando uma indicação de como os espectadores se comportam diante da influência social. As situações são apresentadas aos jogadores aleatoriamente e podiam não ser consideradas *cyberbullying*, uma forma leve ou uma forma grave de *cyberbullying*.

Quando um tipo positivo de comportamento de espectador era escolhido, o jogador ouvia um sinal sonoro agradável e um desagradável para um tipo negativo de comportamento de espectador. Um personagem especial do jogo (o androide “BOB”) segue o jogador durante o jogo e o ajuda quando acionado. Quando um número predeterminado de situações de *cyberbullying* foi alcançado, o episódio do jogo terminava com uma mensagem de falha/sucesso na missão e *feedback* detalhado. O *feedback* informa quais tipos de comportamento eles escolheram (in)corretamente, porque isso foi uma opção boa ou ruim e, quando relevante, como melhorar o comportamento futuro do espectador.

DISCUSSÃO

Nesta revisão, observou-se que há um crescente interesse científico, atual e em âmbito internacional, em relação às intervenções antibullying com enfoque nas testemunhas. Isso pode estar relacionado ao fortalecimento da compreensão do *bullying* como um fenômeno de grupo (BAUMAN; CROSS; WALKER, 2015; JUNGERT *et al.*, 2021; TROP-GORDON, 2019) e aos resultados promissores que as intervenções com esse público têm alcançado na redução do problema (GAFFNEY; TTOFI; FARRINGTON, 2021). Porém destaca-se que perdura uma carência de estudos de intervenções voltadas especificamente para o *cyberbullying* (GAFFNEY *et al.*, 2019; CANTONE *et al.*, 2015). Assim, muitas intervenções ainda não consideram as especificidades do *cyberbullying* e se utilizam dos mesmos critérios de intervenção aplicados ao *bullying* tradicional.

Na presente revisão, somente o KiVa abordou mais de uma camada de prevenção. É um programa que inclui uma ampla gama de materiais concretos e preparados profissionalmente para alunos, professores e pais. O KiVa também inclui mídias de aprendizagem fornecidas pela internet e ambientes virtuais de aprendizagem. Ademais, enquanto se concentra em espectadores, KiVa vai além de enfatizar seu papel, fornecendo maneiras eficazes de aumentar a empatia, a autoeficácia e os esforços para apoiar os pares vitimizados (KÄRNÄ, A. *et al.*, 2013).

A maior quantidade de componentes nas intervenções multidimensionais talvez explique a maior efetividade dessa intervenção em relação ao *bullying/cyberbullying*. Provavelmente, isso se deva ao fato de se contemplar nas atividades desenvolvidas a complexidade apresentada por esses fenômenos, em termos de sujeitos, contextos e circunstâncias envolvidas nas agressões (OLWEUS, 2013; SALMIVALLI; POSKIPARTA; 2011).

Contrapondo-se a essa abordagem, os outros dois estudos avaliaram intervenções mais focalizadas, nessas, percebeu-se a predominância de uma estratégia. No *Media Heroes (Medienhelden)* predomina intervenções curriculares, focadas em atividades de classe por meio de treinamen-

tos/aulas e discussões coletivas. O Jogo *Friendly Attac* trata-se de intervenção virtual/jogo de computador.

Dessa forma, tais intervenções são heterogêneas em relação às abordagens (uma multidimensional, uma com foco em atividades de classe/curriculares e uma outra virtual por meio de jogo de computador) e às formas como foram aplicadas (número de sessões, duração, aspectos trabalhados e metodologias utilizadas).

Segundo Silva *et al.* (2017) as intervenções curriculares parecem desconsiderar aspectos de outros atores e dos contextos nos quais o *bullying/cyberbullying* ocorre. Estas propostas são, geralmente, mais atraentes aos administradores da educação, por envolverem menor quantidade de recursos financeiros e humanos para realização.

Um diferencial que deve ser considerado na construção das intervenções no contexto do *cyberbullying* com enfoque no espectador se trata da utilização das tecnologias digitais (TD). A literatura aponta que o uso das TD em programas preventivos antibullying configura-se como uma estratégia importante, pois são recursos atrativos ao público-alvo, que permitem que os estudantes sejam inseridos em situações hipotéticas de *cyberbullying*, sem realmente serem expostos ao problema (CALVOMORATA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aponta que perdura uma carência de estudos de intervenções voltadas especificamente para o *cyberbullying*, além de evidenciar heterogeneidade nas abordagens e formas de aplicação das intervenções. Assim, é necessário aprimorar os programas existentes ou mesmo desenvolver outros programas com foco nos espectadores que sejam mais amplos, combinem estratégias presenciais e virtuais, intervenções com professores, familiares, vítimas e autores e atinjam tanto o público universal, quanto o seletivo e indicado.

A identificação das principais características das intervenções no contexto do *cyberbullying*, promovida por este estudo, resguardadas as

devidas proporções, pode ter implicações práticas, na medida em que pode contribuir com a prática educativa dos profissionais da Saúde e da Educação.

REFERÊNCIAS

ALLISON K.R.; BUSSEY K. Cyber-bystand in context: uma revisão da literatura sobre as respostas das testemunhas ao cyberbullying. *Serviço Infante-Juvenil Rev*, 65:183-94. 2016.

ANDREOU, E.; DIDASKALOU, E.; VLACHOU, A. Evaluating the effectiveness of a curriculum-based anti-bullying intervention program in Greek primary schools. *Educational Psychology*, v.27, n.5, p.693-711, 2007.

ANDREOU, E.; DIDASKALOU, E.; VLACHOU, A. Outcomes of a curriculum-based anti-bullying intervention program on students' attitudes and behavior. *Emotional And Behavioural Difficulties*, v. 13, n. 4, p. 235-248, 2008.

AJZEN, I. A teoria do comportamento planejado. *Comportamento Organizacional e Processos de Decisão Humana*, v. 50, p. 179 – 211, 1991.

BAUMAN S, CROSS D, WALKER J. Princípios da pesquisa de cyberbullying: definições, medidas e metodologia. In: ESPELAGE D, RAO M, CRAVEN R (org). *Teorias do cyberbullying*. Nova York: Routledge, 2015. p. 49-64.

BAYRAKTAR F. *et al.* Cyberbullying: os fatores discriminantes entre cyberbullies, cybervítimas e cyberbully-vítimas em uma amostra de adolescentes tchecos. *J Interpers Violência*, v. 30, p. 3192-3216, 2015.

BISWAS, Tuhin; SCOTT, James G.; MUNIR, Kerim; THOMAS, Hannah J.; HUDA, M. Mamun; HASAN, M. *et al.* Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, [S.L.], v. 20, p. 100276, mar. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>.

CALVO-MORATA, A. *et al.* Serious games to prevent and detect bullying and cyberbullying: A systematic serious games and literature review. *Com-*

puters & Education, v. 157, 1-18, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2020.103958>.

CANTONE, E. *et al.* Interventions on Bullying and Cyberbullying in Schools: A Systematic Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Emirados Árabes Unidos, v.11, Suppl 1, p.58-76, 2015.

CHAUX, E. *et al.* Effects of the cyberbullying prevention program media heroes (Medienhelden) on traditional bullying. *Aggressive Behavior*, v. 42, n. 2, p. 157-165, 2016.

DESMET, A. *et al.* The efficacy of the Friendly Attac serious digital game to promote prosocial bystander behavior in cyberbullying among young adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *Computers in Human Behavior*, v. 78, p. 336-347, 2018.

GAFFNEY, H.; FARRINGTON, D. P.; TTOFI, M.M. Examining the Effectiveness of School-Bullying Intervention Programs Globally: a Meta-analysis. *International Journal of Bullying Prevention*, v. 1, 14-31, 2019. <https://doi.org/10.1007/s42380-019-0007->

GAFFNEY, Hannah; TTOFI, Maria M.; FARRINGTON, David P.. What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components. *Journal Of School Psychology*, [S.L.], v. 85, p. 37-56, abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2020.12.002>.

HULUBA GRIGORE, A.N. A dinâmica dos papéis de agressor e vítima no bullying e cyberbullying: um desafio para o desenvolvimento resiliente dos alunos. *Simpósio*, 1:223-3, 2014.

HUTSON, Elizabeth. Cyberbullying in Adolescence. *Advances In Nursing Science*, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 60-70, jan. 2016. *Ovid Technologies* (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ans.000000000000104>.

JUNGERT, Tomas; KARATA, Pinar; IOTTI, Nathalie Ophelia; PERRIN, Sean. Direct Bullying and Cyberbullying: experimental study of bystanders: motivation to defend victims and the role of anxiety and identification with the bully. *Frontiers In Psychology*, [S.L.], v. 11, p. 1-10, 2021. *Frontiers Media SA*. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.616572>.

KÄRNÄ, A. *et al.* A Large-Scale Evaluation of the KiVa Antibullying Program: grades 4-6. *Child Development*, v. 82, n. 1, p. 311-330, 2011.

KÄRNÄ, A. *et al.* Effectiveness of the KiVa Antibullying Program: grades 1:3 and 7:9. *Journal of Educational Psychology*, v. 105, n. 2, p. 535-551, 2013.

OLWEUS, Dan. School Bullying: development and some important challenges. *Annual Review Of Clinical Psychology*, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 751-780, 2013. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>.

PETERS M.D.J. *et al.* *Scoping reviews*. In: AROMATARIS E, MUNN Z (org). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Inst; 2017.

PFETSCH, J. *et al.* Prevenção de agressões em escolas por meio de um treinamento de intervenção espectador. *International Journal of Developmental Science*, v.5, n.1-2, p.139-149, 2011.

PLOEG, R.V.D.; STEGLICH, C.; VEENSTRA, R. The support group approach in the Dutch KiVa anti-bullying programme: effects on victimisation, defending and well-being at school. *Educational Research*, v.58, n.3, p.221-236, 2016.

RETTEW, David C.; PAWLOWSKI, S. Bullying. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 235-242, abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.002>.

SALMIVALLI, C. Participant role approach to school bullying: Implications for intervention. *Journal of Adolescence*, 22(4), 453-459, 1999. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0239>.

SALMIVALLI, C. Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, [S. l.], v.15, n.2, p.112-120, 2010.

SALMIVALLI, C.; KÄRNÄ, A.; POSKIPARTA, E. Counteracting Bullying in Finland: The KiVa Program and Its Effects on Different Forms of Being Bullied. *International Journal of Behavioral Development*, v.35, n.5, p.405-411, 2011.

SCHULTZE-KRUMBHOLZ, A. *et al.* Medienhelden: Unterrichtsmanual zur Förderung von Medienkompetenz und Prävention von Cybermobbing. München, Alemanha: Ernst Reinhardt, 2012.

SILVA, J.L. *et al.* Revisão sistemática da literatura sobre intervenções antibullying em escolas. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2329-2340, 2017.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*; 169:467-473, 2018.

TROOP-GORDON *et al.* Predicting the development of pro-bullying bystander behavior: a short-term longitudinal analysis. *Journal Of School Psychology*, [S.L.], v. 77, p. 77-89, dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2019.10.004>.

WILLIFORD, A. *et al.* Efeitos do programa antibullying KiVa no cyberbullying e frequência de cybervictimization entre jovens finlandeses. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, v.42, n.6, p.820-833, 2013.

Wölfer, R. *et al.* H. Prevenção 2.0: Visando o cyberbullying na escola. *Ciência da Prevenção*, v. 15, p. 879 – 887, 2014.

Capítulo 2

Promoção de Saúde e a Realidade das Drogas: relato de experiência internacional

Erika Ravena Batista Gomes
Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha
Caroline Ferreira Martins
Mirna Albuquerque Frota
Aline Veras Moraes Brilhante
Maria Vieira de Lima Saintrain
Nadia Louisa Cherchem
Christine Guesdon Caltero

INTRODUÇÃO

A internacionalização configura-se como diferencial nas formações acadêmicas ao possibilitar trocas de experiências entre pesquisadores e profissionais de diferentes contextos, fortalecendo os diálogos possíveis a partir da globalização e a produção compartilhada de conhecimento. Em cursos de pós-graduação, um intercâmbio entre diferentes países proporciona a pesquisadores que aprimorem conhecimentos teóricos e científicos, compartilhando diferenças não só de práticas profissionais, mas também de aspectos históricos, culturais, políticos, econômicos e sociais, estimulando o pensamento crítico-reflexivo (BARDAQUIM; DIAS, 2019; PINTO; LARRECHEA, 2018).

O presente estudo compartilha aspectos da vivência de estudantes de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), de mestrado e doutorado, em experiência internacional de estágio de 70 horas no Serviço Sanitário de Rouen – Normandie -

França. A França possui um sistema universal de saúde, assim como outros países da Europa, assegurado e financiado principalmente pelo Estado através de um sistema de seguro de saúde, e destaca-se mundialmente pela excelência dos cuidados prestados (GUESDON-CALTERO, 2019).

O estágio foi realizado em março de 2020, a partir de parceria entre a Universidade de Fortaleza e a Universidade de Rouen, e contemplou discussões teóricas no espaço da universidade sede conduzidas por seus profissionais, visitas a instituições que compõem a rede de serviços de saúde em Rouen e que desenvolvem ações voltadas para a promoção de saúde, e participação em planejamento e execução de projetos de intervenção de grupos de alunos de graduação - dos cursos de Medicina, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Farmácia - nestes e em outros espaços, a exemplo das escolas.

Dentre as atividades referidas, elegeu-se para esta discussão aquelas relacionadas à promoção de saúde no contexto das drogas, apreciadas em visita institucional, em projeto de intervenção, e visita a espaço de tecnologias em promoção de saúde.

SÍNTESE DE DADOS

Trata-se de relato de experiência que detalha visita ao Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD), instituição que integra a rede La Boussole, em Rouen-Normandie-France; projeto de intervenção em promoção de saúde e prevenção ao uso de drogas de alunos graduandos da Universidade de Rouen, elaborado junto aos profissionais desse contexto e executado em escola com alunos do 4º ano; e visita ao Normandy Health Promotion, centro de documentação e tecnologias em promoção de saúde.

La Boussole é o nome poético que recebe um conjunto de instituições que se ocupa da prevenção e do tratamento de necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, composto por 3 espaços de serviços médicos sociais e 1 serviço de prevenção e treinamento (LABOUSSOLE, 2014). Contemplam, também, o cuidado a dependências não-químicas, como o vício em jogos.

O Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD), visitado pelas estudantes, é uma das instituições médicas sociais que integra esta rede, caracterizada como um serviço de acolhimento e orientação que recebe pessoas entre 18 e 25 anos usuárias ou dependentes de substâncias psicoativas, ou pessoas diretamente ligadas a usuárias, que buscam informações especializadas sobre as drogas e uso com menos riscos de agravos à saúde. A atenção destina-se, também, a orientações relacionadas a uso recreativo e à substituição de substâncias mais nocivas por outras menos prejudiciais. (LABOUSSOLE, 2014; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2017).

Tal formato é preconizado pela redução de danos, política global adotada por vários países, como é o caso da França desde 2004, que contempla princípios, programas e práticas direcionadas aos usuários de drogas que se preocupa com seus direitos, diferindo-se das práticas proibicionistas por considerar a busca dos usuários que não tem por finalidade a abstinência total, mas minimizar os efeitos adversos e riscos à saúde que podem estar associados ao uso de drogas e acesso a serviços de saúde qualificados para o acolhimento, cuidado e estímulo ao autocuidado, sem limite de sua autonomia e liberdade de escolhas, baseada na justiça e no respeito aos direitos humanos (IHRA, 2010; SILVEIRA, 2016; HAWK, 2017).

O CAARUD dispõe da seguinte estrutura física: sala de reuniões, sala de coordenação, recepção, espaço de acolhimento com cantina, banheiros, enfermaria, sala de materiais, lavanderia. Possui armários para a guarda de objetos pessoais, que podem ser utilizados por no máximo 3 meses, telefone para uso livre, cobertores, internet, materiais para uso seguro das substâncias psicoativas (agulhas, seringas, algodão, papel, entre outros). E quanto aos profissionais que atuam no serviço, conta com coordenador, educadores especializados, redutor de danos, enfermeiros, médico, psicólogo e dentista.

Por dia, os profissionais deste dispositivo de saúde francês atendem cerca de 40 pessoas que chegam a procurar o local, entre homens e mulheres, usuárias de qualquer tipo de droga, que precisem de espaço para

cuidados de higiene (tomar banho, lavar suas roupas) e necessidades fisiológicas, alimentar-se, para guardar objetos pessoais, aquisição de materiais para uso seguro das substâncias psicoativas (agulhas, seringas, algodão, papel, entre outros), ou para informações preventivas na tentativa de redução de outros agravos de saúde, a exemplo da contaminação no uso de drogas injetáveis (AZEVEDO, 2017). O atendimento se dá de forma gratuita e anônima.

A redução de danos preconiza intervenções destinadas a reduzir os efeitos negativos na saúde sem necessariamente extinguir completamente os comportamentos de saúde problemáticos. Não pressupõe, portanto, que deva haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas – no âmbito da sociedade ou no caso de cada sujeito –, seu foco incide na formulação de práticas, direcionadas aos usuários de drogas e aos grupos sociais com os quais eles convivem, que têm por objetivo a diminuição dos danos causados pelo uso dessas substâncias (AZEVEDO, 2017; HAWK, 2017).

O relatório mundial sobre drogas da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2017 afirma que 29,5 milhões de pessoas sofrem com transtornos graves decorrentes do consumo de drogas e que a quantidade de consumidores se mantém estável há 5 anos, mas alerta que substâncias novas vem surgindo com ainda mais potência e riscos à saúde (ONU, 2017).

Considerando essa realidade, também é atribuição da rede de assistência aos usuários de drogas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças relacionadas à temática drogas e a públicos específicos, a exemplo de crianças e adolescentes (BORGES; JESUS; SCHNEIDER, 2018; WHO, 2007), conforme intervenção planejada entre os alunos de graduação em enfermagem e medicina da Universidade de Rouen e profissionais da equipe La Boussole, desenvolvida com grupos de alunos do 4º ano de uma escola de Rouen, considerando a relevância do espaço escolar na prevenção ao uso de drogas (ANJOS, 2019).

A constituição da OMS afirma: “saúde é um estado de completo

bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006). As formações profissionais nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação lato sensu e stricto sensu precisam considerar o conceito ampliado de saúde, superando os modelos hospitalocêntricos e de viés patologizante, e para tal devem comprometer-se mais com as políticas públicas em saúde e encarar o desafio de implementar ações direcionadas à promoção de saúde (TAVARES, 2016).

Na França, é compromisso de Emmanuel Macron, atual presidente da república, dentre outros essenciais para garantir qualidade de vida aos franceses, o incentivo as ações de promoção e prevenção de saúde, estimuladas desde a graduação para incentivar o envolvimento dos futuros profissionais com as questões da população, a exemplo do consumo de álcool e cigarros (GUESDON-CALTERO, 2019).

A proposta de intervenção, acompanhada pelas estudantes estagiárias em seu planejamento e execução, *teve como objetivos informar adolescentes sobre drogas e prejuízos do uso (COELHO; MONTEIRO, 2017), esclarecer dúvidas sobre os efeitos das drogas, e discutir habilidades de vida na prevenção do uso de drogas.*

Contemplou como estratégias *dinâmicas, tempestade de ideias, jogos, dramatização, e avaliação da atividade*, realizadas da seguinte forma: contrato inicial, com pactuação de regras e comportamentos esperados dentro do grupo, como participação ativa, respeito, colaboração, atenção, não-julgamento; dinâmica de apresentação e integração, onde foi solicitado de cada estudante seu primeiro nome escrito em papéis recolhidos e redistribuídos entre eles, que deveriam atribuir ao nome do colega recebido uma qualidade que o representasse bem, com objetivo de demonstrar afeto e reconhecer as qualidades do outro; tempestade de ideias, com a palavra motivadora “vício”, onde cada estudante anotou no papel o que pensava de tal palavra, e suas percepções foram coladas na lousa, a partir das quais explicou-se o que é droga, que substâncias são drogas e quais as drogas lícitas e ilícitas, com participação ativa dos jovens na discussão;

jogo “concordo” ou “não concordo”, em que, no espaço físico dividido ao meio, os alunos tinham que posicionar seus corpos no lado correspondente à sua opinião, se concordava ou não com as afirmações feitas sobre as drogas, como: existem drogas que são nocivas e drogas que não são nocivas; o uso de drogas pela primeira vez é perigoso; o uso de drogas na adolescência é mais prejudicial do que na vida adulta. Após se posicionarem, os alunos deveriam defender seus pontos de vista, e ao final cada afirmação era explicada pelos condutores; dramatização: separados aleatoriamente em dois grupos, o primeiro foi solicitado a dramatizar situação de uso de álcool, em que pelo menos um adolescente era usuário e convidava os demais ao uso, um era indeciso, um não aceitava; e o segundo situação de uso de substância ilícita, também com estes papéis, cujo objetivo foi simular episódios que podem acontecer e formas assertivas de resolvê-los, como estimulado no trabalho das habilidades de vida com adolescentes (PERES; GRIGOLO; SCHNEIDE, 2016; WHO, 1994) e discutir a influência dos grupos nas decisões pessoais; e, por último, avaliação da intervenção através de questionário individualizado.

A atividade de promoção de saúde realizada pelos graduandos envolveu os escolares de forma ativa e reflexiva, sem resistências às solicitações dos condutores. Os participantes demonstraram algum conhecimento sobre as drogas, mas também dúvidas e questionamentos. Ao final, falou-se das instituições da rede La Boussole, e de seus atendimentos.

Estudos brasileiros destacam a escola como espaço privilegiado na construção de compreensões e atitudes de crianças e de adolescentes pautadas nas discussões entre diferentes saberes e áreas de conhecimentos que ali se fazem presentes, o que a torna importante agente de promoção de saúde quando o assunto é drogas, tanto na prevenção quanto no enfrentamento (NIETSCHE, 2016; SILVA *et al.*, 2019; ANJOS, 2019).

As ações que visam promoção em saúde devem provocar mudanças de compreensões e hábitos de vida que interferem diretamente no processo saúde-doença, superando ações orientadas apenas pelo enfoque biológico (BEZERRA; SORPRESO, 2016), respeitando a autonomia e os

processos de subjetivação e construção de sentidos das pessoas e seus territórios. Devem ir além das inovações técnicas na oferta de serviços, validando os conhecimentos comunitários e estimulando a participação e corresponsabilização na construção dos processos e dos cuidados em saúde (MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Buscando qualificar as ações de promoção de saúde, em Rouen o Normandy Health Promotion - centro de documentação destinado a produção e disseminação de estratégias especializadas nesta área- disponibiliza a profissionais de saúde e estudantes tecnologias em saúde desenvolvidas por especialistas voltadas para ações com temas como drogas, acidentes domésticos, ritmo biológico, higiene, saúde ambiental, acidentes de trânsito, alimentação saudável, saúde emocional, educação financeira, vida afetiva e sexual, saúde bucal.

O Normandy Health Promotion faz parte do L'ATRIUM - Espace Régional de Découverte Scientifique et Technique Région Normandie, espaço que abriga quinze associações regionais de ciência e tecnologias de conhecimentos, de diferentes áreas. Visita institucional ao local foi realizada pelas estagiárias.

É possível, no Normandy Health Promotion, acesso a grande diversidade de publicações, jogos, cartilhas, materiais lúdicos, que podem ser emprestados para pesquisa e utilização em atividades com a comunidade. Além disso, os profissionais do centro ofertam apoio técnico para auxiliar na construção da proposta de ação e adaptá-la ao público a que se direciona. Em saúde, a utilização de tecnologias almeja o aperfeiçoamento da prática do cuidado, tanto em nível técnico assistenciais e administrativos, quanto nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos. Implica, em seu termo, o que, por quem, por que, para quem e como fazer (BORGES, 2018).

Percebe-se o cuidado para que as tecnologias que integram esse espaço se aproximem da rotina e realidade das famílias, na tentativa de orientações que façam sentido e provoquem, a partir da reflexão, a mudança de hábitos desejada nas ações de promoção de saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016, MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Nas atividades descritas nesse trabalho, merece destaque a forma como o serviço sanitário francês compreende as questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, com os princípios da redução de danos presentes não apenas em seu discurso, mas também nas suas práticas de cuidado, que direcionam-se às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e a questões sociais que acompanham suas demandas. Exemplo disso, no CAARUD, está na preocupação de ofertar refeição, distribuir cobertores, possibilitar a higienização pessoal e das roupas, e receber pessoas acompanhadas de seus cães (que é companheiro frequente de pessoas em situação de rua).

Na fala dos profissionais da rede La Boussole e na atividade de promoção de saúde acompanhada percebeu-se postura não proibicionista dos envolvidos ao trabalhar o tema drogas, considerando a autonomia que cada pessoa tem em relação a si e as suas escolhas, mas voltada para orientações sobre os efeitos e consequências possíveis à opção de usá-las.

As compreensões e o fazer franceses nos provocaram reflexões sobre as práticas de saúde descontextualizadas e impositivas quando o assunto é drogas, muitas vezes repletas de estereótipos e reforçadoras dos preconceitos que rodeiam as pessoas com dependência química no Brasil. Cabe destaque, nesse sentido, às mudanças recentes da Política de Drogas do país, através da Lei N° 13.840/2019 (BRASIL, 2019) que entre outras medidas, integra as comunidades terapêuticas como instância de acolhimento aos usuários de drogas ilícitas – que visam a abstinência, desrespeitam direitos e exercem controle sobre os usuários (MONTENEGRO, 2019), retomando discursos proibicionistas e manicomialistas (MONTENEGRO, 2019) – à Rede de Atenção Psicossocial, conferindo a estas financiamento e poder político, indo na contramão do que foi observado em Rouen.

CONCLUSÃO

A saúde brasileira precisa evoluir na compreensão de que a assistência de necessidades de cuidados e tratamentos não devem suprimir as

subjetividades, primando pelo protagonismo, como preconiza o nosso Sistema Único de Saúde.

Trocas de experiências internacionais contribuem para a formação de pesquisadores pelas observações e contatos com os serviços visitados, e pela interação com os profissionais e suas ações. Na pós-graduação, caso das alunas da presente experiência, enriqueceu, ainda, o fazer profissional, ao ampliar percepções sobre as questões que envolvem a saúde e o que deve ser considerado na sua promoção.

O contexto geográfico, histórico, cultural e social diferenciado no qual se fica imerso proporciona ganhos também de natureza pessoal e relacional, tornando a vivência ainda mais intensa e prazerosa. Desafios se colocam, principalmente pelo desconhecido e pelo não domínio total da língua estrangeira, onde a tecnologia hoje disponível fez muita diferença (uso de redes sociais, de tradutores, de mapas), mas enriquecem o processo de aprendizagem que o intercâmbio propõe.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Marcelo Lessa. Uma reflexão sobre a prevenção do consumo de drogas nas escolas. *Revista Dissertar*, v. 1, n. 32, 2019.

AZEVEDO, Rafael Torres. Redução de danos e vínculos com usuários de drogas: a escuta do olhar de um palhaço [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2017.

BARDAQUIM, Vanessa Augusto; DIAS, Ernandes Gonçalves. A realização de intercâmbio no doutorado em enfermagem: um relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, v. 9, n. 1, 2019.

BORGES, Claudia Daiana; DE JESUS, Luciana Oliveira; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 12, n. 2, 2018.

BORGES, José Wicto Pereira; SOUZA, Ana Célia Caetano de.; MOREIRA, Tereza Maria Magalhães. *Elaboração e validação de tecnologias para o cuidado: caminhos a seguir*.

BRASIL. *Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019*. Diário Oficial da União. 06

jun 2019. Disponível em <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>. Acesso em: 12 abr 2020.

COELHO, Francisco José Figueiredo; MONTEIRO, Simone. Educação sobre drogas: um olhar transversal rumo à democracia. *IX Seminário Internacional Redes Educativas e Tecnologias*. Rio de Janeiro, v. 6, 2017.

GUESDON-CALTERO, Christine *et al.* Système de santé et de soins infirmiers en France. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 293-302, 2019.

HAWK, Mary *et al.* Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm reduction journal*, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2017.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ [internet]. Saint-Denis: 2017. Disponível em https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud. Acesso em: 12 abr 2020.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IHRA). What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: UNITED KINGDOM, English, April 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf. Acesso em: 12 abr 2020.

LA BOUSSOLE [internet]. Rouen: 2014. Disponível em: <https://www.laboussole.asso.fr/caarud/la-boutik/>. Acesso em: 12 abr 2020.

MENDES, Rosilda; FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; SACARDO, Daniele Pompei. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 190-203, 2016.

MONTENEGRO, Yuri Fontenelle Lima; BRILHANTE, Aline Veras Moraes; MELO, Anna Karynne. Idas e vindas nas políticas sobre drogas: revisão integrativa [resumo expandido]. Em: *XIX Encontro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade de Fortaleza*, 2019.

MONTENEGRO, Yuri Fontenelle Lima, *et al.* Análise crítica da lei nº 13.840 de 5 de junho de 2019: a questão das comunidades terapêuticas. Em: *XIX Encontro de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade de Fortaleza*, 2019.

MOREIRA, Tereza Maria Magalhães; PINHEIRO Joana Angélica Marques; FLORÊNCIO Raquel Sampaio; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa (organizadoras). Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde. Fortaleza: EdUECE, 2018.

NIETSCHKE, Elisabeta Albertina et al. Atividades lúdicas no cenário escolar para prevenção do uso de drogas: vivências de enfermeiros. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 347-351, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Cerca de 29,5 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos provocados pelo uso de drogas. Os opioides são os mais prejudiciais: aponta Relatório Mundial sobre Drogas 2017 do UNODC. UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. 2017. Disponível em: http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocados-pelo-uso-de-drogas--os-opiides-so-os-mais-prejudiciais_-aponta-relatrio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html. Acesso em: 12 abr 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1. Acesso em: 12 abr 2020.

PERES, Girlane Mayara; GRIGOLO, Tania Maria; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Programa de prevenção ao uso de drogas nas escolas para o desenvolvimento de habilidades de vida. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 6, n. 1, p. 111-123, 2016.

PINHEIRO BEZERRA, Italla Maria; ESPOSITO SORPRESO, Isabel Cristina. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 26, n. 1, 2016.

PINTO, Marialva Moog; LARRECHEA, Enrique Martínez. Internacionalização da educação superior: uma análise das tendências de mobilidade dos estudantes entre países do norte e do sul global. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, v. 23, p. 718-735, 2018.

SILVA, Fernanda Ramos et al. Práticas educativas para prevenção primária ao uso de drogas com crianças: Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, n. 11, p. e516-e516, 2019.

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. *Revista do NUFEN*, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1799-1808, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneve: WHO, 1994.

Capítulo 3

Qualidade de Vida no Trabalho e Comportamento Sedentário em Profissionais da Educação

Raimundo Fernandes da Silva

Nilson Vieira Pinto

Patrícia Ribeiro Feitosa Lima

Heloísa Beatriz Cordeiro Moreira

INTRODUÇÃO

Estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) têm sido desenvolvidos em diferentes países. Na China, Zhu *et al.* (2013) identificaram que trabalhadoras tinham baixa qualidade de vida (QV) em comparação com a população em geral. Neste estudo evidenciou-se uma melhora na QV e conseqüentemente na satisfação no trabalho após atividades de educação em saúde na comunidade. Em uma pesquisa realizada por Teles *et al.* (2014), com trabalhadores da atenção primária à saúde no Brasil, verificou-se que houve associação entre as condições de trabalho psicossociais adversas e a má QV de trabalhadores, necessitando, dessa maneira, de ações destinadas a prosperar a saúde e a QVT com origem intersectorial, considerando-se as condições de trabalho psicossociais adversas. No Centro-Oeste do Pacífico, Witt *et al.* (2013) exploraram os fatores de motivação para implementação de ações de intervenção, almejando a promoção da saúde no local de trabalho em pequenas e médias empresas, motivada por três objetivos: reduzir os custos de cuidados de saúde, abordar as relações humanas e melhorar a produtividade, evidenciando a necessidade de se incentivar a promoção da saúde no ambiente laboral.

Nesta trajetória, segundo Owen *et al.* (2010), o comportamento sedentário (CS) também tem sido um assunto pouco recorrente no ambiente do trabalho e refere-se às atividades no tempo de vigília, que não geram um gasto energético substancialmente acima dos níveis de repouso, como, por exemplo, sentar-se, deitar, assistir televisão, usar computador e ler. Operacionalmente, são atividades que apresentam dispêndio energético de 1,0-1,5 equivalentes metabólicos (METs). Desta forma, essa condição do CS gera influência no âmbito do trabalho? Ou o trabalho não sofre influência do CS nos espaços laborais?

Ademais, a relação entre qualidade de vida no trabalho e comportamento sedentário sofre influência dos meios de produção que, segundo Marx (1982), estabelece-se pelo o corpo que permanece como objeto e máquina do trabalho podendo ser exemplificado pela divisão dos modos de produção em que o trabalhador exerce trabalhos específicos e isolados, ficando seu corpo limitado as suas mãos ou partes restritas, sem nenhum tipo de relação com seu produto final.

Diversos estudos têm se debruçado sobre os Distúrbios Osteomusculares Resultantes do Trabalho (DORT) e sobre as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) decorrentes da utilização excessiva do sistema musculoesquelético e de sua inadequada recuperação, que abrangem quadros clínicos adquiridos pelo trabalhador submetido às condições de trabalho inadequadas (BRASIL, 2006). São distúrbios musculoesqueléticos de origem multifatorial complexa resultantes do desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e das capacidades funcionais individuais para responder a tais exigências podendo ser modulados pelas características da organização laboral (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009).

Os DORT e as LER são as doenças que mais afetam os trabalhadores brasileiros. Esta constatação é do estudo: Saúde Brasil (2018), do Ministério da Saúde. Os dados, que constam no capítulo “Panorama de Doenças Crônicas Relacionadas ao Trabalho no Brasil”, indicam aumento na exposição de trabalhadores a fatores de risco, que podem ocasionar incapacidade funcional. Este estudo apontou ainda que esses problemas foram mais recorrentes em trabalhadores do sexo feminino (51,7%),

entre 40 e 49 anos (33,6%) e em indivíduos com ensino médio completo (32,7%). A região sudeste registrou o maior número de casos, com 58,4% do total de notificações do país no período. Em 2016, os estados que apresentaram os maiores coeficientes de incidência foram Mato Grosso do Sul, São Paulo e Amazonas. Em referência aos setores ocupacionais, a ocorrência de DORT e LER estão mais prevalentes em profissionais que atuam nos setores da indústria, comércio, alimentação, transporte e serviços domésticos/limpeza.

Diante disso, a Ginástica Laboral (GL) tem sido considerada uma importante estratégia de promoção da qualidade de vida do trabalhador, redução das doenças associadas ao trabalho e combate ao comportamento sedentário (SERRA, 2014).

Os esforços para introduzir programas de GL dentro dos países emergentes têm focado principalmente nas indústrias de grande escala, pois a maioria da população de trabalho está envolvida nos comércios e agriculturas e as intervenções precisam ter a adaptabilidade de ir além do ambiente de fábrica (HERZBERG; MAUSNER; SNYDERMAN, 2011).

Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde de baixo custo, de fácil compreensão, e sensível aos âmbitos sociais, culturais e políticos. Intervenções ergonômicas têm sido bem-sucedidas na redução do número de distúrbios musculoesqueléticos por mais de 50%, especialmente em profissões que expõem os empregados a um nível elevado de fatores de risco no trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003).

Intervenções eficazes devem envolver ativamente o trabalhador, promover a redução a exposição ao estressor e afetar a cultura organizacional. O estudo de Aguiar *et al.* (2017) mostra porque é importante para uma organização pública ou privada manter seus funcionários ou membros, fisicamente saudáveis para concluir suas tarefas, em um período apropriado e que resultaria em maiores lucros para a organização ou empresa. O autor supracitado comenta ainda que dependendo de quanto dinheiro ou tempo foi investido em seus funcionários, provavelmente determinará o nível de saúde deles na empresa, entendendo que cada empresa é diferente e, portanto, deve

encontrar o que funciona melhor. No entanto, este estudo mostra especificamente porque é importante para o trabalhador se exercitar e ser saudável destacando que é para o bem maior não apenas da empresa, mas do empregado que trabalha para essa organização.

Infelizmente, várias instituições públicas e privadas do Brasil não apresentam programas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. Em consulta realizada pelos autores deste capítulo no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) pelo endereço eletrônico: www2.siapenet.gov.br/saude, acesso em outubro de 2019, observou-se que vários estados (Acre, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Mato grosso, Mato grosso do Sul, Piauí e Rondônia) não possuem programas cadastrados na plataforma SIASS. Dentre os Institutos Federais do Brasil, apenas os Institutos Federais de Alagoas (IFAL), Pernambuco (IFPE) e Bahia (IF baiano) apresentaram na plataforma um programa de qualidade de vida voltado aos trabalhadores da educação.

A globalização mundial em que estamos atualmente tem acelerado a produção tecnológica e de maneira abrangente as relações construídas no mundo do trabalho, tendo como consequências um aumento da insatisfação do trabalhador com o ambiente de trabalho. O ambiente escolar não é uma exceção, pelo contrário, está totalmente inserido no processo de formação de crianças e jovens, sofrendo impactos das mudanças econômicas, científicas, políticas e tecnológicas provenientes da globalização (MENDONÇA, 2016).

Um estudo referente a QVT de servidores da Educação realizado por Nascimento (2016), apontou que trabalhadores do Instituto Federal de Roraima avaliaram como “insatisfatório” a compensação justa e adequada do salário, condições de trabalho e segurança e Integração Social na Organização/Trabalho em Equipe, ainda se posicionaram como “satisfatório” em relação a utilização e desenvolvimento de capacidades, Direitos e Deveres/Tomada de Decisão e Trabalho e Espaço Total de Vida.

Em pesquisa realizada por Bernardo (2014) com servidores administrativos de uma Instituição Federal de Ensino do estado do Goiás, foram encontrados índices de satisfação relevantes e positivos, como: autonomia, segurança, infraestrutura e relacionamento

interpessoal. No entanto, indicadores como: saúde, compensação, comunicação e imagem da organização revelaram diretamente um índice de insatisfação considerável, indicando a necessidade de maior atenção e investimento.

Avanci (2018) avaliou a percepção da QVT em servidores do Instituto Federal do Espírito Santo, evidenciando aspectos que trazem satisfações e insatisfações em relação ao trabalho. A maior indicação de satisfação está na categoria Relevância Social do Trabalho na Vida, enquanto a maior frequência de insatisfação encontra-se na categoria Integração Social na Organização.

Desta forma, este capítulo vem apresentar parte dos resultados de uma pesquisa de mestrado que objetivou analisar a relação entre a qualidade de vida no trabalho e o comportamento sedentário dos servidores do IFPI – *campus* Cocal.

METODOLOGIA

Este estudo de campo foi do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa tendo como população 91 servidores, sendo 61 docentes e 30 servidores técnico administrativos em educação do IFPI – *campus* Cocal. Foram incluídos no estudo os servidores do IFPI - *campus* Cocal em efetivo exercício, sendo excluídos de participar da pesquisa os servidores que estavam afastados das suas atividades do trabalho por motivos de saúde e/ou capacitação no período de aplicação dos questionários. Desta forma, dos 91 servidores, 11 servidores encontraram-se afastados sendo 02 por motivo de saúde e 09 para capacitação, portanto, a amostra do presente estudo contou com 80 servidores.

Este estudo foi desenvolvido no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí (IFPI), *campus* Cocal, escolhido por ser o local de trabalho de um dos autores, viabilizando mais facilmente a coleta dos dados.

Para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), foi utilizado o *Quality of Working Life Questionnaire* (QWLQ-bref), que

corresponde à versão abreviada do questionário QWLQ-78. Trata-se de um questionário com 20 questões que abordam a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional. Esse questionário foi criado e validado por Reis Junior (2011) e sua forma abreviada foi criada por Cheremeta *et al.* (2011).

Para a avaliação do comportamento sedentário (CS), foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ, versão 8, forma curta) desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde na versão em português, validado para a população brasileira (MATSUDO *et al.*, 2001) que avalia o nível de atividade física levando em consideração a frequência e duração das atividades físicas realizadas na última semana.

Nesse estudo, a avaliação do comportamento sedentário tomou como base a última seção do IPAQ, (tempo sentado) e foi considerado apenas os cinco dias de trabalho na semana. O ponto de corte para comportamento sedentário foi de 360 minutos, obtido através do cálculo do Percentil 50 (P50) relativo ao tempo sentado por semana (cinco dias da semana) dos sujeitos da amostra. Os indivíduos da pesquisa foram caracterizados em alta ou baixa exposição ao CS (LIMA, 2016).

Para a análise estatística dos resultados do QWLQ-bref, uma sintaxe foi construída a partir de algoritmos em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel for Windows. Esta sintaxe além de apresentar os escores da avaliação da QVT também apresenta a estatística descritiva da pesquisa. Foi considerada uma escala de classificação da QVT em que todos os índices inferiores a 45 são classificados como insatisfatórios, enquanto os índices situados entre 45 e 55 como intermediários e os índices superiores a 55, como satisfatórios.

Para o IPAQ, após a obtenção do P50, por meio do Microsoft Excel for Windows, os indivíduos da amostra foram classificados de acordo com o ponto de corte obtido (360 min), os que apresentaram valor igual ou maior ao P50 foram classificados em “alta exposição ao CS”, e os que tiverem valor menor em relação ao P50 foram classificados em “baixa exposição ao CS”.

Este estudo encontra-se aprovado pelos Comitês de Ética dos Institutos Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE, sob o parecer no. 3.820.101 e do Piauí - IFPI, sob o parecer no. 4.005.956.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos servidores

Com relação à média de idade dos servidores pesquisados, verificou-se que os Técnicos Administrativos em educação (TAEs) possuem média de 34,9 anos e os professores possuem média de 37,4 anos. Em relação ao gênero, observou-se que 17 (57%) dos técnicos administrativos em educação são do sexo masculino e 13 (43%) são do sexo feminino; sobre os professores 37 (74%) pertencem ao gênero masculino e 13 (26%) estão inseridos no gênero feminino. De forma geral, 54 (67,5%) servidores são do sexo masculino e 26 (32,5%) do sexo feminino.

Índices de Qualidade de Vida no Trabalho

Índice geral da QVT

No que diz respeito à Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores pesquisados, verificou-se que os menores valores de índices foram dos domínios Físicos/Saúde (64,64) e profissional (61,36); os maiores resultados foram para os domínios Psicológico (68,67) e pessoal (73,89). No resultado geral da QVT dos trabalhadores, o índice foi de 67,14 classificando-se como “Satisfatório”, assim como todos os índices dos domínios pesquisados.

Por meio dos resultados supracitados no estudo, podemos destacar a presença acentuada de servidores com a QVT caracterizada como “Satisfatório” (52,5%) e “Muito Satisfatório” (41,2%); não foi encontrado nenhuma frequência de servidores com a QVT classificada como “Insatisfatório” e “Muito insatisfatório”, 6,3% dos servidores apresentaram a QVT classificada como “Neutro” e os menores índices de escores estão presentes nos domínios físico/saúde e profissional.

Índice da QVT por gênero

Em relação à Qualidade de Vida no Trabalho por gênero dos trabalhadores pesquisados, verificou-se que os menores valores de índices foram do domínio profissional, apresentando 64,09 e 55,76 para o sexo masculino e feminino, respectivamente. Os maiores valores foram para o domínio Pessoal nos gêneros masculino (75,82) e feminino (69,95). No resultado geral da QVT dos trabalhadores, o índice foi de 69,49 para os trabalhadores e 62,82 para as trabalhadoras, classificando-se como “Satisfatório” em ambos os sexos, assim como todos os índices dos domínios pesquisados.

Podemos observar que em todos os domínios da QVT e, de forma geral, a classificação da QVT dos servidores por gênero apresenta-se como “Satisfatório”, porém, o gênero masculino apresenta maiores escores em relação ao gênero feminino, tanto de forma geral, quanto por domínio. Esses dados sugerem que a jornada dupla de trabalho (profissional e familiar) a que as mulheres são submetidas a maiores níveis de estresse e menores horas de sono, contribuindo, assim, para menores índices de QVT em relação aos homens. Nota-se, ainda, que os domínios de menores índices de escores são o domínio físico/saúde e profissional.

Índice da QVT por função

Referente à Qualidade de Vida no Trabalho por função dos trabalhadores pesquisados, verificou-se que os menores valores de índices foram do domínio profissional, apresentando 60,93 e 61,39 para técnicos administrativos em educação e professores, respectivamente. Os maiores valores foram para o domínio Pessoal, na função técnico administrativo em educação (71,46) e professor (74,88). No resultado geral da QVT dos trabalhadores, o índice foi de 65,27 para os TAEs e 67,92 para os docentes, classificando-se como “Satisfatório” em ambas as funções, assim como todos os índices dos domínios pesquisados.

Desta forma, evidencia-se que os professores apresentam, de forma

geral e por domínio, valores de escores maiores que os TAEs. Isso sugere que os docentes se sentem mais satisfeitos com a vivência no ambiente de trabalho em relação aos TAEs. Diversos fatores podem influenciar nessas circunstâncias, como a satisfação com o salário, liberdade para tomada de decisões, autonomia e motivação. Em todas as avaliações da QVT até agora citadas e todos os domínios que ela abrange (físico/saúde, pessoal, profissional e psicológico), os trabalhadores apresentaram índices satisfatórios.

No entanto, em todas as avaliações da QVT dos servidores, os valores relativos ao domínio físico/saúde e profissional apresentaram os menores índices em relação aos demais, tanto de forma geral quanto em relação ao gênero e função na instituição. Isso demonstra que os trabalhadores dessa instituição em sua grande maioria sentem-se atendidos no que se refere a condição geral de trabalho, mas boa parte dos servidores sentem-se menos atendidos nas questões referentes aos aspectos que definem os domínios físico/saúde e profissional:

“São definidos como domínio profissional a liberdade de criar coisas novas no trabalho, igualdade de tratamento entre os funcionários, orgulho da instituição que trabalha, nível de participação nas decisões do trabalho, satisfação com o nível de responsabilidade no trabalho, satisfação com os treinamentos dados pela instituição, satisfação com a variedade de tarefas que realiza e espírito de camaradagem no trabalho. São definidos como domínio físico/saúde as condições da qualidade do sono, desempenho no trabalho afetado por conta do sono, necessidades fisiológicas bem atendidas e ambiente de trabalho confortável” (REIS JUNIOR, 2008).

Em relação aos valores otimistas observados na pesquisa e ao analisar dados do IBGE (2018) e do IDH (2013), devemos levar em consideração o fato de que o local da pesquisa é uma cidade com população estimada de 27.787 habitantes, renda per capita de R\$ 7.733,23 e ocupa a 5.537ª posição no índice de desenvolvimento humano (IDH) entre os municípios brasileiros, conseqüentemente, transtornos com o trânsito,

distância do percurso para chegar ao trabalho, índices de violência e dificuldades com moradia são menores do que em cidades maiores, como, por exemplo, Teresina e Parnaíba. Teresina, capital do estado, possui uma população estimada de 864.845 habitantes (trinta vezes maior que Cocal), renda per capita de R\$ 22.481,67 e ocupa o 526º lugar no IDH referente aos municípios brasileiros; já Parnaíba tem uma população estimada em 153.078 habitantes (cinco vezes maior que Cocal), renda per capita de R\$ 13.534,25 e ocupa a 2251ª colocação no ranking do IDH dos municípios brasileiros.

Ao mesmo tempo em que o município de Cocal oferece menos violência, menos transtornos no trânsito, menor distância no trajeto para chegar ao trabalho e menor custo de vida, a presença de um IDH muito abaixo das duas maiores cidades do Piauí (Teresina e Parnaíba) e com menos acesso a serviços de saúde, menos oportunidades de entretenimento e menos opções de educação para os familiares, sugere que os profissionais deste *campus* investigado optem também em residir nas cidades próximas a Cocal por questões familiares e/ou preferências pessoais. Isso se reflete na distribuição da moradia dos servidores que participaram neste estudo, tendo como local de residência, em sua grande maioria, o próprio município do *campus* investigado (34), entretanto, com alguns residentes no município de Parnaíba (20) e Teresina (12) e em outras cidades do Piauí e do Ceará (14), com o IDH maior que Cocal.

Diante dos dados observados, verifica-se que a QVT dos profissionais do IFPI *campus* Cocal, em sua maioria está classificada como satisfatória, não foi influenciada pelo fato de que a maioria dos seus servidores (57,5%) não estejam residindo na mesma cidade em que trabalham, pois, os trabalhadores que residem em Cocal (42,5%) também representam um percentual expressivo da amostra.

Níveis de exposição ao Comportamento Sedentário

Em relação a apresentação geral, a exposição dos servidores ao comportamento sedentário (CS), verificou-se que 34 (42,5%)

apresentaram baixa exposição ao comportamento sedentário e 46 (57,5%) demonstraram alta exposição ao comportamento sedentário, em relação ao gênero. Estes dados demonstram que a amostra de forma geral (57,5%) apresenta maioria com alta exposição ao comportamento sedentário.

Quanto a classificação da amostra frente ao nível de exposição ao CS por gênero, os valores apresentados para o sexo feminino foram de 14 (53,8%) para alta exposição ao CS e 12 (46,2%) para baixa exposição ao CS; o sexo masculino apresentou 22 (40,8%) e 32 (59,2%) para baixa e alta exposição ao CS, respectivamente. De acordo com os dados apresentados, o gênero masculino (59,2%) e feminino (53,8%) apresentaram maioria com alta exposição ao CS.

Em relação à exposição dos servidores ao comportamento sedentário por função, verificou-se que 5 (16,6%) dos TAEs apresentaram baixa exposição ao comportamento sedentário e 25 (83,4%) demonstraram alta exposição ao comportamento sedentário, em relação aos professores, os valores apresentados para baixa exposição ao CS foram de 29 (58%) e para alta exposição ao CS foram de 21 (42%).

Quando se faz a abordagem da classificação do CS por função, observa-se que os professores (58%), em sua maioria, apresentam baixa exposição ao CS e nos TAEs (83,4%) existe a predominância de alta exposição ao CS em relação aos professores. Esses achados podem evidenciar as diferenças de características de trabalho entre as funções, os TAEs geralmente estão em trabalhos que envolvem o uso contínuo de computadores e em espaços reduzidos ao tipo de atividade laboral que exercem; esses espaços podem ser em salas, laboratórios, biblioteca, refeitório, sala de atendimento e enfermaria, obrigando-os a ficarem muitas horas do dia na posição sentada. Os professores tendem a ser obrigados a se movimentarem, quando trocam de salas ou laboratório e permanecem mais tempo em pé devido a sua atividade laboral, ficando menos tempo sentados; outro fator importante a destacar é que os docentes não são obrigados a ficarem os cinco dias da semana e

permanecerem, obrigatoriamente, todo o período do dia na instituição, oportunizando mais lacunas para movimentarem o corpo durante o dia, diferentemente de muitos TAEs que, geralmente, trabalham em expediente completo (8h diárias na instituição), possibilitando apenas um turno do dia para fazer tal atividade corporal.

Nesta trajetória, Dias *et al.* (2017) pontuam que docentes que praticam atividade física podem apresentar maior aptidão física para suportar as cargas fisiológicas laborais e, assim, sentir em menor intensidade o efeito do tempo de permanência em pé sobre o desempenho de suas atividades.

Relação entre os índices de QVT e exposição ao CS

Relação geral

De acordo com a relação geral entre a QVT e exposição ao CS dos servidores, verificou-se que 5(6,3%) dos trabalhadores apresentaram classificação “Neutro/alta exposição ao CS”; 22(27,5%) apresentaram classificação “Satisfatório/alta exposição ao CS”; 20(25%) classificaram-se como “Satisfatório/baixa exposição ao CS”; 19(23,7%) demonstraram classificação “Muito satisfatório/alta exposição ao CS” e; 14(17,5%) classificaram-se como “Muito satisfatório/baixa exposição ao CS”.

Diante dos resultados apresentados, pode-se destacar que a maioria dos servidores (27,5%) se encontrou na condição de “Satisfatório/alta exposição”. Nota-se, também, que 25% dos servidores tiveram a QVT classificada como “Muito satisfatória” e também apresentaram alta exposição ao CS. Portanto, não foi encontrada influência considerável entre as duas variáveis, uma vez que não se evidenciou um aumento ou diminuição da frequência de uma variável em função da outra, ou seja, a QVT, predominantemente satisfatória da amostra, não indica que os servidores têm baixa exposição ao CS e nem que servidores com alta exposição ao CS tenham a QVT insatisfatória.

Esses dados remetem que os trabalhadores, mesmo estando em condições de alta exposição ao comportamento sedentário, sentem-se

confortáveis em seus locais trabalho, não identificando influências ruins desse comportamento diário no seu dia a dia. Todavia, considera-se a média de idade da amostra investigada (36,5 anos), como algo que possa contribuir para esses resultados relacionais, já que os possíveis malefícios da alta exposição ao CS podem acentuar-se com o passar do tempo de trabalho.

Relação entre os índices de QVT e exposição ao CS por gênero

De acordo com relação entre a QVT e exposição ao CS dos servidores por gênero, verificou-se que as trabalhadoras apresentaram as seguintes classificações: “Neutro/alta exposição ao CS” (11,5%); “Satisfatório/alta alta exposição ao CS” (34,6%); “Satisfatório/baixa alta exposição ao CS” (34,6%); “Muito satisfatório/alta alta exposição ao CS” (7,8%) e; “Muito satisfatório/baixa alta exposição ao CS” (11,5%).

Em relação aos trabalhadores, classificaram-se como: “Neutro/ alta alta exposição ao CS” (3,7%); “Satisfatório/alta alta exposição ao CS” (24,1%); “Satisfatório/baixa alta exposição ao CS” (20,4,%); “Muito satisfatório/alta alta exposição ao CS” (31,4%) e; “Muito satisfatório/baixa alta exposição ao CS” (20,4%).

Os resultados da relação entre QVT e CS por gênero evidencia que a característica predominante dos servidores do gênero masculino é a “Muito satisfatório/alta exposição” (31,4%); já nas mulheres as características que se destacam são as “Satisfatório/alta exposição” (34,6%) e “Satisfatório/baixa exposição” (34,6%); ambos os destaques por gênero corroboram com os resultados gerais de relação desse estudo que indicam que não existe uma relação considerável de influência das duas variáveis pesquisadas.

Ainda comparando os dados, o gênero feminino apresenta um maior percentual de classificados “Neutro/alta exposição”, 11,5% *versus* 3,7% do sexo masculino. Na classificação “Muito satisfatório/alta exposição”, os servidores apresentam 31,4% *versus* 7,8% das servidoras dessa característica. Esses resultados mostram que os servidores do gênero masculino, em sua maioria, apresentam maiores índices de satisfação com

o trabalho do que as servidoras, porém, ambos os sexos apresentam predominância de alta exposição ao comportamento sedentário. Nesta trajetória, Vedovato; Monteiro (2014) destacam que às mulheres, geralmente, possuem dupla jornada de tarefas (escolares e domésticas) o que pode se relacionar com a motivação/satisfação no trabalho, acarretado pelo tempo insuficiente para o lazer, repouso e horas de sono, podendo implicar em altos níveis de estresse e menos tempo para realizar atividades físicas.

Relação entre os índices de QVT e exposição ao CS por função

De acordo com a relação entre a QVT e exposição ao CS dos servidores por função, verificou-se que os TAEs apresentaram as seguintes classificações: “Neutro/ alta exposição ao CS” (13,3%); “Satisfatório/alta exposição ao CS” (36,8%); “Satisfatório/baixa exposição ao CS” (13,3%); “Muito satisfatório/alta exposição ao CS” (33,3%) e; “Muito satisfatório/baixa exposição ao CS” (3,3%). Em relação aos professores, classificaram-se como: “Neutro/alta exposição ao CS” (2%),; “Satisfatório/alta exposição ao CS” (22%); “Satisfatório/baixa exposição ao CS” (32%); “Muito satisfatório/alta exposição ao CS” (18%) e; “Muito satisfatório/baixa exposição ao CS” (26%).

De acordo com os dados referentes, a relação entre a QVT e CS por função, constatou-se que os professores demonstraram maior incidência de “Satisfatório/baixa exposição” (32%), enquanto os TAEs incidiram prevalência de “Satisfatório/alta exposição” (36,8%). É importante destacar que de acordo com a função, também não houve influência entre as variáveis do estudo. Quando essas variáveis se interagem na pesquisa, é perceptível o alto número de TAEs em alta exposição ao CS, isso se deve ao alto tempo de trabalho dos TAEs em ambientes administrativos e/ou laboratório.

Distribuição geral dos índices de QVT e exposição ao CS dos trabalhadores

De acordo com a distribuição geral dos índices de QVT e exposição ao CS dos trabalhadores, observou-se que as maiores frequências da amostra da pesquisa caracterizam-se por serem professores do sexo masculino classificados como “Muito satisfatório/baixa exposição ao CS” (13,8%). As menores frequências da pesquisa foram de professor com classificação “Neutro/alta exposição ao CS” (1,2%) e TAE com classificação “Muito satisfatório/baixa exposição ao CS” (1,2%), ambos do sexo feminino.

Em relação à distribuição geral dos servidores por função e gênero, podemos destacar que a maior frequência da pesquisa se refere aos servidores professores do sexo masculino classificados como “Muito satisfatório/baixa exposição” (13,8%), enquanto as menores frequências do estudo foram de servidores técnicos administrativos em educação do sexo feminino, caracterizados como “Muito satisfatório/baixa exposição” (1,2%). Esses achados indicam ainda mais a prevalência de TAEs com alta exposição ao comportamento sedentário.

Vale ressaltar que os valores individuais da avaliação da QVT apresentados como “muito satisfatório” em nenhum momento se refletiram na avaliação geral, por gênero e função da QVT dos trabalhadores, isso pode ter ocorrido devido a maioria dos profissionais da educação estarem classificados como “satisfatório” e pela diferença alta de escores entre as duas classificações (22,5), o que pode influenciar diretamente na diminuição do valor médio dos escores da QVT da amostra.

Assim, a respeito do resultado das duas variáveis estudadas da amostra, foram observados os seguintes fenômenos: os servidores apresentam índices satisfatórios de QVT, os professores apresentam maiores índices de QVT em relação aos TAEs, porém, ambos apresentam menores valores nos domínios físico/saúde e profissional; os servidores em geral apresentam alta exposição ao CS, contudo, os TAEs apresentam maior exposição ao CS em relação aos professores.

CONCLUSÃO

O presente estudo observou que a Qualidade de Vida no Trabalho e o Comportamento sedentário não são variáveis interdependentes em servidores da educação profissional e tecnológica do IFPI – *campus* Cocal. Ao mesmo tempo, destacou-se a relevância dessas duas variáveis para a saúde na vida do trabalhador e para um melhor desempenho no trabalho.

A pesquisa teve como objetivo principal obter evidências da relação entre a Qualidade de Vida no Trabalho e o Comportamento sedentário em servidores da educação profissional e tecnológica do referido *campus*. Contudo, constatou-se que não existe uma relação direta entre esses dois aspectos estudados. Dessa forma, verificou-se que servidores com a qualidade de vida no trabalho em níveis satisfatórios podem apresentar alta ou baixa exposição ao comportamento sedentário, além disso, os maiores achados foram quando realizou-se as comparações em relação ao gênero e função.

Ademais, em relação ao gênero e função dos profissionais, concluiu-se que as mulheres possuem níveis menos satisfatórios de qualidade de vida no trabalho em relação aos homens, assim como os TAEs apresentam níveis menos satisfatórios de qualidade de vida no trabalho em relação aos professores. Outrossim, não se verificou grandes percentuais de diferença do nível de exposição ao comportamento sedentário entre os gêneros masculino e feminino, porém, observou-se que os TAEs estão muito mais expostos ao comportamento sedentário em relação aos professores. Vale destacar que a maioria dos servidores, independentemente de função ou gênero, possuem níveis satisfatórios de QVT; também é notório que os profissionais da educação que participaram desta pesquisa apresentaram resultados consideravelmente bons em relação a outros estudos relacionados a QVT e ao CS de trabalhadores.

Diagnosticou-se durante todo o percurso teórico-investigativo da pesquisa que são necessárias algumas mudanças que possam ampliar as possibilidades de melhoria da QVT e diminuição do CS dos servidores da educação. Em nível nacional, seria importante que existissem mais leis

para assegurar os direitos dos trabalhadores em ter um espaço para prática de atividades físicas e/ou lazer e orientações ergonômicas no trabalho.

As principais limitações do presente estudo foram a de abordar um tema que não é muito presente na vida dos profissionais da educação; as dificuldades com os horários de presença dos servidores no campus, visto que estes se dividem em horários matutino, vespertino e noturno. Com a iniciativa proposta, espera-se que seja apenas o início de novos tempos com mais ênfase a qualidade de vida no trabalho em ambientes educacionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.C. et al. A influência de um programa de promoção de saúde na qualidade de vida de funcionárias do setor administrativo de uma instituição de ensino superior. *Revista Fisioterapia & Reabilitação*, v. 1, n. 2, p. 10-18, 2017.

ASSUNÇÃO, A.A.; VILELA, L.V. *Lesões por esforços repetitivos: guia para profissionais de saúde*. Piracicaba (SP): Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. 2009.

AVANCI, Lílian Tonete Ambrozim. *Qualidade de Vida no Trabalho: Um estudo com os servidores do Instituto Federal do Espírito Santo*. 2018. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Gestão Pública, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES, 2018.

BERNARDO, Karine Marques. *Qualidade de Vida no Trabalho dos Servidores Administrativos de uma Instituição Federal de Ensino Superior*. 2014. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão Organizacional, Universidade Federal de Goiás, Catalão-go, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Dor relacionada ao trabalho. Protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. *Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Panorama de Doenças Crônicas Relacionadas ao Trabalho no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

CHEREMETA, M.; PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; KOVALESKI, J. L. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. v. 03, n. 01, p. 01-15, 2011.

DIAS, D.F.; et. al. DIAS, Douglas Fernando et al. Atividade física insuficiente no tempo livre e fatores ocupacionais em professores de escolas públicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 68, 2017.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência*. LPA Edições, 2003.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B.B. *The motivation to work*. Transaction publishers, 2011.

LIMA, L. C. DE DEUS. *Atividade física, comportamento sedentário e componentes da síndrome metabólica em idosos*. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal do Triângulo mineiro, Uberaba.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MENDONÇA, César Henrique de. *Qualidade de Vida no Trabalho de professores da Rede Estadual de Educação de Minas Gerais*. 2016. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2016.

NASCIMENTO, Amilton da Costa. Análise sobre a qualidade de vida no trabalho dos servidores do instituto federal de Roraima campus boa vista centro. *Revista de administração de Roraima*, v. 6, n. 2, p. 322-345, 2016.

OWEN, N.; HEALY, G.N.; MATTHEWS, C E.; DUNSTAN, D.W. Too Much Sitting: The Population Health Science of Sedentary Behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, v. 38, n. 3, p. 105–113, 2010.

REIS JÚNIOR, D. R. *Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78*. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa.

SERRA, M.V.G.B.; PIMENTA, L.C.; QUEMELO, P.R.V. Efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador: uma revisão da literatura. *Revista pesquisa em fisioterapia*, v. 4, n. 3, 2014.

TELES, M.A.B.; BARBOSA, M.R.; VARGAS, A.M.D.; GOMES, V.E. *et al.* Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2014.

WITT, L.B.; OLSEN, D.; ABLAH, E. Motivating factors for small and mid-sized businesses to implement worksite health promotion. *Health promotion practice*, v. 14, n. 6, p. 876-884, 2013.

ZHU, C.; GENG, Q.; YANG, H.; CHEN, L.; FU, X.; JIANG, W. Quality of life in China rural-to-urban female migrant factory workers: a before-and-after study. *Health and quality of life outcomes*, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2013.

Capítulo 4

Percepções de Mulheres Transgênero sobre Cuidados Voltados à Busca da Identidade Vocal: relato de experiência

Christina César Praça Brasil

Tiago Nunes de Aguiar

Charleston Teixeira Palmeira

Rachel Cassiano de Sousa

Susana Vaz Freitas

Zélia Caçador Anastácio

INTRODUÇÃO

Uma definição aceita de voz "normal" não existe, notadamente porque não há padrões estabelecidos e também pelo fato de tentar estabelecer tais padrões pode ser comparado a definir o que constitui a aparência normal. A voz, assim como a aparência física, apresenta muitas variedades relacionadas aos fatores culturais, ambientais e individuais (COLTON; CASPER, 1996). A voz modifica-se durante o ciclo da vida e sofre interferências relacionadas às emoções, ao ambiente e aos reflexos do corpo e da mente. Portanto, diante dessas multi dimensões, definir uma voz como "normal" não é uma tarefa fácil.

Behlau *et al.* (2001) ressaltam a complexidade do conceito de voz "normal", ao pontuarem que a voz depende dos seguintes fatores: complexa e interdependente atividade de todos os músculos que servem a sua produção; da integridade dos tecidos do aparelho fonador; além da formação psicológica dos sujeitos, que também se expressa na voz, tornando-a uma das manifestações mais fortes da personalidade. Os autores ainda referem que a definição e a caracterização da voz são mais comple-

xas do que se pode imaginar, pois são passíveis de receber juízos de valor, como “voz agradável”, com propriedades acústicas esteticamente aceitáveis.

Nesse sentido, ao buscar um termo que contemple o conceito de voz “normal”, Behlau *et al.* (2001) sugerem o termo voz adaptada, que deve ser produzida sem esforço adicional e com conforto, não interferindo na inteligibilidade da fala, possibilitando a identificação correta do gênero e da faixa etária, além de favorecer a transmissão da mensagem emocional do discurso e adaptada ao grupo social, profissional e cultural do sujeito.

Considerando o parâmetro “voz e identificação de gênero”, no qual a voz faz seu papel social de distinguir determinado gênero, observa-se um avanço nas discussões do tema quando questões sobre as transgeneracionalidades são pautadas. A voz constitui um dos caracteres sexuais secundários que se alteram durante a puberdade devido a alterações endócrinas. As pessoas do sexo feminino têm pregas vocais mais finas, o que provoca vibração mais rápida e origina um tom de voz mais alto/agudo. Indivíduos do sexo masculino, avançam na puberdade para uma voz mais grave, o que se associa à descida secundária da laringe, em consequência do aumento da testosterona. Na idade adulta, as cordas vocais de um indivíduo de sexo masculino medem de 17 a 21 milímetros, enquanto no sexo feminino a dimensão varia de 11 a 15 milímetros (SOUSA, 2017).

Segundo Benevides e Nogueira (2020), a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) estabelece que o conceito de identidade de gênero se traduz na profunda e sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascimento. São considerados três tipos de identidade de gênero: não binárias (pessoas que não se sentem pertencentes exclusivamente a um único gênero); cisgênero (pessoas que se identificam com seu sexo biológico); e transgênero (pessoas que não se identificam com seu sexo biológico). As pessoas transgênero possuem uma identidade de gênero diferente do sexo que lhes foi designado no momento de seu nascimento.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), estabeleceu metas a serem cumpridas até 2030, o compõe Agenda 2030, as quais objetivam

favorecer o desenvolvimento sustentável da humanidade em todo o planeta, observando o atendimento das principais e mais emergentes necessidades das nações, a partir de ações que perpassam os escopos político, econômico, ambiental e social.

Na Agenda 2030, estão contemplados 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais constituem 169 metas. Nessa perspectiva, ODS 5 aborda o tema ‘Igualdade de Gênero’, buscando o alcance da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as meninas e mulheres. Esse ODS está subdividido em nove submetas, quais sejam:

“...acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte; eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas; eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros; reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado; garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança; assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos; realizar reformas para dar às mulheres direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso à propriedade e controle sobre a terra; aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres; e adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas.” (ONU, 2015).

Apesar da primeira submeta do ODS 5 versar sobre a eliminação de toda e qualquer forma de discriminação contra mulheres e meninas de todo o planeta (ONU, 2015; ÉBOLI, 2020), no Brasil, destaca-se a seguinte interpretação:

“Eliminar todas as formas de discriminação de gênero, nas suas intersecções com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as meninas e mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas.” (IPEA, 2019)

Éboli (2020) destaca que as metas estabelecidas nos ODS precisam ser monitoradas em cada país, por isso, a ONU determinou que as leis de cada nação possam dar conta do cumprimento do que preconiza a Agenda 2030. Nesse âmbito, o Brasil, apesar da sua Constituição Federal e do amplo leque legislativo, tem dificuldades nesse acompanhamento. Um exemplo disso é a evidente discriminação contra as mulheres trans brasileiras, pois, apesar de haver reconhecimento do nome social, por meio do Decreto nº 8.727/2016, e da designação legal das pessoas transgênero (aquelas que realizaram ou não a cirurgia de transgenitalização, ou passaram por tratamentos hormonais), o país está no topo da lista dos que apresentam as maiores taxas de assassinatos de travestis e transexuais (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020), o que constitui uma dura realidade.

Para evitar o cenário de violência vivenciado, as pessoas trans têm buscado estratégias e cuidados especializados em saúde para ampliar a sua identidade de gênero. Nessa perspectiva, a clínica fonoaudiológica, área habilitada para atuar em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia da comunicação oral e voz, no aperfeiçoamento dos padrões da fala e voz, dentre outros (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 1981), tem concentrado preciosa atenção nas questões voltadas às pessoas transgênero, em especial às mulheres transgênero (doravante mulheres trans) em busca da readequação do comportamento comunicativo.

Com base em dados do Ministério da Saúde, Lopes, Dorfman e Dornelas (2021) apontam que, no Brasil, existem apenas 14 ambulatórios do processo transexualizador, os quais contam com fonoaudiólogos na execução de ações de reabilitação, habilitação e expressividade vocal.

Na procura por tratamento fonoaudiológico e cirurgias laríngeas, as mulheres trans buscam ser identificadas como do gênero feminino, nas situações de vida diária e, principalmente, nos momentos em que o ouvinte não tenha acesso a pistas visuais, a exemplo dos contatos por ligação telefônica (SCHMIDT et al., 2018). Nesse sentido, para a melhor compreensão do processo de busca por uma identidade vocal pelas mulheres trans, torna-se fundamental o entendimento de conceitos relacionados às questões que envolvem essa população.

Importantes mudanças ocorreram a partir do ano de 2019, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou, durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, a retirada da classificação da transexualidade como transtorno mental da 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-11). O termo passou a ser denominado “incongruência de gênero” e a ser considerado como um fator de identidade, fortalecendo as discussões em prol da minimização de aspectos discriminatórios nesta população (WHO, 2019).

No dia 09 de janeiro de 2020, foi publicada no Diário Oficial da União, a Resolução – CFM Nº 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. A resolução trata da redução de 18 para 16 anos a idade mínima para o início de terapias hormonais e de 21 para 18 anos a idade mínima para a realização de procedimento cirúrgico de adequação sexual. Nessa perspectiva, a população trans recorre aos serviços de saúde em busca por atendimentos necessários para dar início ao processo de transição sexual congruente com a sua identidade de gênero. A procura de mulheres trans por serviços públicos de saúde especializados é crescente, principalmente pela cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020). Esses procedimentos requerem uma equipe integrada de profissionais de saúde que sejam aptos a acompanhar essa demanda, tais como: ginecologistas, psiquiatras, endocrinologistas, cirurgias plásticas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros.

No Brasil, as informações epidemiológicas são incipientes em relação à população trans. De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais - ANTRA (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020), 2,0% da população brasileira integra a categoria trans e o país lidera o ranking de assassinatos de pessoas trans e travestis, com um número médio de 118 casos, de 2008 a 2018, ficando à frente do México, que possui média de 65 casos por ano.

Uma atualização, referente ao período de 1 de outubro de 2020 a 30 de setembro de 2021, aponta novamente o Brasil na liderança de assassinatos de pessoas trans e travestis, com 125 mortes nesse período; seguido do México, com 65 casos e dos Estados Unidos, com 53. Destaca-se que a vítima mais jovem no Brasil tinha de apenas 13 anos. Na análise por estados, no período de 2017 a 2021, São Paulo ocupou o 1.º lugar, com 105 casos; seguido do Ceará, com 73, e da Bahia, com 72 (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020). Na cidade de São Paulo, temos o índice de 48% de mulheres trans, 23% de homens trans, 23% de travestis e 6% de pessoas que se consideram não binárias (CEDEC, 2021).

A construção da identidade vocal da mulher trans

A era da informação é o período que vem logo após a era industrial, mais especificamente, a década de 1980. Com a expansão da informação gerada pela internet, atualmente, a era digital produz diversos conteúdos consumidos por crianças, jovens, adultos e idosos em todo o mundo, sendo a aparência e a imagem fatores importantes para a inclusão no meio digital e na sociedade. Nessa perspectiva, muitas mulheres trans investem na modelagem de seus corpos, por meio de procedimentos como a hormonioterapia e cirurgias plásticas, em busca da beleza e da construção de gênero. Isso tudo influencia no grau de “passabilidade social” da mulher trans, que são características que os sujeitos utilizam do gênero com o qual se identificam para a obtenção do reconhecimento social (FERREIRA, 2017). Especula-se que quanto mais próxima for a aparência de uma mulher trans com uma mulher cisgênero, menores serão os riscos de violência e de preconceito social. Além da aparência facial e física, muitas mulheres trans possuem preocupações em relação à sua voz, almejando uma voz feminina e o mais distante possível da voz grave masculina.

Desempenhando papel fundamental na construção da identidade das mulheres trans, a voz é uma das principais queixas deste público ao ser atendido nos serviços de saúde especializados; visto que a identificação

da voz masculina pelo outro traz insegurança, medo, vergonha e constrangimentos sociais, existindo relatos de preconceito, agressões físicas e verbais nos grupos assistidos. No processo de transexualização, muitas mudanças ocorrem e a pessoa que se submete a isto precisa ser informada e apoiada nessa trajetória. As adequações na saúde física e mental são uma realidade e perpassam todas as etapas, desde o momento em que a pessoa assume a sua identidade de gênero. Nessa perspectiva, a voz, enquanto elemento de expressividade, é um dos elementos que precisam ser cuidados e observados, facilitando à pessoa trans maior conforto e qualidade de vida, no que se relaciona à saúde vocal e as relações sociais (LINS et al., 2020).

Ressalta-se que o processo de identidade vocal, independentemente do gênero da pessoa, é individual, o que a deixa livre para a escolha por mudanças vocais ou não. Assim, estima-se que muitas mulheres trans se identificam com seus padrões vocais e não procuram modificá-los; porém, grande parte das mulheres trans buscam uma nova construção identitária de suas vozes, realizando tratamentos e intervenções que possam identificá-las vocalmente como mulheres cisgênero. Algumas delas partem para tratamentos hormonais, mas os resultados não são satisfatórios, pois mesmo que as mulheres trans tenham realizado hormonioterapia por muito tempo, são consideradas nulas as modificações na frequência fundamental da voz ou mesmo na redução da massa das pregas vocais. Ou seja, a hormonioterapia não revela efeitos de agudização da voz não gerando transformações que a caracterizem como uma voz feminina (SCHMIDT et al., 2018).

Para disfarçar suas vozes no meio social, estas mulheres acabam por realizar de forma independente ajustes em seus aparelhos fonadores para caracterizar a voz feminina. Estes, porém, são, muitas vezes, bem distantes dos padrões vocais das mulheres cisgênero, o que ocorre pela falta de orientação profissional. O efeito dessa ação são danos e queixas vocais, que são expressos por referências a extremo cansaço vocal ao fim do dia e falta de identificação da voz utilizada. As mulheres trans que não recebem

atenção especializada também relatam que estes ajustes vocais são impossíveis de serem mantidos por um longo período de tempo e acabam sendo percebidos pelos ouvintes (LINS et al., 2020). Dessa forma, muitas pessoas transgênero passam por situações de julgamento de suas vozes diariamente pelos ouvintes, o que pode ter impacto significativo no sujeito durante a construção da sua nova identidade de gênero (SCHMIDT et al., 2018).

Como forma de amenizar os problemas mencionados, muitas mulheres trans procuram realizar tratamentos fonoaudiológicos e recorrem também a cirurgias, como a tireoplastia e a glotoplastia de Wendler, para facilitar a sua identificação como gênero feminino nas situações de vida diária (SCHMIDT et al., 2018).

Apesar da existência de ambulatórios voltados ao processo transexualizador, o sistema de saúde público brasileiro carece de serviços especializados na saúde das pessoas transgênero. Essa população costuma apresentar dificuldades no acesso e no acolhimento, especialmente na atenção básica (OLIVEIRA; ROMANINI, 2020). Isto fere o princípio do acesso universal à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS (LIONÇO *et al.*, 2009). Dessa forma, nos processos de transexualização, muitas mulheres trans recorrem a serviços de saúde privados, na tentativa de buscar as adequações necessárias e uma melhor qualidade de vida. Isto é o que se observa no município de Fortaleza - Ceará, que, atualmente, dispõe de apenas dois serviços de saúde vocal voltados ao público trans, sendo um público (Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI) e outro privado (clínica particular), onde se observa uma maior frequência de mulheres trans entre os pacientes.

Como parte das transformações das mulheres trans, a busca pelo acompanhamento fonoaudiológico é crescente, sendo uma realidade que precisa ser acompanhada pelos profissionais de saúde que fazem parte do processo de transformação. Na realidade clínica diária do fonoaudiólogo que atua com mulheres trans, é possível observar que muitas delas demonstram urgência na modificação do padrão vocal como forma de melhor inserção social, dentre outras necessidades pessoais e sociais.

Partindo da vivência de um dos pesquisadores na prática fonoaudiológica clínica junto a pessoas trans, nos dois serviços (público e privado) especializados em voz de pessoas trans da cidade de Fortaleza, a realização deste estudo justifica-se pela necessidade de descrever as estratégias aplicadas com mulheres trans que buscam identidade vocal, além de melhor compreender as percepções da população atendida para uma melhoria contínua do processo de cuidado. Pretende-se, ainda, compartilhar a presente experiência para inspirar a implantação de outros serviços que possam realizar esse tipo de atendimento e ampliar a acessibilidade das pessoas trans aos serviços de atenção à saúde vocal.

Diante do exposto, este trabalho objetiva relatar uma experiência sobre as percepções de mulheres transgênero em relação ao tratamento fonoaudiológico voltado a busca da identidade vocal.

METODOLOGIA

Os ambulatórios voltados ao cuidado vocal de pessoas trans, em que as experiências descritas neste capítulo aconteceram, estão inseridos em dois serviços distintos, na cidade de Fortaleza, Ceará, sendo um público e outro privado. O primeiro está inserido em uma clínica escola de uma Universidade Privada que realiza atendimentos pelo SUS a essa população desde 2017, e o outro faz parte de uma clínica particular, que iniciou suas atividades para o público trans em 2016. Os serviços contam com equipes interdisciplinares, com otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos.

Destaca-se que, nos serviços aqui descritos, há uma predominância de mulheres trans que buscam cuidados com a voz para favorecer a identidade de gênero, por isso, este capítulo versa exclusivamente sobre o atendimento a elas.

Na rotina dos ambulatórios voltados ao acompanhamento vocal das mulheres trans, o atendimento inicia pela anamnese, que é seguida pela consulta, primeiro encontro ou entrevista inicial. Nesse ambiente, é requerido que os profissionais assumam uma postura de acolhimento e escuta dos anseios, desejos e expectativas de cada paciente, pois a ocasião

envolve uma situação especial de interação, que costuma ser social e emocionalmente muito marcada pelos papéis definidos, onde a intersubjetividade começa a ser construída. Por isso, esse tipo de ambulatório é um importante local de interlocução, onde alguns temas são recorrentes e bastante evidenciados, tais como: falta de identificação vocal e referência a frequência fundamental grave, receio de usar a voz em público e ao telefone, sentimentos negativos no uso da voz e preconceitos sofridos, busca da imagem vocal ideal e uso da voz no ambiente de trabalho.

Deste a primeira sessão, o fonoaudiólogo deve lançar perguntas norteadoras e uma delas se configura como necessária para o entendimento das expectativas que essas mulheres carregam: ‘Qual a voz ideal para você atualmente?’ Nesse contexto, as mulheres ficam livres para expressar como elas idealizam a voz e essas falas precisam ser analisadas e interpretadas pelo fonoaudiólogo para subsidiar o planejamento e a execução das condutas terapêuticas.

Após as respostas, o fonoaudiólogo apresenta à paciente o plano terapêutico e as sessões passam a ser realizadas uma ou duas vezes por semana. Todos os atendimentos são registrados em prontuários físico e eletrônicos e as vozes são reavaliadas periodicamente, voltando-se sempre às questões norteadoras.

Para a avaliação vocal inicial das pacientes, utilizam-se os seguintes testes e instrumentos: teste de relação s/z, teste de contagem, análise de leitura e fala espontânea e análise acústica da voz utilizando o software Voxmetria (CTS Informática). Reavaliações vocais são realizadas semanalmente, ao longo de todo o tratamento, a partir de análises acústicas da voz, com o Voxmetria, procedimento este que possibilita à equipe de saúde e a paciente acompanhar a sua evolução, rumo a uma voz mais alinhada com sua identidade de gênero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência vivenciada na condução dos ambulatórios de voz voltados a pacientes transgênero mostra que as mulheres assistidas, inicialmente, costumam relatar a falta de identificação com o padrão de voz

grave que apresentam. Essas vozes que lhes causam estranheza, na maioria dos casos, variam de 80Hz a 150Hz de frequência fundamental, o que faz com que muitas mulheres trans atrelem essa característica de voz a identificação do gênero masculino. Isto ocorre pelo fato do padrão vocal do homem ser tipicamente grave e, geralmente, as mulheres trans não referem outros aspectos vocais como determinantes para a confirmação de vozes femininas. Poucas pacientes citam os aspectos expressivos da voz, como as inflexões, a melodia e a velocidade de fala, como queixa para as mudanças no processo de construção de identidade vocal feminina. Outras não conseguem diferenciar as características das vozes masculinas em relação às vozes femininas, o que evidencia a falta de informação e a visão distorcida deste público na busca incessante pelo padrão de voz aguda.

Os relatos de preconceito, que emergem durante as sessões terapêuticas, são constantes e figuram como fator decisivo na busca de uma nova confirmação vocal. Muitas mulheres trans referem episódios de agressão social que sofrem, diante da identificação do gênero causada pela voz (com características masculinas em um corpo com imagem feminina). Isto interfere diretamente na passabilidade destas pessoas na sociedade, causando muita dor emocional, medo e sensação de falta de ambiência. Assim, muitas dessas mulheres calam-se em ambientes públicos ou utilizam suas vozes em intensidade fraca, ou até mesmo tentam disfarçar, utilizando outros registros vocais para que não sejam percebidas e se sintam mais seguras socialmente.

Outra dificuldade frequente para estas pacientes é a utilização da voz ao telefone, pois, muitas vezes, os interlocutores (ouvintes) as tratam como pessoas do gênero masculino, conforme as identificam pela voz. Isto provoca situações constrangedoras e fazem com que muitas dessas mulheres evitem as ligações telefônicas e o envio de áudios em aplicativos de conversa para não se submeterem a situações embaraçosas.

Há muitos relatos de pacientes sobre o fato de não conseguirem ouvir suas próprias vozes em gravações de áudio, pois muitas referem que aquela voz não tem nenhuma identificação com a sua pessoa e traz sen-

timentos de raiva, tristeza, medo e até quadros de depressão pelo isolamento social causado pela falta de comunicação social.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, muitas pacientes procuram atividades profissionais que não utilizem diretamente a voz como instrumento de trabalho, pois existem diversos casos de preconceito e agressão na identificação das mulheres trans pelo público em geral. Ao encontro do acolhimento no mundo do trabalho, Palmeira (2021), em sua tese sobre a construção de um modelo de locução na audiodescrição de filmes, destaca que as referências sobre a identidade e o papel social ou do sexo biológico dos participantes de sua pesquisa guardam um interesse mais epidemiológico que prático, visto que mulheres cis ou trans podem apresentar vozes graves ou mesmo masculinizadas; e homens cis ou trans, vozes agudas, infantilizadas ou feminilizadas. O autor compreende que a qualidade da locução na audiodescrição de filmes não se correlaciona ao sexo ou gênero da pessoa que a produz, mas à sonoridade que oferece, se está ou não em consonância com o produto audiovisual a ser audiodescrito.

Observa-se ainda, na experiência descrita, que a inserção de pessoas transgênero no mercado de trabalho ainda é um espaço de discriminação e preconceito, e continua segregacionado e excludente. Porém, atualmente, muitas organizações encontram-se, tendo em vista os princípios de responsabilidade e inclusão social, procurando adotar uma cultura voltada à diversidade, visando inserir os excluídos. Contudo, esse cenário profissional para as pessoas trans gera um desfavorecimento econômico e a marginalização social (MOURA; LOPES, 2017).

As pacientes relatam que, quando buscam o cuidado fonoaudiológico, demonstram muita alegria e entusiasmo com a possibilidade da construção de uma nova identidade vocal e acredita que esse acompanhamento poderá diminuir ou até mesmo eliminar estas situações de constrangimento social. Assim, quando são questionadas sobre a “voz ideal”, muitas solicitam somente uma voz que seja feminina e gere uma maior passabilidade destas pessoas na sociedade e no mundo do trabalho. Elas expressam que a imagem vocal almejada por elas também inclui aspectos como voz

mais delicada, voz aveludada, voz mais fina, voz feminina natural, dentre outras características, como desejo desta nova conformação vocal.

Os ambulatorios descritos já acolheram mais de 40 mulheres trans e têm obtido resultados bastante positivos, que cursam com o atendimento das expectativas das pacientes e a sua maior inclusão social e profissional. Relatos de bem-estar e realização pessoal perpassam os discursos e demonstram elevado nível de satisfação com os cuidados fonoaudiológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observa-se que o acompanhamento vocal fonoaudiológico direcionado às mulheres trans potencializa a inserção destas pessoas na sociedade, no mercado de trabalho, em outros espaços e grupos sociais, reduzindo as vulnerabilidades e desconfortos, o que se alinha com o que preconiza o ODS 5. Construir uma imagem vocal que seja adaptada às transformações que ocorrem nos corpos e nas vozes de mulheres trans proporciona uma melhor qualidade de vida, maior liberdade, segurança social e na comunicação.

A experiência relatada mostra-se relevante e é confirmada pelos discursos das mulheres, diante da satisfação com os resultados obtidos. Assim, pode servir de inspiração para os serviços e as políticas de saúde para que ampliem o acesso da população trans a esse tipo de intervenção.

REFERÊNCIAS

BEHLAU, Mara; AZEVEDO, Renata; PONTES, Paulo. Conceito de voz normal e conceito de disfonia. In: BEHLAU, Mara (Org.). *Voz – o livro do especialista*. v. 1. Rio de Janeiro: Lovise, 2001.

BENEVIDES, B.G.; NOGUEIRA, S. N. B. (Orgs). Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, *ANTRA*, IBTE, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2013.

CEDEC - CENTRO DE ESTUDOS DE CULTURA CONTEMPORÂNEA. Mapeamento das Pessoas Trans na Cidade de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo, 2021.

COLTON, Raymond; CASPER, Janina. Compreendendo os problemas da voz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Lei Nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981*. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Brasília, 1981. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm. Acesso em: 21 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.265/2019. [Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução nº 1.955/2010]. *Diário Oficial da União*; Brasília, 2020.

DORNELAS, Rodrigo; GRANZOTTI, Raphaela Barroso Guedes; SOUZA, Alberto Silva; JESUS, Ane Kesly Batista de; SILVA, Kelly da. Qualidade de vida e voz: a autopercepção vocal de pessoas transgênero. *Audiology Communication Research*, São Paulo, p. 1-5, 2020.

ÉBOLI, G. IGUALDADE DE GÊNERO ATÉ 2030: O BRASIL ESTÁ PREPARADO? *O Cosmopolítico*. v. 7 n.2 - dezembro de 2020, p. 1-9.

FERREIRA, S. R. S. O direito ao manejo dos próprios dados, a autodeterminação e a passabilidade trans: diálogos a partir de um relato. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 5., 2017, Campina Grande. Anais [...]. Campina Grande: Realize, 2017. p. 1-11. Disponível em: <https://bit.ly/3ryd2r0>. Acesso em: 12 out. 2019.

IPEA. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas: o que mostra o retrato do Brasil? Cadernos ODS, 2019, 62 p. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9378>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LIONÇO, Tatiana; ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 1141-1149, 2009.

LINS, Ana Paola de Castro; AGUIAR, Tiago José Nunes de; BRILHANTE, Aline Veras Moraes; e BRASIL, Christina César Praça. Educação e trabalho interdisciplinar na assistência à saúde de pessoas transgênero - relato de experiência. In: TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; MENEZES, Joyceane Bezerra de (org.). *Gênero, Vulnerabilidade e Autonomia*. Indaiatuba: Editora Foco, 2020. p. 449-462.

LOPES, João; DORFMAN, Maria Elza Kazumi Yamaguiti; DORNELAS, Rodrigo (org.). A voz da pessoa transgênero - desafios e possibilidades na clínica vocal. In: LOPES, Leonardo; MORETI, Felipe; RIBEIRO, Livia Lima; PEREIRA, Eliane Cristina. *Fundamentos e Atualidades em Voz Clínica*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2019. Cap. 13. p. 173-179.

MADUREIRA, Sandra. Expressividade da fala. In: KYRILLOS, Leny Rodrigues. *Expressividade: da teoria à prática*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. Cap. 2. p. 15-25.

OLIVEIRA, Itauane de; ROMANINI, Moises. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, p. 1-14, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

PALMEIRA, Charleston Teixeira. *Programa de aperfeiçoamento da locução na audiodescrição de filmes: uma contribuição da Fonoaudiologia para a formação de audiodescritores*. 2021. F. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade Estadual do Ceará, 2021. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=105856>. Acesso em: 07 ago. 2022.

PEDRINI, Mateus Dias; ROCON, Pablo Cardozo; RODRIGUES, Alessandro; ZAMBONI, Jésio. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 2517-2525, 2016.

SANTOS, Heloisa Helena de Almeida Neves Matta dos; AGUIAR, Andréa Gomes de Oliveira; BAECK, Heidi Elisabeth; VAN BORSEL, John. Tradução e avaliação da versão em português do Questionário de Autoavaliação Vocal para Transsexuais de Homem para Mulher. *Revista Codas*, São Paulo, p. 89-96, 2015.

SCHMIDT, Jeanne Gabriele; GOULART, Bárbara Niegia García de; DORFMAN, Maria Elza Kazumi Yamaguti; KUHL, Gabriel; PANIAGUA, Lauren Medeiros. O desafio da voz na mulher transgênero: autopercepção de desvantagem vocal em mulheres trans em comp. *Revista CEFAC*, São Paulo, p. 79-86, 2018.

SOUSA, Décio. *Puberfonia e as alterações da voz na adolescência*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/31270>

VIANA, L. S. Qualidade de vida em voz de professores da Universidade Federal de Viçosa. *Revista Ponto de Vista, [S. l.]*, v. 7, n. 1, p. 5–15, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Seventy-second World Health Assembly. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 16 abr. 2020.

Capítulo 5

O Ensino da Saúde na Educação Física Escolar

Thaidys da Conceição Lima do Monte
Itamárcia Oliveira de Melo
Maria Petrília Rocha Fernandes
Heraldo Simões Ferreira

INTRODUÇÃO

A Educação Física se constitui como uma área do conhecimento que faz parte da atuação em saúde e educação, podendo ser um elo entre as duas áreas e possibilitando, assim, uma ampliação das discussões sobre a temática da saúde também no âmbito educacional. O trabalho desenvolvido na área de Educação Física possui um caráter interativo de forma especial tanto com a saúde quanto com a educação (BRASIL, 1997).

Os estudos de Darido e Rangel (2005) salientam que Educação Física é uma disciplina que procura mais do que unicamente ensinar a fazer, pois tem o objetivo de que os alunos obtenham tanto a contextualização das informações, como também possam aprender a se relacionar com os colegas, reconhecendo os valores que estão por trás de tais práticas corporais. Assim, a Educação Física não se restringe somente ao desenvolvimento da prática, mas permite compreender, refletir e transformar os conhecimentos adquiridos em bases sólidas para o desenvolvimento integral.

Neste contexto, importa destacar que a formação inicial nessa área pode ser no âmbito da licenciatura, onde o campo de atuação refere-se mais à área escolar, como professor da educação básica, que abrange a educação infantil, o ensino fundamental e médio, podendo também atuar no ensino superior e no âmbito do bacharelado, em que ele não

pode exercer atividades em escolas – o seu campo de atuação refere-se a Hotéis, Spas, Academias e dentre outros. Conforme o parecer CNE/CES Nº:584/2018 do Conselho Nacional de Educação, o graduado licenciado em Educação Física atuará na docência do componente curricular Educação Física, tendo como referência a Legislação própria do Conselho Nacional de Educação, especificamente, a Resolução CNE/CP 02/2015, enquanto o graduado bacharel em Educação Física atuará em todos os campos de intervenção profissional da Educação Física, exceto a docência na Educação Básica.

No espaço escolar, a Educação Física é compreendida como um componente curricular obrigatório em toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio), conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (BRASIL, 1996). A escola, então, deve ser defendida como um local de cuidado com a saúde, pois é espaço de formação de pessoas e pode ser promotora de um estilo de vida mais saudável. Sobre isso, Ferreira (2012) defende a escola como sendo um ambiente educacional que “possui os requisitos necessários para ser o momento de partida na busca pelo conhecimento em saúde mediante ações de Educação e Promoção da saúde” (p. 37).

A formação continuada de professores está relacionada com um processo dinâmico formativo que promove uma reflexão coletiva dos envolvidos. Para Imbernón (2011), essa formação continuada ou permanente possui algumas características que se fundamentam em princípios, dentre eles, destacamos: “aprender continuamente de forma colaborativa, participativa, isto é, analisar experimentar, avaliar, modificar etc., juntamente a outros colegas ou membros da comunidade” (p. 73).

Nesse sentido, a formação continuada de professores para o ensino da saúde na escola deve contemplar a construção de relações e interações, o processo de troca de conhecimentos que coexistem no processo de ensino e de aprendizagem pelos professores de Educação Física e os alunos.

Com isso, entendemos que os conhecimentos e vivências formativas devem ser compartilhados entre os professores de Educação Física para auxiliar no fortalecimento dessa área como um campo científico e forma-

tivo educacional; nessa perspectiva, os professores passam a ser sujeitos-autores dessa formação decorrente de ações efetivadas a partir da práxis pedagógica. Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos professores de Educação Física acerca do ensino da saúde na escola.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Minayo (2013) refere que a abordagem qualitativa permite descobrir processos sociais ainda pouco conhecidos relativos a grupos particulares, com a revisão e a criação de novos conceitos e categorias durante a pesquisa.

A pesquisa se insere também, na perspectiva de estudo de caso, pois como afirmam Lüdke e André (2013), o estudo de caso é aplicado quando o pesquisador tiver interesse em pesquisar uma situação singular, particular, visando a descoberta e a interpretação em contexto, pela multiplicidade dimensional de certo cotidiano.

Os sujeitos da pesquisa foram 10 (dez) professores de Educação Física de escolas públicas municipais e estaduais do município de Canindé-CE e cidades circunvizinhas. Segundo dados das Secretarias Municipal e Estadual de Educação, atualmente, o município possui 20 professores atuando no ensino fundamental II do 6º ao 9º ano, ou seja, lotados nas escolas municipais; e 12 professores no ensino médio lotados nas escolas estaduais.

Os sujeitos selecionados para a amostra foram convidados a participar da pesquisa pelos autores do estudo em seus ambientes de trabalho, depois da devida autorização da Escola. Na oportunidade, foram explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos para a coleta dos dados, bem como a solicitação para a realização da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE. Vale ressaltar que a identidade dos sujeitos foi preservada, eles podiam desistir da pesquisa em qualquer etapa e não sofreram nenhum risco ou dano físico, mental ou social.

Para coleta de dados foi utilizado uma entrevista semiestruturada com quatro questões subjetivas que serviram como questões geradoras da entrevista, onde a partir delas outras poderiam surgir. Elas foram realizadas com os professores de Educação Física que integraram a amostra. Na entrevista semiestruturada, ao contrário do que ocorre com a estruturada, o entrevistador fica à vontade para progredir qualquer situação a variados destinos que julgar necessário, isto consiste em uma maneira de analisar um maior horizonte de uma dada questão (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Na análise dos dados ancoramo-nos em Minayo (2013) e utilizamos as fases de análise temática defendida pela autora, as quais consistem em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2013).

RESULTADOS

Com base na análise das entrevistas realizadas foi possível organizar os dados em duas categorias temáticas, seguindo as referências pautadas na análise temática de Minayo (2013). Os depoimentos foram organizados em duas categorias elaboradas a partir das falas dos sujeitos da pesquisa: **Saúde: aspectos conceituais e históricos**, e **A saúde no contexto escolar**.

Saúde: aspectos conceituais e históricos

Na primeira pergunta os professores foram questionados sobre qual a relação existente entre Promoção da Saúde e Qualidade de Vida? Em relação ao primeiro questionamento, os professores/ investigados assumem posicionamentos que levam em consideração a existência de uma relação direta entre promoção da saúde e qualidade de vida, conforme podemos perceber nos excertos a seguir:

Muitos buscam essa tão sonhada qualidade de vida, mas levando em consideração alguns conceitos, nota-se que a mesma difere de

pessoa para pessoa e se modifica ao longo do tempo (CACTO 8) Saúde e qualidade de vida estão estreitamente relacionadas, fato que podemos reconhecer no nosso cotidiano. Isto é, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Em síntese, promover a saúde é promover a qualidade de vida. (CACTO 4) Promoção da saúde pode ser entendida como o ato de educação ou incentivo a hábitos saudáveis, reconhecimento daquilo que é benéfico e do que é prejudicial para a saúde. Através desse conhecimento, o indivíduo saberá que atitudes pode tomar na busca pela qualidade de vida. Podendo assim, ser capaz de buscar seus direitos (políticas públicas), mudar de hábitos, entre outros. (CACTO 7)

A promoção da saúde, representa uma estratégia eficaz para enfrentar os mais variados problemas de saúde da população brasileira. (CACTO 2)

A promoção da saúde e a qualidade de vida possuem uma relação dialógica e de interação que propicia um entendimento sobre a saúde e podem inferir ações, atitudes e possibilidades para se trabalhar com essa temática no contexto escolar. Os sujeitos desta investigação aludem uma discussão que se fundamenta nessa visão, de parceria, pois percebemos em suas colocações que a promoção da saúde leva os indivíduos a adquirirem uma melhor qualidade de vida. Estrategicamente, a promoção da saúde se configura como elemento de contribuição em relação à saúde, tanto de forma individual quanto coletiva, e as atitudes e ações de cada um podem reverberar na qualidade de vida.

O que é posto pelos professores/cursistas na participação do fórum corrobora o que é apresentado no Programa Nacional de Saúde – PNS (BRASIL, 2011), quando afirma que a saúde se configura como um processo de construção e produção social que possui determinantes múltiplos e uma complexidade, exigindo, assim, uma atuação mais ativa das pessoas que estejam incluídas ou de alguma forma implicadas em sua produção, tanto no processo de análise quanto no de formulação de in-

tervenções que busquem a melhoria do processo de qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, tanto a promoção de saúde quanto a qualidade de vida estão relacionadas diretamente ao contexto de saúde da sociedade, seja ela a escolar, foco de nossa investigação, ou a sociedade de uma forma geral.

Outro ponto de análise é a busca por essa qualidade de vida a partir da adoção de um estilo de vida saudável por parte do próprio indivíduo, como apontam as Cartas de Promoção da Saúde ao destacarem que a “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2002a, p. 19). Apreendemos pelo trecho que este fundamenta as falas dos professores/cursistas ao apontar a relação existente entre os dois conceitos, e vai além quando defende o processo de formação da comunidade para, com base nesse conhecimento, atuar de forma ativa e efetiva em sua qualidade de vida, como foi colocado pelo cacto 7. Destacamos aqui a colocação utópica do cacto 8, ao afirmar que “Muitos buscam essa tão sonhada qualidade de vida”, colocando talvez a qualidade de vida como algo distante de ser alcançado ou como algo muito desejado pelos indivíduos, o que nos leva a inferir que essa visão pode interferir nas próprias discussões sobre a temática na escola, fugindo um pouco da realidade atual.

O segundo questionamento Como o ensino da saúde na escola pode auxiliar na compreensão sobre os conceitos de Promoção da saúde e de qualidade de vida? Percebemos que essa pergunta está mais relacionada ao aspecto de compreensão dos conceitos como auxiliares para o ensino da saúde na escola e, nesse sentido, os sujeitos destacam um entendimento de prática pedagógica voltada para ações significativas dentro da escola.

A partir de boas práticas pedagógicas, que envolverá a discussão sobre os temas de forma mais abrangente e auto perceptiva, iniciando primeiramente com vivências de autoconhecimento. A partir do momento em que o indivíduo passa a se perceber e

entender o meio em que vive, viabilizará a identificação dos aspectos que englobam a saúde, tendo como consequência os resultados para a qualidade de vida ou melhorias para ela. (CACTO 4)

Na escola esse ensino, pode ser útil, para conscientizar os alunos, a importância de uma vida saudável, para se ter a tão sonhada qualidade de vida, levando em consideração que essa geração de alunos, vem com muitos problemas relacionados a não qualidade de vida. (CACTO 3)

Na escola, discutir e refletir saúde pode estimular muitas pessoas a buscarem uma melhor qualidade de vida, tendo em vista o conhecimento que será obtido nestes momentos. (CACTO 5).

O ensino de saúde pode sim auxiliar e prevenir, os conceitos podem compor a grade curricular de modo interdisciplinar (por exemplo) com auxílio e participação de profissionais da área (convidados) o importante é informar de modo que a prevenção seja entendida, apresentada e dinamizada, promovendo interação. (CACTO 10).

Aprendemos, pelas respostas dos professores, que a escola se configura como um espaço ou ambiente que pode favorecer as discussões e reflexões no contexto da saúde, incorporando boas práticas pedagógicas para isso, as quais podem contribuir com a qualidade de vida a partir do entendimento e da percepção do indivíduo sobre o meio que o cerca e no qual ele vive, como posto pelo cacto 4.

A conscientização foi uma ação que apareceu na resposta do cacto 3 como sendo uma auxiliar para a compreensão dos conceitos para o ensino da saúde na escola, aliada ao conhecimento, estímulo e interação, que também foram citados pelos cactos 5 e 10. Essas colocações corroboram Ferreira (2012), quando o autor defende que a escola deveria ser o local de contato primário dos alunos com a compreensão de saúde, apoiada por outros setores partícipes desse processo, como a família e as políticas públicas. O autor afirma ainda que “o ambiente educacional possui os requisitos necessários para ser o momento de partida na busca pelo conhecimento em saúde mediante ações de Educação e Promoção da saúde” (FERREIRA, 2012, p. 37).

O ensino da saúde foi apontado como meio de auxiliar e prevenir, podendo o aspecto conceitual oportunizar uma interação, mas, para tanto, ele deve estar apresentado na matriz curricular da escola, provendo uma interdisciplinaridade, como apresentado pelo cacto 10. Essa ideia de inserção da temática na matriz da escola possibilita uma discussão mais integradora para que se possa ter uma interação entre todas as disciplinas da escola. Assim, discutir sobre saúde não pode e não deve se limitar apenas à disciplina de Educação Física; além disso, deve também perpassar a ideia de transversalidade proposta em alguns documentos norteadores, como os PCNs (1997), por exemplo, e ampliar para um contexto de transdisciplinaridade que possui um grau máximo de relação entre disciplinas de diferentes áreas de conhecimento.

Dando prosseguimento, os professores foram questionados sobre quais os outros fatores contribuem para a saúde da população, além da prática de atividade física. A seguir, apresentamos para análise as respostas dos sujeitos.

Para se ter saúde, além de praticar atividades físicas é interessante que o indivíduo tenha uma alimentação e hábitos de vida saudáveis, reserve um tempo para si mesmo para ter seu momento de lazer (seja qual for a atividade e o objetivo), cultive bons relacionamentos sociais e trabalhe sua mente para buscar sempre o lado positivo de tudo e assim manter o equilíbrio entre o que está bom e o que pode ser melhorado. (CACTO 6).

Apenas praticar atividades físicas, não significa dizer que a pessoa tem saúde, pois a saúde não se resume apenas ao exercício físico, como podemos perceber a nossa vida precisa estar alinhada a um estilo de vida saudável. Ter um estilo de vida saudável e uma boa qualidade de vida significa dizer que: ter uma alimentação saudável, praticar exercícios físicos, consumir menos álcool, ter um bom emprego, um bom lugar para morar, um bom ciclo de amigos, estar bem mentalmente, dentre outros. (CACTO 9).

Alimentação saudável, Fé, Equilíbrio emocional, Condições dignas de moradia, Sentimento de pertencimento social, Sustentabilidade econômica e financeira, Aspectos interpessoais

bem definidos, Meio ambiente limpo e agradável, Autoestima elevada, Sucesso profissional, Harmonia Familiar e Viagens. (CACTO 8).

Em resumo acredito que esses fatores, vai depender de como o indivíduo vive, em seu cotidiano, seu existir, suas expectativas e preocupações, que estar relacionada à parte fisiológica, mas também o modo de como o indivíduo leva a sua vida, como por exemplo: sua saúde psicológica. (CACTO 2).

Podemos também afirmar, que o lazer e uma boa qualidade de descanso, é tão importante, quanto, a prática de atividades físicas. (CACTO 3).

Entendemos que a prática regular de atividade física contribui para a aquisição e melhoria do estado de saúde de um indivíduo, mas também defendemos que apenas essa atividade de forma isolada não contribui efetivamente e exclusivamente para a saúde, seja ela de forma individual ou coletiva. Outros fatores são relevantes e preponderantes para que haja uma contribuição duradoura e eficaz no que se refere à saúde, inclusive corroboramos o que diz o cacto 9, ao afirmar que “a saúde não se resume apenas ao exercício físico”. Nesse sentido, apresentam-se os determinantes sociais que foram citados pelos professores/cursistas, mesmo sem terem feito essa analogia.

A OMS, a partir de sua comissão homônima, assume como acepção breve o fato de que os determinantes sociais DSS referem-se às circunstâncias sociais nas quais os indivíduos estão inseridos, tanto no local que vivem quanto no que trabalham. Sobre isso, Krieger (2001) aponta que os DSS são procedimentos que estão ligados às condições sociais que acabam por afetarem os aspectos de saúde.

Essas percepções acabam por corroborar com os excertos que representam as ideias ou posicionamentos dos investigados nesta pesquisa, uma vez que eles indicam diversos fatores pautados em Buss e Pellegrini Filho (2007). Relacionando os fatores a abordagens assumidas, podemos fazer uma comparação, ou seja, a abordagem dos aspectos físico-materiais que seriam “ter um bom emprego” (CACTO 9) e “sustentabilidade eco-

nômica, financeira e sucesso profissional” (CACTO 8), a abordagem que privilegia os fatores psicossociais que são postos quando de afirmam ações como “reserve um tempo para si mesmo para ter seu momento de lazer... cultive bons relacionamentos sociais e trabalhe sua mente” (CACTO 6), “Fé, Equilíbrio emocional” (CACTO 8) e “...sua saúde psicológica” (CACTO 2). Outros fatores também foram citados ainda com base em Buss e Pellegrini Filho (2007), por exemplo, os comportamentais, como “mas também o modo de como o indivíduo leva a sua vida” (CACTO 2), “...o lazer e uma boa qualidade de descanso” (CACTO 3), “sentimento de pertencimento social” (CACTO 8) e “...um bom ciclo de amigos” (CACTO 9).

Devemos entender que a saúde individual ou coletiva da população depende de fatores diversos como os citados. Nessa esteira, compreendemos que a escola e a Educação Física podem se constituir como elementos que fortalecem essa temática.

A saúde no contexto escolar.

Sobre a saúde no contexto escolar realizou-se o seguinte questionamento: Considerando o ambiente escolar, que fatores podem ser ponderados como essenciais para que haja, de fato, a promoção da saúde na escola? Para promover a discussão e a análise conforme as colocações dos professores apresentamos os seguintes excertos:

A parceria/colaboração entre as áreas de saúde e educação é essencial para um alcance satisfatório no trabalho que vise estimular e/ou reforçar a promoção da saúde. Na escola é possível através de um trabalho em conjunto, o estímulo a hábitos saudáveis, a detecção de pré-diagnósticos e talvez um possível encaminhamento rápido. (CACTO 7)

É importante existir o que chamamos de intersetorial, onde a saúde e educação possam estar juntas no processo, uma contribuindo com a outra. Também é de grande relevância a formação continuada, momentos reservados para rodas de conversa que envolva saúde, educação, gestão escolar e

representantes dos próprios alunos, para que assim possa ser gerada estratégias contribuindo no processo de ensino/aprendizagem. (CACTO 9)

Esta constituição deve ocorrer em parcerias, este processo não deve ser apenas ação em separado e sim prática interdisciplinar. Promover saúde na escola é bem mais que assunto eventual, é direito e dever de todos. (CACTO 10)

Os fatores que podem contribuir com a promoção da saúde na escola são muitos e dependem de contextos específicos para serem efetivados, pois pensar na promoção da saúde no ambiente escolar significa fundamentar atividades que de fato provoquem mudanças significativas em todos os envolvidos (professores, alunos, núcleo gestor, servidores em geral, família e a própria comunidade onde a escola está inserida). Nessa perspectiva, analisando alguns trechos destacados das repostas dos sujeitos, percebemos que alguns confundem fatores com ações e/ou atividades que podem ser feitas e que venham a provocar essa promoção da saúde, mas devemos entender que eles são diferentes. O primeiro refere-se mais a um elemento que busca ou almeja um resultado ou uma causa, enquanto o segundo está mais relacionado com uma disposição para agir: atividade, energia, movimento. (SIMPSON, 2017).

Com base nisso, nossa análise levará em conta as ações apresentadas 135 pelos professores/cursistas, dentre elas destacamos o estímulo de hábitos saudáveis, trabalho intersetorial e interdisciplinar entre as áreas da Educação e da Saúde, ações voltadas para cuidados básicos com a saúde física, mental, social, familiar, as quais foram apontadas pelos cactos 1, 4 e 7. Essas colocações corroboram Ferreira *et al.* (2013, p. 674) quando afirmam que “o ambiente educacional possui os requisitos necessários para ser o momento de partida na busca pelo conhecimento em saúde, entre outras maneiras, através de ações de educação e promoção da saúde”. Essas ações são necessárias para a articulação com outros setores, para que a discussão sobre saúde não fique estanque ou limitada apenas à escola, pois, como posto pelos autores, o ambiente escolar é o ponto de

partida e deve seguir o caminho junto a outros setores e instituições, dentre eles podemos destacamos o SUS, PSF, as unidades básicas de saúde etc.

Outra ação destacada pelos professores diz respeito à formação continuada. Sobre isso, conforme o cacto 9, deve ser realizada com professores, gestão escolar e com a participação de representantes de alunos, o que nos leva a apreender que, mesmo não se configurando como uma formação continuada no que se refere aos alunos, estes são sujeitos participativos e importantes dentro da escola e podem favorecer um diálogo interessante. Buffon (2017) afirma que o processo de formação continuada provoca uma mudança diretamente no trabalho docente, e Schwingel e Araújo (2021) aludem que o professor, levando em consideração a sua formação profissional, aponta definições e esclarecimentos no que se refere aos propósitos educativos para a discussão e educação em saúde dentro do âmbito escolar.

Dessa forma, indicam um caminho possível para a caracterização dos currículos na escola, aliando os aspectos formativos oportunizados com o conhecimento sobre a promoção de saúde e vida saudável aos alunos. Essa ideia também se complementa com a colocação do cacto 10, quando defende que a escola deve ser sim um local para a promoção da saúde, mas não de forma eventual. Nessa esteira, defendemos, então, que as discussões sobre saúde na escola, ações educativas e ações formativas sejam frequentes e articuladas entre as instituições da sociedade ligadas à saúde.

Com base em Oliveira, Martins e Bracht (2015), destacando os dois contextos da Educação Física, um no campo da saúde e outro no campo educacional, promovendo uma reflexão sobre a interseção da Educação Física nos dois campos. Em seguida, solicitamos um posicionamento dos cursistas sobre essa relação: De acordo com sua opinião, de que forma o PSE pode auxiliar o professor de Educação Física nas ações de promoção da saúde na escola?

Aprendemos que os sujeitos consideram o Programa Saúde na Escola como um facilitador, o qual contribui, junto à Educação Física, para ampliar as possibilidades de diálogo e realização de ações formativas inter-

setoriais dentro do âmbito escolar, propiciando, assim, uma parceria relevante para toda a comunidade escolar.

Percebemos assim, que a parceria entre saúde e educação só traz benefícios para a sociedade em geral. Dessa forma, se fazem necessárias capacitações para esse trabalho em conjunto. Como profissional inserido na escola, o educador físico pode ser capaz de detectar uma população que necessite de maior atenção e acompanhamento por parte dos dois setores, possibilitando assim, diagnósticos mais precoces. (CACTO 7)

O auxílio deve ser estabelecido e as ações devem ser contínuas para que haja assimilação, saúde é um bem que precisa ser entendido e apresentado de modo relevante, desenvolver atividades e estabelecer hábitos saudáveis é um caminho que deve ser abordado constantemente. (CACTO 10)

Através de ações do SUS com as ações da educação básica impactando alunos, escola e família, para fortalecer a participação comunitária. Auxiliando o professor no monitoramento e avaliação permanente, controle social e o cuidado ao longo do tempo. (CACTO 1)

O professor de Educação Física tem os temas a serem seguidos durante o ano letivo, sendo assim, sempre que ele precisar debater algum tema da saúde, fazer um evento, fazer algo criativo, discutir como é a saúde do município. (CACTO 9)

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi constituído no ano de 2007 por meio de um Decreto Presidencial nº 6.286, efetivando uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), pausando-se em um processo integrador da educação com a saúde, visando ao avanço em relação à cidadania e melhoria das políticas públicas no Brasil.

Apresentamos que o PSE surge como um forte aliado para o professor de Educação Física, uma vez que nos constituímos como uma área que transita entre a saúde e a educação, o que acaba por ser uma situação favorável para a educação em saúde – inicialmente dentro da escola e depois indo além desses muros para alcançar também a comunidade do entorno.

Com base nas respostas dos professores/cursistas, vemos que algumas delas se aproximam ou têm uma relação com os cinco componentes que balizam o PSE, a saber: a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; a promoção da saúde e de ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; o monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2011).

Dentre os diversos posicionamentos dos sujeitos da nossa investigação e que corroboram os cinco componentes do PSE (BRASIL, 2011), destacamos a possibilidade de diagnósticos mais precoces. A realização de projetos contínuos em parcerias com equipamentos e profissionais da saúde, com a integração entre todos os professores e não só entre os professores de Educação Física – defendendo que essa discussão deve ser de todos e para todos – um meio de incentivar e formar o professor de Educação Física e o aprimoramento em relação ao monitoramento e à avaliação permanente, apoiando, de forma mais profícua, o controle social e o cuidado ao longo do tempo

Nesse sentido, ao analisar o documento “Passo a Passo PSE Tecendo Caminhos da intersetorialidade”, ele destaca a saúde como sendo uma produção social e evidencia ações relevantes:

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde. (BRASIL, 2011, p. 15).

Destacamos a colocação de um dos professores/cursistas que afirma não ter conhecimento sobre o Programa, mesmo já atuando na escola há um tempo.

Além disso, destaca o elemento de integração entre saúde e educação como uma proposta relevante, mesmo que ela não esteja acontecendo, a mais, evidencia o elemento formativo

ausente como um fator preponderante. Particularmente não tinha conhecimento sobre esse Programa, mas pelo que pude notar tem uma proposta muito “bonita” de integração entre os setores educacional e de saúde que infelizmente não estava acontecendo de verdade pela falta de formações para os envolvidos. (CACTO 6).

Esse posicionamento nos traz uma reflexão sobre como esses programas ou projetos, os quais são apoiados pelos ministérios da Saúde e da Educação – o que por conseguinte teriam um reconhecimento em âmbito nacional – ainda são desconhecidos por alguns professores, levando em consideração que ele existe desde 2007. Talvez uma maior divulgação ou aproximação dos setores da saúde na escola pudessem contribuir para difundir o programa.

CONCLUSÕES

Sabe-se que a Educação Física enquanto componente curricular deve contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde na escola, no sentido de cooperar com a autonomia e criticidade dos alunos em relação à saúde individual e coletiva. Para tanto, o professor de Educação Física deve desenvolver uma concepção de saúde mais ampla, visto que a disciplina apresenta-se como uma ferramenta, capaz de articular-se com outros agentes da sociedade em busca da qualidade de vida dos educandos.

O entendimento sobre saúde dos professores pesquisados era mais direcionado à relação saúde/doença, ou seja, a saúde estava ligada à ausência de doenças ou enfermidades, mas alguns docentes já possuíam uma visão mais ampliada sobre a saúde, levando em consideração outros fatores ou determinantes que faziam parte de um ser saudável, como os aspectos sociais, culturais ou políticos. Sobre a formação para o ensino da saúde, poucos professores tiveram a oportunidade de participar de cursos ou especializações no contexto específico do ensino da saúde, o que possibilitou diagnosticarmos que ainda existia uma práxis direcionada para a saúde em um viés biologicista, como se a saúde só pudesse ser trabalhada

na escola se estivesse ligada aos conteúdos como IMC, aptidão física, aferição de pressão arterial dentre outros, e de forma individualizada pelo professor de Educação Física, até então o responsável por essa discussão no contexto escolar.

Temos consciência de que muito ainda precisa ser feito em relação à formação continuada na área da Educação Física em Canindé e cidades circunvizinhas, mas, acreditamos em novas possibilidades e caminhos, pois formar-se é também um ato de resistência, em alusão aos nossos sujeitos, intitulados no texto como cactos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: MEC, 1996.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos – meio ambiente, saúde*. Brasília, DF: MEC; SEF, 1997a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução nº 218 de 06 de março de 1997*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1997b.

BRASIL. *Resolução CNE/CP 1/2002, de 18 de fevereiro de 2002*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de professores da educação básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a Passo PSE*. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2011.

BUFFON, E. *A formação continuada de professores e o trabalho pedagógico*. 2017. 90f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS. Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. 185

- DARIDO, S. C.; RANGEL, I. C. A. *Educação Física na escola: implicações para a prática pedagógica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FERREIRA, Heraldo Simões. *Educação física e saúde em escolas públicas de Fortaleza: uma proposta de ensino*. Fortaleza: EdUECE, 2012.
- FERREIRA, H. S.; OLIVEIRA, B. N.; SAMPAIO, J. J. C. Análise da percepção dos professores de Educação Física acerca da interface entre a Saúde e a Educação Física escolar: conceitos e metodologias. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 673- 685, 2013.
- IMBERNON, F. *Formação docente e profissional: formar-se para a mudança e incerteza*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- KRIEGER N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco-social perspective. *Int J Epidemiol*. [S. l.], v. 30, n. 4, p. 668-77, ago. 2001.
- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2001.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U., 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- OLIVEIRA, V. J. M. de; MARTINS, I. R.; BRACHT, V. *Revista da Educação Física*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 243-255, 2015.
- SCHWINGEL, T. C. P. G.; ARAÚJO, M. C. P. Educação em saúde na escola: conhecimentos, valores e práticas na formação de professores. *Rev. bras. Estud. pedagógicos*, Brasília, v. 102, n. 261, p. 465-485, maio/ago. 2021.
- SIMPSON, J. (ed.). *Oxford English Dictionary* 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2017.

Capítulo 6

Enfrentamento da Dor Crônica por meio da Ação Comunicativa na Era Digital

Ticiania Mesquita de Oliveira Fontenele
Amanda de Oliveira Toledo
Christina César Praça Brasil
Ana Paula Vasconcellos Abdon

INTRODUÇÃO

Uma definição revisada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceitua a dor como uma experiência subjetiva que pode sofrer influências de fatores sociais, biológicos e psicológicos. Está presente em todas as pessoas, porém de maneiras distintas, locais diferentes, intensidades e percepções parciais (DESANTANA *et al.*, 2020).

Considerada um problema de saúde pública, a dor crônica (DC) é apontada como uma das maiores causas de incapacidade no mundo. No Brasil acomete cerca de 39% da população adulta, gerando importante prejuízo físico e emocional, além de impacto socioeconômico (SOUZA *et al.*, 2017).

A literatura destaca que a DC é frequentemente associada a outros sintomas clínicos, incluindo fadiga, insônia, déficits cognitivos, cefaleia, depressão e ansiedade. Devido a essas associações há uma ampla variedade de condições que interferem na evolução, manutenção e amplificação da dor, sendo essencial uma abordagem multiprofissional uma vez que é observado um contexto multidimensional (HOTTA *et al.*, 2022; MALTA *et al.*, 2017).

Além disso, pode se observar uma dificuldade de acesso a todos que sofrem dessa condição tanto para tratamento quanto para prevenção e

recuperação. Portanto, torna-se crucial o apoio de programas de gerenciamento da DC por uma equipe multidisciplinar especializada (MEROLLI *et al.*, 2015; PRUDENTE *et al.*, 2020).

As evidências indicam a importância de fornecer informações de educação de forma compreensível e acessível a todos os pacientes e, nesse contexto, as mídias sociais têm se apresentado como uma ferramenta poderosa para a disseminação de informações, por se tratar de estratégias inovadoras e de baixo custo (LIMA *et al.*, 2021). Nesta perspectiva, identifica-se um aumento progressivo de pacientes que utilizam as mídias sociais como uma ferramenta de comunicação, uma vez que são plataformas eficazes para um melhor engajamento e autonomia do usuário, bem como maior funcionalidade e interação social (MEROLLI *et al.*, 2015).

Blogs e fóruns de discussão *online* sobre saúde, aplicativos de rede como *Twitter*, *Facebook* ou *Instagram* são os mais utilizados para fornecer e receber informações, podendo favorecer a autoeficácia e empoderamento de pacientes, além de atingir populações diversas, contribuindo para melhor qualidade de vida relacionada à saúde (FERNANDES; CALADO-CALADO; ARAUJO, 2018).

A literatura destaca que a Internet se tornou uma fonte comum de informações sobre dor, no entanto, a qualidade e a utilidade das informações disponíveis na rede podem ser questionadas. Diversos autores teorizam que as diferentes maneiras na utilização destes recursos, podem gerar resultados distintos a saúde destes indivíduos (BAILEY *et al.*, 2013; MAHER *et al.*, 2014).

Sabendo sobre a influência das plataformas de mídias sociais de atingir um maior número de pessoas através de sua *velocidade* na propagação das *informações*, buscou-se descrever como os pacientes com dores crônicas utilizam a Internet para auxiliar no gerenciamento da dor.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de acordo com a *Preferred Reporting Items for Systematic Review* (PRISMA) em que consiste

no método que proporciona a sintetização de achados bibliográficos realizados com objetivo de compreender a temática e contribuir com os estudos já descritos (SOUSA; SILVA; SOUSA, 2021).

Para isto foram realizadas as seguintes etapas: 1) definição da pergunta norteadora; 2) busca na literatura; 3) extração de dados; e 4) síntese de dados. A problematização se estruturou na seguinte pergunta: Como pacientes com dores crônicas utilizam as informações disponíveis na Internet para auxiliar no gerenciamento da dor?

O levantamento bibliográfico ocorreu através das bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Os descritores (DECS/MESH) empregados na busca foram: “*digital media*”, “*social media*”, “*self-management*”, “*online communication*” interligados individualmente empregando o operador booleano AND com “*chronic pain*”. A busca ocorreu no mês de abril de 2022.

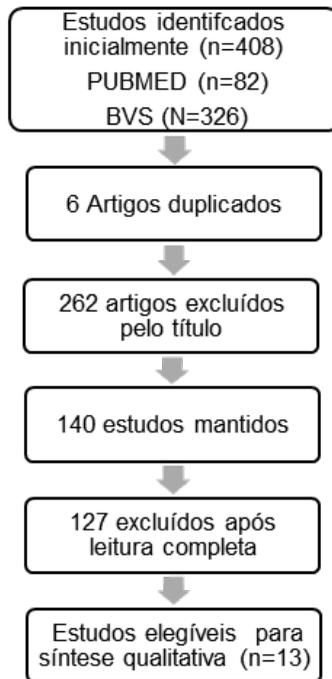
Como critérios de inclusão, optou-se por artigos originais (observacionais ou clínicos), publicados em periódicos em versão completa, dissertações ou teses publicadas com abordagem da temática estudada, escritos nos idiomas inglês e português, publicados entre 2017 e 2022. Foram excluídos estudos que utilizaram métodos de revisões de literatura em qualquer uma de suas abordagens (narrativa, integrativa, sistemática e metanálise), capítulos de livros e relatos de caso.

Após a leitura dos artigos na íntegra, as informações dos estudos selecionados foram sumarizadas e descritas em quadro e divididas em categorias no intuito de proporcionar uma interpretação simplificada das informações centrais.

RESULTADOS

A estratégia de busca identificou um total de 408 artigos, dos quais 06 eram duplicados. Após leitura na íntegra dos artigos, foram incluídos 13 estudos elegíveis para a síntese qualitativa. O fluxograma da triagem e seleção destes está disponível na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma das seleções de artigos. Fortaleza, Ceará, 2022



Fonte: Elaborado pelos autores

A partir da leitura completa dos artigos, foram construídas duas temáticas: 1) autogerenciamento da dor crônica pelos meios de comunicação digital e 2) principais mídias digitais e sua influência na autogestão da dor crônica. As características dos artigos quanto ao nome dos autores, ano de publicação, título, objetivo e principais achados foram descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Principais achados
<i>Sendra; Farré, 2020</i>	Communicating the experience of chronic pain through social media: patients' narrative practices on Instagram	Identificar como e por que os pacientes estão usando as plataformas online para comunicação da dor.	O uso do Instagram contribuir para dar visibilidade a dores crônicas como fibromialgia ou endometriose.
<i>Devan et al., 2021</i>	"Power of Storytelling": A Content Analysis of Chronic Pain Narratives on YouTube	Descrever como as narrativas digitais de adultos com dor crônica são representadas no YouTube.	As histórias pessoais foram usadas como um meio para compartilhar experiências vividas de dor crônica, fornecendo ajuda e conselhos a outros semelhantes.
<i>Chank; Bazarova; Wethington, 2022</i>	How Older Adults with Chronic Pain Manage Social Support Interactions with Mobile Media	Identificar por que os idosos com dor crônica usam a mídia móvel para gerenciar suas interações e relacionamentos.	Os idosos com dor crônica utilizam as mídias digitais por necessidade e para gerar vínculo.
<i>Young et al., 2018</i>	Feasibility of a social media/online community support group intervention among chronic pain patients on opioid therapy	Avaliar a viabilidade de um suporte <i>online</i> para reduzir o risco de uso indevido de opióides e overdose entre pacientes em terapia opióides para dor crônica não oncológica.	Uma comunidade <i>online</i> contribui como uma ferramenta de intervenção comportamental eficaz entre pacientes com dor crônica em terapia com opióides.
<i>Petersen; Schermuly; Anderson, 2020</i>	Feeling less alone online: patients' ambivalent engagements with digital media	Explicar por que indivíduos com doenças crônicas se envolvem com a mídia digital.	Essas mídias, especialmente o Facebook, facilitam a conexão de maneira conveniente e fácil com outras pessoas, contribuindo para compartilhar experiências e fornecer informações, sendo fundamental para aqueles que se isolam em virtude da dor crônica.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Principais achados
<i>Tsai; Crawford; Strong, 2018.</i>	Seeking virtual social support through blogging: A content analysis of published blog posts written by people with chronic pain	Investigar como o apoio social ocorre por meio de blogs para usuários que sofrem de dor crônica e a natureza dessas interações online.	O suporte social no ambiente de blogs online favorece a criação e comunidade virtual, apoio social por meio de apoio online (VOSS); e o relatar experiências cotidianas relacionadas à dor.
<i>Weisman et al., 2022.</i>	Attitudinal responses to current concepts and opinions from pain neuroscience education on social media	Testar a hipótese de que pessoas com dor crônica tendem a expressar atitudes negativas em relação a declarações de programa de educação em dor e comparar suas respostas com outros grupos de usuários de mídia social.	Os entrevistados do grupo de dor persistente eram mais propensos a relatar negativamente todas as afirmações.
<i>Piszczek et al., 2022.</i>	Social media utilization, preferences, and patterns of behavior in patients with gynecologic pelvic pain.	Determinar se pacientes ginecológicos com dor são mais propensos a usar as mídias sociais e a Internet para entender e gerenciar sua condição do que aqueles sem dor.	Os participantes do estudo no grupo com dor relataram mais que o dobro das chances de usar mídias sociais do que aqueles sem dor e triplicaram as chances de usar a Internet para entender ou gerenciar sua condição.
<i>D'Souza; Kilgore, 2022.</i>	Manifestations of Pain during the COVID-19 Pandemic Portrayed on social media: A Cross-Sectional Study.	Visualizar vídeos na plataforma do YouTube como fonte de informação sobre dor durante a pandemia de COVID-19.	Mostrar ao público em geral que a infecção por COVID-19, pode causar sintomas dolorosos, no entanto a maioria dos vídeos forneciam explicações gerais sobre a dor e uma minoria de forneceu informações sobre o manejo da dor.
<i>Sharma et al., 2020</i>	Recommendations From the Twitter Hashtag #DoctorsAreDickheads: Qualitative Analysis.	Identificar temas conceituais representados no fenômeno dessa hashtag viral no Twitter.	As condições clínicas mais mencionadas foram dor crônica, saúde mental e condições musculoesqueléticas.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Principais achados
<i>Mullins et al., 2020.</i>	Sharing the pain: an observational analysis of Twitter and pain in Ireland.	Examinar tweets relacionados à dor na Irlanda durante um período de 2 semanas, usando palavras-chave relacionadas à dor.	As palavras-chave mais frequentes foram cefaleia, enxaqueca, dor nas costas e dor crônica. Havia mais tweets de mulheres do que de homens. A maior proporção de tweets de usuários do sexo feminino foi nas categorias fibromialgia e enxaqueca e do sexo masculino, dores nas costas. A maior quantidade de conselhos foi oferecida na categoria de dor nas costas.
<i>Young et al., 2020.</i>	Social media as an emerging tool for reducing prescription opioid misuse risk factors.	Determinar se uma comunidade <i>online</i> de apoio, em comparação com um grupo de controle do Facebook, poderia reduzir a ansiedade e o uso indevido de opióides entre pacientes com dor crônica	Os participantes da intervenção mostraram uma diminuição da ansiedade e usaram mais as mídias sociais para discutir a dor, o uso de opióides prescritos, estratégias de enfrentamento, lugares para procurar ajuda e terapias alternativas para a dor. Os resultados preliminares apoiam o uso de intervenções da comunidade <i>online</i> como uma ferramenta de baixo custo para diminuir o risco de uso indevido de opióides prescritos e suas complicações.
<i>Guidry; Benotsch, 2019.</i>	Pinning to Cope: Using Pinterest for Chronic Pain Management	Avaliar as postagens do Pinterest relacionadas com dor crônica, incluindo construção de modelo de crenças em saúde e medidas de suporte e mecanismos de enfrentamento.	A maioria mencionou a alta gravidade da dor crônica, e um terço mencionou a eficácia relacionada ao autocuidado.

Fonte:Elaborado pelos autores

Autogerenciamento da dor crônica pelos meios de comunicação digital

É evidente na literatura que as redes sociais e o uso da Internet tornaram-se meios cada vez mais importantes de comunicação de pacientes. Os trabalhos analisados apontam que pessoas que sofrem de condições de saúde complexas e debilitantes têm buscado cada vez mais utilizar as mídias sociais para gestão de saúde (PISZCZEK *et al.*, 2022).

Dentre as vantagens da utilização destes recursos, a literatura destaca o acesso fácil, o custo-benefício, menor tempo de espera, anonimato e flexibilidade em termos de tempo e local de uso (ARELI *et al.*, 2021).

Além disso, os grupos de apoio *online* demonstraram melhorar a alfabetização em saúde, a autogestão e o empoderamento do paciente (PISZCZEK *et al.*, 2022). Nesse contexto, ainda se destaca que as comunicações entre pacientes e médicos também mudaram das tradicionais ligações telefônicas para e-mails, blogs e métodos baseados na Internet (CURRY *et al.*, 2014).

Apesar dos avanços tecnológicos que possibilitam o acesso dos pacientes a infinitas informações na ponta dos dedos, existe uma crescente preocupação dos profissionais de saúde, em relação ao uso das mídias sociais, devido aos riscos potenciais de interpretações errôneas e a falta de informações baseadas em evidências (DEVAN *et al.*, 2021).

Mesmo sendo apontado os riscos da utilização das mídias sociais, algumas pesquisas destacam que as estratégias de comunicação utilizadas através da Internet são eficazes para melhorar as habilidades de autogestão e os resultados de saúde (CAMERINI; CAMERINI; SCHULZ, 2013).

Principais mídias digitais e sua influência na autogestão da dor crônica

Dentre os estudos analisados foi possível verificar que as pessoas que sofrem de dores crônicas utilizam as redes sociais (Facebook, Instagram e Tweet), plataformas de vídeos e imagens (Youtube e Pinterest), blogs e

mensagens de texto, sendo estes considerados meios de interação entre seres que apresentam da mesma condição de saúde. As redes sociais de acordo com as evidências observadas, constataam que o entrosamento acontece devido as dificuldades encontradas na assistência à saúde tanto em questão da falha do diálogo sobre dor entre paciente e médico, quanto da falta de acesso à saúde. É notado que através desses meios de comunicação, ocorre troca de comentários, postagens e compartilhamento entre seres que possuem dores crônicas de qualquer parte do mundo (PETERSEN; SCHERMULY; ANDERSON, 2020; PISZCZEK *et al.*, 2022; SENDRA; FARRÉ, 2020).

Quanto ao uso das plataformas de comunicação, no Youtube é descrito que a troca ocorre por meio de vídeos com histórias pessoais sobre a experiência passada com a dor crônica e manejos que podem auxiliar no gerenciamento e no entendimento sobre a situação de saúde (DEVAN *et al.*, 2019; D'SOUZA *et al.*, 2022). E através do Pinterest a comunicação acontece pela associação da atenção gerada pelas imagens com a memorização das informações como também pela melhor compreensão do que é transmitido pelo autor, isso também pode ser observado nas redes sociais como Instagram e Facebook (GUIDRY; BENOTSCH, 2019).

Os acervos bibliográficos também abordam que os blogs e as mensagens trocadas por SMS são outras fontes utilizadas, por meio de troca de vivencias e a criação de comunidades, servindo como apoio social uma vez que essas pessoas quando apresentam incapacidades físicas emocionais afetadas pela intensidade da dor possuem uma tendencia na diminuição da interação social (PAMAR *et al.*, 2022; TSAI *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Diante de tantos desafios no contexto de saúde, em especial no Brasil, a disseminação de informações de saúde através mídias digitais podem contribuir para a ampliação do conhecimento da população acerca de seus agravos e doenças, facilitando também a prevenção e tratamento, devido à identificação e apoio entre grupos homogêneos. Entretanto, é

necessário que as fontes disponíveis consultadas sejam confiáveis para garantir a correta orientação, assim como a população também deve ser capaz de absorver e processar as informações adquiridas para transformá-las em seu próprio benefício.

Ressalta-se a importância de treinar profissionais de saúde adequadamente para estarem presentes de forma acessível e responsável nos meios digitais é mandatório devido à evolução digital e suas amplas possibilidades na promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como conscientizar a população de que é possível buscar apoio nos meios digitais de forma segura em determinados canais. Medidas como essas, pautadas na necessidade e demanda da atualidade social, bem planejadas e executadas, podem, talvez no futuro, contribuir com a melhora do sistema de saúde como um todo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Programa de Apoio a Equipes de Pesquisa da VRP da Universidade de Fortaleza - UNIFOR pelo incentivo a pesquisa e a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP pela concessão de bolsa de pós-graduação.

REFERÊNCIAS

BAILEY, S. J. et al. Evaluation of Chronic Pain-Related Information Available to Consumers on the Internet. *Pain Medicine*, v. 14, n. 6, p. 855–864, jun. 2013.

CAMERINI, L.; CAMERINI, A.-L.; SCHULZ, P. J. Do participation and personalization matter? A model-driven evaluation of an Internet-based patient education intervention for fibromyalgia patients. *Patient Education and Counseling*, v. 92, n. 2, p. 229–234, ago. 2013.

CHANG, P. F.; BAZAROVA, N. N.; WETHINGTON, E. How Older Adults with Chronic Pain Manage Social Support Interactions with Mobile Media. *Health Communication*, v. 37, n. 3, p. 384–396, 23 fev. 2022.

CORMAC FRANCIS MULLINS et al. Sharing the pain: an observational analysis of Twitter and pain in Ireland. *Bmj Careers*, v. 45, p. 597–602, 2020.

CURRY, E. et al. Prevalence of Internet and social media usage in orthopedic surgery. *Orthopedic Reviews*, v. 6, n. 3, p. 107-111, 13 ago. 2014.

DESANTANA, J. M. et al. Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain*, v. 3, n. 3, p. 197-198, 2020.

DEVAN, H. et al. Current practices of health care providers in recommending online resources for chronic pain self-management. *Journal of Pain Research*, v. 12, p. 2457–2472, ago. 2019.

DEVAN, H. et al. “Power of Storytelling”: A Content Analysis of Chronic Pain Narratives on YouTube. *Canadian Journal of Pain*, v. 5, n. 1, p. 117–129, 1 jan. 2021.

D’SOUZA, R. S.; KILGORE, A. E.; D’SOUZA, S. Manifestations of Pain During the COVID-19 Pandemic Portrayed on Social Media: A Cross-Sectional Study. *Pain Medicine*, v. 23, n. 2, p. 229–233, 1 fev. 2022.

GUIDRY, J. P. D.; BENOTSCH, E. G. Pinning to Cope: Using Pinterest for Chronic Pain Management. *Health Education & Behavior*, v. 46, n. 4, p. 700–709, 15 ago. 2019.

HOTTA, G. H. et al. Abordagem terapêutica do medo relacionado à dor e da evitação em adultos com dor musculoesquelética crônica: revisão integrativa e roteiro para o clínico. *Brazilian Journal Of Pain*, v. 5, n. 1, p. 72–79, 2022.

FERNANDES, L.S; CALADO, C.; ARAUJO, C.A.S. Redes sociais e práticas em saúde: Influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3357-3368, out. 2018.

LIMA, M. A. G. DE et al. Impacto das mídias sociais nas ações de educação em saúde voltadas à população. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, p. 1-7, 7 fev. 2021.

- MAHER, C. A. et al. Are Health Behavior Change Interventions That Use Online Social Networks Effective? A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 16, n. 2, p. e40, 14 fev. 2014.
- MALTA, D. C. et al. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. suppl 1, 2017.
- MEROLLI, M. et al. Using Social Media While Waiting in Pain: A Clinical 12-Week Longitudinal Pilot Study. *JMIR Research Protocols*, v. 4, n. 3, p. e101, 7 ago. 2015.
- PETERSEN, A.; SCHERMULY, A.; ANDERSON, A. Feeling less alone online: patients' ambivalent engagements with digital media. *Sociology of Health & Illness*, v. 42, n. 6, p. 1441–1455, 11 jul. 2020.
- PISZCZEK, C. C. et al. Social media utilization, preferences, and patterns of behavior in patients with gynecologic pelvic pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 226, n. 4, p. 547.e1-547, abr. 2022.
- SENDRA, A.; FARRÉ, J. Communicating the experience of chronic pain through social media: patients' narrative practices on Instagram. *Journal of Communication in Healthcare*, v. 13, n. 1, p. 46–54, 2 jan. 2020.
- SHARMA, A. E. et al. Recommendations From the Twitter Hashtag #DoctorsAreDickheads: Qualitative Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 10, p. e17595, 28 out. 2020.
- SOUSA, A. K. C.; SILVA, D. R. DA; SOUSA, D. S. DE. Prevalência de cervicalgia em estudantes universitários: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. e53101422004, 24 out. 2021.
- SOUZA, J. B. DE et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Research and Management*, v. 2017, p. 1–9, 2017.
- TSAI, S.; CRAWFORD, E.; STRONG, J. Seeking virtual social support through blogging: A content analysis of published blog posts written by people with chronic pain. *Digital Health*, v. 4, p. 205520761877266, 16 jan. 2018.

VAART, Rosalie Van Der; DROSSAERT, Constance. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2017.

WEISMAN, A. et al. Attitudinal responses to current concepts and opinions from pain neuroscience education on social media. *Musculoskeletal Science and Practice*, v. 59, p. 102551, jun. 2022.

YOUNG, S. D. et al. Feasibility of a social media/online community support group intervention among chronic pain patients on opioid therapy. *Journal of Addictive Diseases*, v. 37, n. 1–2, p. 96–101, 3 abr. 2018.

YOUNG, S. D. et al. Social media as an emerging tool for reducing prescription opioid misuse risk factors. *Helixon*, v. 6, n. 3, p. e03471, mar. 2020.

Capítulo 7

Biblioterapia no Enfrentamento do *Bullying* na Infância

Thuanny Mikaella Conceição Silva

Mirna Albuquerque Frota

Maria dos Remédios Beserra

Nilson Vieira Pinto

Jardenia Chaves Domeneguetti

Karla Maria Carneiro Rolim

INTRODUÇÃO

O *bullying* é um tema caracterizado como um tipo de violência que pode ocorrer no ambiente escolar, hoje considerado um problema de saúde pública, que afeta milhões de pessoas. As influências podem ser negativas quando se refere aos reflexos causados pelo adoecimento do indivíduo ou positivas baseadas na oportunidade de ações de prevenção, possibilitando promoção de saúde dentro da escola.

Sabe-se que a terminologia *bullying* é originada da palavra inglês *bully*, que é traduzido como os substantivos “valentão”, “tirano” e como os verbos “brutalizar”, “tiranizar”, “amedrontar”. Envolve, portanto, um subconjunto de comportamentos agressivos, caracterizado por sua natureza repetitiva e por desequilíbrio de poder, que podem ser manifestados de várias formas, incluindo física, verbais e maneiras relacionais. Experiências de intimidação começam tão cedo quanto pré-escola, podendo aumentar ao longo do ensino fundamental e pico no ensino médio (FANTE, 2018).

De acordo com a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE), a prevalência de alunos vítimas do *bullying*

variando entre 8,0% e 46,0%, e entre 5,0% e 39,0% são agressores. E no âmbito brasileiro, em 2012, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), demonstrou que sofrer *bullying* por companheiro de escola alcançou 7,2% dos estudantes, e 20,8% relataram praticar algum tipo de *bullying* na escola vitimando colegas (MARCOLINO *et al.*, 2018).

O Departamento de Psicologia da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, relata que o *bullying* causa impacto tanto em crianças que foram alvo, como naquelas que praticam algum tipo de maus-tratos físicos, emocionais e/ou comportamentais (PERES, 2018). A criança que sofre *bullying* pode apresentar problemas psicológicos na infância, na adolescência e na fase adulta, refletindo em sentidos e significados às experiências vividas.

Discutir o *bullying* no espaço escolar é necessário para a conscientização tanto dos alunos quanto dos professores e familiares. E, as intervenções mais eficazes de prevenção ao *bullying* são as desenvolvidas no espaço escolar, de forma individual e coletiva, além de envolver famílias e equipe escolar (GOTTIER, 2019). A biblioterapia possibilita interpretação e promove o diálogo entre aluno e professor, é ferramenta utilizada frequentemente por educadores que usam a contagem de histórias para despertar a curiosidade e proporcionar uma forma de aprendizagem no processo de ensino de crianças (HEATH, SMITH, & YOUNG, 2017).

Diante dessas informações foi observado em uma escola pública de Educação Infantil, em uma cidade no interior do Piauí - Brasil, que as crianças com idade de zero a cinco anos e onze meses e que crianças da segunda infância, ou seja, com idade de três a seis anos apresentavam comportamentos caracterizados como fenômeno *bullying*, tais como: rir do colega, fazer acepção de pessoas, apelidar o amiguinho. Dessa forma, questionou-se: *qual a percepção e vivência dos professores sobre a utilização da biblioterapia na prevenção do bullying na educação infantil?* Na perspectiva de contribuir com estratégias de prevenção de situações de violência, o estudo objetivou desvelar a percepção e vivência dos professores sobre a utilização da biblioterapia na prevenção do *bullying* na Educação Infantil.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa (LAKATOS & MARCONI, 2017), realizado em todas as escolas públicas de Educação Infantil existentes no município de Padre Marcos, no Estado do Piauí - Brasil, sendo 01 na zona urbana e 03 na zona rural. Foram contemplados todos os professores dessas escolas, que atuavam nas turmas das crianças de 03 a 05 anos e 11 meses, totalizando em 12 participantes, os quais foram mapeados pela Secretaria Municipal de Educação (SEME) do Município. Todavia, o estudo teve como critério de exclusão, professores que estivesse gozando de afastamento profissional no período da coleta de dados.

A escolha dos professores justificou-se por contemplar o período pré-operatório (2 a 7 anos), fase em que a criança já construiu o vocabulário, dessa forma a criança já recorre ao professor e fala o que houve; a criança gosta de brincar com o outro, de interagir e se comunicar e entre 5 a 6 anos quando a criança já é capaz de inventar apelidos pejorativos, criar “panelinhas”, provocar e até humilhar, nessa fase é fundamental estabelecer limites (PAPALIA & FELDMAN, 2013, p.359).

A coleta dos dados ocorreu entre fevereiro e março de 2020, em três etapas. Na **primeira etapa** foi analisada a agenda do dia de cada professor, com o intuito de verificar a disponibilidade. Na **segunda etapa** ocorreu a aplicação de entrevista semiestruturada (Gil, 2017), composta por duas perguntas objetivas sobre a identificação e o perfil profissional de cada participante, seguida de oito perguntas subjetivas sobre a biblioterapia, enfrentamento do *bullying* na infância no ambiente escolar e prevenção do *bullying* na infância. A finalidade foi desvelar a percepção e vivência dos professores sobre a utilização da biblioterapia na prevenção do *bullying* na Educação Infantil e foi iniciada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas individualmente e foram gravadas em áudio com duração de quarenta minutos.

Posteriormente, na **terceira etapa**, foi realizado o processo de transformação dos dados coletados em conteúdo textual e transcrição para o programa *Word*, originado das gravações das entrevistas semiestruturadas. Esse conteúdo foi analisado e transcrito em um *corpus* único - subdividido em duas linhas, *bullying* e biblioterapia. Em seguida, foram processados no *software* Interface de *R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) (Camargo & Justo, 2018. p, 16). Para este estudo foi utilizada análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Diante do exposto, para discussão da CHD construiu-se um dendograma correspondente a temática do estudo, com as distribuições de palavras agregadas a cada classe de origem, com seu respectivo percentual. Tais classes foram dialogadas com autores pertinentes a pesquisa e associadas ao valor de P referente a cada palavra. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (COÉTI-CA/UNIFOR) sob o Parecer nº 3.952.850 Todos os procedimentos ético-legais da pesquisa seguiram as normas da Resolução nº 466/2012 (Min. da Saúde, 2013). Os participantes foram identificados com números (ex: P1, P2 etc.).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 12 professoras, casadas, apenas duas não tinham filhos. A formação predominante das professoras era em Pedagogia e quatro delas cursaram pós-graduação na Educação Infantil. Quanto ao tempo de atuação, sete detinham entre dois e três anos de experiência como docente e quatro de oito a doze anos. Apenas uma professora relatou possuir 26 anos de experiência no ensino com crianças. Todas cumpriam uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, cumpridos nos períodos matutino e vespertino.

Quanto aos dados coletados sobre o fenômeno *bullying* e a biblioterapia, formou-se um único *corpus* textual, que resultou em 2.891 palavras, 760 *forms* (expressões de palavras que se repetiram) e 417 *hapax*

(expressões que aparecem apenas uma vez). Para análise, foi discutida a CHD, que agrupam e organizam graficamente de acordo com sua frequência.

DISCUSSÃO

Foram encontradas 81 palavras equiparadas por meio de CHD e que resultaram em sete classes numéricas. No primeiro momento, a classe 7, utilizada aqui como exemplo, foi dividida (2ª partição ou iteração) em dois sub-*corpus*. Já no segundo momento um sub-*corpus* foi dividido em quatro (4ª partição ou iteração), assim obteve-se a classe 7. E, no terceiro momento, há mais partições, originando as classes 3 e 2; classes 5 e 1; classe 4, classe 6 e classe 7.

Com a análise do resultado das classes de palavras, emergiram sete classes temáticas: Classe 7 - Comportamentos vivenciados na escola; Classe 3 - Reflexo do combate ao *bullying* na infância; Classe 2 - Prevenção do *bullying* na infância; Classe 5 - Conhecendo a biblioterapia; Classe 1 - Dialogando com a escola sobre biblioterapia e violência. As classes temáticas seguem discutidas de acordo com a ordem hierárquica delineada pela a CHD do IRAMUTEQ.

Classe 7 - Comportamentos vivenciados na escola

As principais palavras que originaram a classe 7 foram: pele, cor, cabelo, contar, sentar, questão, colega, forma, discriminação, querer e apelar. Essas palavras remetem aos comportamentos vivenciados pelas crianças nas escolas. Problema considerado não recente, agravado pelo modelo de ensino massificado que, decerto modificou o ambiente escolar estimulando a convivência, o grau de tolerância e as transformações de alguns valores. Os comportamentos agressivos existentes entre as crianças, mais apontados pelos professores, foram relacionados à cor da pele, ao cabelo, situações de discriminação e apelidos.

A cor da pele é uma forma de agressão muito recorrente na escola que atuo, mas existem outras formas agressivas que as crianças se comportam, tem algumas que discriminam por conta da altura,

do tipo de cabelo (principalmente se o cabelo for cacheado), a voz, até mesmo o personagem da mochila (P8).

A questão da cor da pele e o cabelo. Algumas crianças não querem sentar próximas das crianças com a pele de cor mais escura, as vezes ficam rindo do cabelo dos coleguinhas[...] (P5).

O comportamento de violência na escola consiste na conduta agressiva de intimidação em que os considerados mais fortes manipulam os considerados mais fracos, tornando-os instrumentos de divertimentos e prazer e onde as brincadeiras simulam a finalidade de molestar (SILVA *et al.*, 2017). O *bullying* é exposto tanto de forma direta, caracterizada por agressões físicas (tomar pertences, bater, puxar os cabelos, chutar) e verbais (constranger, apelidar de forma pejorativa e insultar), como de forma indireta podendo desencadear traumas irreversíveis, pois caracteriza por discriminação e exclusão do grupo social, visando rumores desagradáveis e desqualificantes (FANTE, 2018).

Sabe... tem algumas crianças que são agressivas, não sei se é uma reprodução do ambiente familiar, mas tem crianças com a personalidade perversa que agem de forma agressiva com as outras crianças, como por exemplo: belisca, empurra, puxa nos cabelos (P7).

Nesses comportamentos de violência que se exteriorizam desde a fase de criança, percebe-se a multiplicidade de formas de agressões, torna-se inescusável que os professores fiquem atentos e combatam essas manifestações ofensivas, haja vista que possui o potencial de causar graves consequências na vida de quem é vitimizado. Assim sendo, geralmente a criança vítima de *bullying* não possui habilidades sociais para enfrentar as agressões e tem a tendência a ter baixa autoestima e dificuldades de pedir ajuda e costumam serem mais retraídos. Já os agressores agridem as vítimas por estas possuírem possíveis diferenças (GIORDANI, LIMA, & TRENTINI, 2020).

Dessa forma, os agressores são os sujeitos que atuam de maneira violenta contra um colega, que é considerado mais frágil, com o objetivo de

machucar, inibir ou provocar sofrimento sem que haja afronta por parte da vítima. Os que praticam o ato possuem a tendência de enxergar o seu comportamento como uma qualidade, manifestam conceitos positivos sobre si mesmo e normalmente são bem aceitos pelos colegas.

Casos de crianças escolher o coleguinha que vai sentar ao lado, não só por afinidade, mas por questões de comportamento, da cor da pele e tem também casos de crianças que ficam apelidando outros coleguinhas, ele também já faz os grupinhos[...] (P11).

No Brasil é perceptível que algumas crianças com perfis agressivos têm prevalência a serem mais deprimidos do que as vítimas, informação que é divergente da literatura internacional, sugerindo especificidades culturais como, por exemplo, a negligência por parte da comunidade escolar (PUREZA, MARIN &, LISBOA, 2016). Com base nisso, é necessário compreender as características que conduzem determinadas crianças a cometerem violência contra seus pares, seja na exclusão de contato e aproximação, no ato de colocar apelidos em outras crianças ou ainda a prática de violência com base da cor ou outros traços. Tais atos permitem que sejam constatados a efetivação da violência e mostrar traços anormais de quem pratica a violência.

A violência escolar segundo Sevinç (2019) pode ter reflexos no desencadeamento de problemas relacionados ao sono, sintomas de ansiedade, depressão e até ao suicídio. A criança ou adolescente que sofre violência é vulnerável a diversos tipos de problemas como degradação da saúde mental, insônia, baixo rendimento escolar, timidez, enurese, tais sintomas resulta no desenvolvimento comprometido. Vale ressaltar que a escola carece de desenvolver ações de prevenção sobre o *bullying* para garantir o direito de cada criança em acesso à educação de qualidade e um espaço que promova uma interação saudável nos aspectos socioemocionais de todos envolvidos nesse processo.

Classe 3 - Reflexos do combate ao *bullying* na infância

Os seguimentos textuais, composto nessa classe, foram: adulto, futuro, adolecer, evitar, mais, sociedade, realidade, combate, caso, trabalho e agressivo. Tais palavras remetem a pensar na relevância desses reflexos para a criança quando estiver adulta, convivendo na sociedade.

Durante a pesquisa os professores elencaram os possíveis reflexos do combate e enfrentamento do *bullying* na infância:

Se for trabalhado com as crianças sobre o *bullying* na infância essas crianças serão adultos mais saudáveis (P2).

Assim, se faz atentar as consequências do *bullying* que, muitas vezes, pode ser ainda mais grave do que outras formas de violência. Embora os sintomas levem um tempo considerável para manifestação, suas consequências podem chegar ao desenvolvimento da depressão e baixa autoestima (MARQUES *et al.*, 2019).

Acredito que descobrindo, trabalhando e tratando a criança, ela será um adulto melhor na sociedade (P5).

Criar cidadãos do bem que contribuam para se ter uma sociedade mais justa e igualitária. Como também diminuir futuros casos de depressão e violência, seja ela familiar ou de outra natureza (P8).

Os resultados do estudo atual, identificam a importância em desenvolver ações que tenham reflexos de forma positiva na fase da adolescência e adulta para prevenir futuros problemas na vida pessoal e na sociedade em que estas crianças estão inseridas. Nota-se um importante desafio para educadores e outros profissionais como Psicologia e Saúde, assim como a percepção da necessidade de elaboração de políticas públicas em distintas áreas, haja vista que, a alta prevalência, as implicações negativas do fenômeno refletem na escolaridade, desenvolvimento psicossocial e situações saúde dos alunos. Para se ter uma sociedade equânime é essencial que esta seja capaz de garantir a formação de indivíduos críticos e participativos conscientes com postura adequada para convivência coletiva para:

Evitar que no futuro não haja adultos agressivos e evitar pessoas traumatizadas por terem sofrido algum comportamento violento (P9).

Para que as crianças se tornem adultos mais conscientes de seus deveres como cidadãos de bem, respeitando as pessoas e o espaço em que vivem e não serão adultos com sentimentos de fracasso e baixa autoestima (P4).

Uma oportunidade de prevenir casos de violência na infância é utilizando a biblioterapia como estratégia de prevenção do *bullying* na escola. A biblioterapia proporciona à criança conteúdo emocional como estratégia de enfrentamento de situações de violência, de tal forma que não exige a criança de passar por situações de violência, mas ajuda emocionalmente a criança a superar tais situações (AKGÜN & BENLI, 2019). Criança que sofreu ou sofre trauma em decorrência de algum tipo de violência, mas que participou de técnica biblioterapia, pode aprender a ressignificar seu mundo (SEVINÇ, 2019).

Classe 2 - Prevenção do *bullying* na infância

As palavras dessa classe com maior prevalência foram: cedo, vida, bem, desenvolvimento e prevenção. Seguindo esta sequência, apareceram: praticar, precisar, favorecer e *bullying*. Tais palavras remetem ao pensamento sobre a relevância em desenvolver a prevenção do *bullying* desde cedo com as crianças.

A Educação Infantil é a primeira etapa da Educação Básica, cujo objetivo é proporcionar o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, completando a ação da família e da comunidade (Brasil, Lei nº 9.394/1996, de 20 de dezembro de 1996) (BRASIL, 1996). Destarte, a legislação pátria é coerente e enfática em reconhecer a Educação Básica, que engloba a faixa etária até os seis anos de idade, como período adequado para o desenvolvimento de aspectos imprescindíveis ao progresso das crianças. Para tanto, torna-se relevante a necessidade de ação conjunta em escola, família e comunidade.

As diferenças culturais devem ser levadas em consideração, principalmente as características atípicas de cada idade, quando se pensa em planejar ações de prevenção ao *bullying* na infância (PUREZA, MARIN &, LISBOA, 2016). Tendo em vista a relevância da escola no desenvolvimento das crianças, buscou-se entender a percepção dos professores em relação aos resultados da prevenção do *bullying* na infância.

Porque uma criança trabalhada a fundo sobre o bullying, dificilmente irá praticar o ato de bullying na infância e em sua vida adulta. Isso pode evitar o mal que ele pode trazer pra vida de alguém (P9).

Porque as crianças sendo ensinadas sobre como se comportar desde cedo, favorece seu desenvolvimento para ser uma pessoa do bem no futuro (P11).

Portanto, para que as crianças aprendam e desenvolvam suas habilidades é fundamental a ajuda do professor. Sendo assim, cabe salientar que o trabalho educacional proporciona o estímulo ao desenvolvimento cognitivo das crianças e auxilia na aprendizagem do saber. A aprendizagem e o desenvolvimento caminham juntos, logo, por meio das mais diversas relações com diferentes situações no ambiente familiar e escolar, a criança interioriza experiências, passando a fazer parte de seu conhecimento e mediando suas relações futuras, seja na vida escolar ou no seu convívio social (PAPALIA & FELDMAN, 2013).

As escolas enfrentam inúmeros problemas que são consequências de situações de *bullying* vivenciado no próprio ambiente e buscam estratégias para minimizar as implicações desencadeadas por esse fenômeno. Consoante Hicks *et al.*, (2019), os professores devem buscar o fomento das atividades com o intuito de proteger as crianças na Educação Infantil.

Trabalhando bullying desde cedo possibilita as crianças que futuramente ela saiba como enfrentar situações do tipo (P1).

O *bullying* durante o convívio escolar na Educação Infantil ocorre de forma perspicaz e interfere no desenvolvimento da criança, por isso o

professor deve sempre ficar atento e enxergar as situações de violência (SOUZA, NIZ & NEVEZ, 2018).

Porque uma brincadeira mesmo não intencional, poderá desencadear o bullying na fase da adolescência (P2).

O *bullying* é percebido e considerado um dos inimigos das escolas e, por diversas vezes, enfrentado como “brincadeiras da idade”, que é determinado nas escolas devido as condições dos espaços, das atividades, das relações interpessoais e da maneira como os educadores executam seu papel de líder (MONTEIRO, 2017). Outrossim, a que se destaca é a ausência dessa capacidade de percepção pelos professores tem o potencial de gerar danos psicológicos sérios e irreversíveis na vida das crianças.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que analisou uma amostra de 15.686 crianças, constatou que 29,9% desse público demonstrou o envolvimento com o *bullying*, quando 13% eram agressores, 10,6% eram vítimas e 6,3% eram agressores-vítimas (GIORDANI, LIMA & TRENTINI, 2020). A maior incidência do *bullying* tem sido mais recorrente em crianças, de até 12 anos, principalmente entre os matriculados em escolas de Ensino Fundamental, apresentando comprometimento no seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Outras pesquisas internacionais sobre o combate ao *bullying* mostram melhores resultados, quando é dada prioridade na prevenção, ou seja, o falar sobre a temática desde cedo, buscando fortalecer o desenvolvimento das crianças e procurando identificar os papéis envolvidos no fenômeno e instruir para defesa assertiva em situações de *bullying* (MARTINS & FAUS, 2018).

Experiências realizadas por meio da leitura do *The Goblet Club* como estratégia de prevenção em um programa anti-*bullying* de uma escola na África mostrou aos alunos a oportunidade de usar as lutas e agressões dos personagens fictícios para reconhecer seus inimigos através da contagem de história, favorecendo mudanças de comportamentos dos alunos agressores. Com esse estudo, foi possível a biblioterapia como uma maneira de fortalecer o anti-*bullying* existente nas escolas (WET, 2017). Reforça-se

aqui a necessidade de capacitar os professores e proporcionar o estímulo à interação social, desenvolvimento psíquico, comportamental e emocional das crianças.

Classe 5 - Conhecendo a biblioterapia

Elencou-se nessa classe, as palavras com maior predomínio: saber, filho, comportamento, assim, ficar, relação, preciso e participar. Essas palavras apontam uma forte relação com a palavra biblioterapia no contexto escolar. Ao serem indagadas sobre a biblioterapia e seus efeitos, as participantes expressaram supor que a biblioterapia é capaz de mudar o comportamento do indivíduo:

[...] A biblioterapia tenha como objetivo o trabalho do comportamento. Acho que através da biblioterapia as crianças podem mudar o comportamento em relação ao bullying... tipo assim, a criança que tiver a intenção de maltratar o coleguinha, que participar da biblioterapia, pode ser que não cometa comportamento de agressivo (P10).

Acredito que a biblioterapia trabalha com o comportamento da criança (P5).

Por conseguinte, é possível extrair que, mesmo sendo uma ferramenta ainda pouco difundida no cenário educacional atual, seus benefícios são patentes. Aqueles que participam da biblioterapia procuram se identificar com as histórias lidas, bem como suas particularidades e afinidades, podendo então adquirir métodos para a intervenção de dificuldades internas e externas que acometem a rotina diária.

Deste modo, o impacto do processo biblioterapêutico possui expectativa positiva e com isso resultado recompensador para o leitor (SANTOS, RAMOS & SOUSA, 2017). Histórias bem contadas para crianças na infância têm a capacidade de modificar ou construir a forma de pensar e sentir de tal maneira que auxilia no comportamento (HEATH, SMITH & YOUNG, 2017).

Classe 1 - Dialogando com a escola sobre a biblioterapia e a violência na infância

Essa classe, originou-se os seguimentos textuais: achar, aprender, dialogar, momento e forma. Seguindo a sequência apareceu: bom, entender, eficaz, biblioterapia e criança. Originou-se a classe temática como forma de discutir sobre a relação da biblioterapia com o *bullying*.

Segundo Silva (2016), existem três tipos de violência no ambiente escolar de ensino infantil, a violência física (que comprometem o bem estar das crianças e as colocam em risco, apertões, empurrões, ficar ajoelhado); violência emocional (humilhações, xingamentos, hostilidades), violência simbólica (carência de estimulação, ausência de autonomia e toda condição que possa provocar uma forma de prejuízo ao desenvolvimento psicológico da criança. Neste sentido, é possível observar que existem diversas formas de violência possíveis de serem efetivadas no ambiente escolar e, preponderantemente, dessa forma uma intensidade mais significa dessas violências em criança em situações de maior vulnerabilidade.

Importante destacar, que as consequências graves advindas da violência simbólica, tendo em vista que pode vir a causar um sentimento de inferioridade, de descrença no próprio potencial e capacidade de buscar condições melhores de vida, quando se encontra em situação de carência social. O que pode gerar sérios prejuízos em seus sonhos e objetivos de vida.

Dialogar sobre o *bullying* na escola se tornou uma demanda recorrente no espaço educacional que necessita da atenção de pais e professores para intervir em ações preventivas com o intuito de proteger a saúde e bem-estar de crianças e adolescentes e favorecer no processo de ensino e aprendizagem (SHECHTMAN, 2017). Destarte, a violência advinda do *bullying* acaba por exigir dos centros educacionais um ambiente multidisciplinar com habilidade para adotar e efetivar medidas concretas para prevenir e obstar as práticas violentas.

Ao buscar entender como era feito o planejamento e execução das ações de prevenção ao *bullying* na escola, bem como o enfrentamento

deste fenômeno por meio da biblioterapia nos espaços educacionais de ensino da Educação Infantil, foi constatado que não existe um plano de ação de prevenção que trate dessa temática na escola.

Não há um trabalho diretamente voltado para essa questão, mas quando acontece a intervenção é por meio de diálogo (P1).

Percebeu-se que nas escolas não existem propostas pedagógicas com plano de intervenção para prevenção do *bullying*, mas ao surgir casos de violência é dialogado com as pessoas envolvidas. O programa de combate ao *bullying*, instituído no Brasil pela Lei nº 13.185, de 06 de novembro de 2015, em seu artigo 4º, inciso II, assegura o embasamento legal de momentos que propiciem aos professores capacitação profissional, implementação de ações de discussões, orientação e solução para os casos de violências em decorrência do *bullying* (Brasil, 2015). Dentre as estratégias de enfrentamento do *bullying* mais assertivas estão as capacitações de professores, treinamentos e reuniões com pais, métodos disciplinares e rigorosos, uso de matérias lúdicos educativos, maior supervisão por parte das escolas no horário do recreio, palestras e diálogos sobre violência escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção sobre a relação da biblioterapia no enfrentamento do *bullying* no espaço escolar foi apresentada por meio de sete classes temáticas, as quais refletiram sobre as características que conduzem determinadas crianças a cometerem violência contra seus pares no ambiente escolar. Entretanto, um ponto que se destaca nessa análise é que uma parcela considerável de professores que atuam na Educação Infantil desconhece a biblioterapia e enfatizam que nas escolas não existe nenhum plano de intervenção direcionado para o enfrentamento do *bullying* na infância.

Além disso, verifica-se que existem circunstâncias de agressões contra crianças no ambiente escolar, em especial o *bullying*, fato que implica na imprescindibilidade de um olhar mais sensível quanto a fomentar políticas públicas de saúde mental na fase da Educação Infantil. E, por parte

dos professores, no sentido de desenvolverem propostas de intervenção precoce de prevenção, junto com a escola e os pais, de modo a garantir o desenvolvimento saudável dessas crianças no processo de ensino-aprendizagem.

Sugere-se, a realização de capacitação e treinamento com os professores para implementação da biblioterapia no ambiente educacional, oportunizando o desenvolvimento de comportamentos saudáveis que estimulem o amadurecimento e a convivência harmoniosa entre os pares.

REFERÊNCIAS

AKGÜN, Ege; BENLİ, Gökçe Karaman. Bibliotherapy with Preschool Children: A Case Study. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, v. 11, n. 5, 2019.

ARSENEAULT, Louise. Annual research review: the persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: implications for policy and practice. *Journal of child psychology and psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 405-421, 2018.

BRASIL, Constituição; BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, v. 134, n. 248, p. 2783427841-2783427841, 1996.

BRASIL, Constituição; BRASIL. Lei nº 13.185, de 6 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). 2015.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. *Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina*, 2013.

FANTE, Cleo. *Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Verus Editora, 2005.

FLANAGAN, Kelly S. et al. Coping with bullying: What answers does children's literature provide?. *School psychology international*, v. 34, n. 6, p. 691-706, 2013.

GIORDANI, Jaqueline Portella; LIMA, Carolina Palmeiro; TRENTINI, Clarissa Marcelli. Adversidades na Infância: Associação a Fatores Protetivos e Sintomas Internalizantes na Aduldez. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 20, n. 3, p. 899-918, 2020.

GIL, Antonio Carlos et al. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2017.

GOTTIER, K. *Running head: children's literature and bullying*. Programa de Honras, Liberty University, Lynchburg, Virginia. EEUU, 2019.

HEATH, Melissa Allen; SMITH, Kathryn; YOUNG, Ellie L. Using children's literature to strengthen social and emotional learning. *School Psychology International*, v. 38, n. 5, p. 541-561, 2017.

HICKS, Janet et al. Instigators of cyber-bullying: A new strategy for new players. *Journal of Creativity in Mental Health*, v. 14, n. 2, p. 217-228, 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas. 8ª ed. 2017.

MARCOLINO, Emanuella de Castro et al. Bullying: prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, 2018.

MARQUES, Emília de Rodat Ribeiro et al. O *bullying* e os danos à saúde mental. *Temas em saúde*, v. 19, n. 4, p. 290-321, 2019.

MARTINS, Fabiane Silveira; FAUST, Giane Inês. Prevenção ao bullying: intervenção baseada na Abordagem Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 14, n. 2, p. 113-120, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.

MONTEIRO, Michelle Popenha Geraim. *O bullying segundo a percepção dos estudantes do 5º ano do ensino fundamental*. 2017. 148 f. 2017. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Educação) Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba..

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 12ª ed., 2013.

PERES, M. F. T. et al. *Violência, bullying e repercussões na saúde: resultados do Projeto São Paulo para o desenvolvimento social de crianças e adolescentes (SP-PROSO)*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2019.

PUREZA, Juliana; DE MACEDO LISBOA, Carolina Saraiva; MARIN, Angela. Intervenção para o Fenômeno de Bullying na Infância: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Interação em Psicologia (Online)*, 2016.

SANTOS, Andréa Pereira dos; RAMOS, Rubem Borges Teixeira; SOUSA, Thais Caroline Silva. Biblioterapia: estudo comparativo das práticas biblioterápicas brasileiras e norte-americanas. *RECIIS (Online)*, v. 11, n. 2, p. 1-15, 2017.

SALLES, L. M. F.; FONSECA, D. C.; ADAM, J. M. *Sobre violência e violência na escola: considerações a partir da literatura na área*. Conselho Escolar e as possibilidades de diálogo e convivência: o desafio da violência na escola/organizadora: Maria Cecília Luiz. EdUFSCar. <http://portal.mec.gov.br/index.php>, 2016.

SEABRA, Alessandra Gotuzo et al. *Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica*. São Paulo: Memnon, p. 39-50, 2014.

SEVINÇ, Gülşah. Ruh Sağlığını Okuma Yoluyla İyileştirme: Bibliyoterapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, v. 11, n. 4, p. 483-495.

SHECHTMAN, Zipora. Group intervention with aggressive children and youth through bibliotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, v. 67, n. 1, p. 47-67, 2017.

SILVA, Juliana Pereira da. *Violência na educação infantil: apreensão dos sentidos e significados docentes*. Centro de Ciências Humanas e Sociais da Univer-

cidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS. 2016.

SILVA, Daniel et al. Vítimas e agressores: manifestações de bullying em alunos do 6º ao 9º ano de escolaridade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. Especial 5, p. 57-62, 2017.

DOS SANTOS SOUZA, Élica; DA SILVA NIZ, Márcia; NEVES, Rosa Aparecida. Educação Infantil e as violências silenciadas: um ambiente democrático e acolhedor? *Cadernos da Pedagogia*, v. 11, n. 22, 2018.

WET, Corene D. Reading Partridge's "The Goblet Club" as an Integral Part of a Secondary School's Anti-Bullying Programme. *Bulgarian Comparative Education Society*, v. 15, p. 115-121, 2017.

Capítulo 8

Maternidade e Trabalho como Dispositivos Foucaultianos: uma análise das narrativas de mulheres, mães e docentes universitárias

Aline Veras Brilhante

Raisa Pinheiro Arruda

Monalisa Silva Fontenele Colares

INTRODUÇÃO

As questões de gênero são contingentes do imaginário que normatiza socialmente as práticas docentes (CARVALHO, 1999). Investigar gênero no magistério é, portanto, fundamental para compreender as estruturas dos ambientes de trabalho e das relações hierárquicas de poder que as permeiam (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Apesar da relevância dessa perspectiva, estudos sobre a maternidade como dispositivo (ZANELLO, 2015) têm sido negligenciados em pesquisas sobre trabalho docente.

As últimas décadas do século XX foram marcadas por diversas transformações demográficas, socioculturais e econômicas, no Brasil e no mundo, que contribuiram para o aumento da força de trabalho feminino (BRUSCHINI; RICOLDI; MERCADO, 2008). Nos anos 2000 houve um aumento expressivo do número de mulheres no ensino superior, que chegou a 60% total dos discentes (BARRETO, 2014). Apesar disso, alguns espaços, entre eles o mundo acadêmico e científico, persistem essencialmente masculino. Estima-se que 54% dos docentes universitários sejam homens. (BARRETO, 2014).

A aceitação da mulher na atividade acadêmica e científica demanda uma performance que negue características reconhecidas como femininas (SAITOVITCH, 2006). A condição familiar e a maternidade são frequentemente colocadas como empecilho para o alcance das metas profissionais (HAYASHI *et al.*, 2007). A pretensa igualdade entre os gêneros no mundo acadêmico depende de uma paridade no comportamento da mulher ao homem, num pressuposto falacioso de uniformidade e assimilação (HAYASHI *et al.*, 2007, BITTENCOUT, 2014). Por exemplo, a maternidade é uma das principais causas apontadas para o declínio na produtividade acadêmica da mulher brasileira nas idades de 35 a 39 anos. No entanto, a mesma régua não é aplicada aos professores homens em relação à paternidade (BITTENCOUT, 2014)

Diante deste contexto emergem as questões: Seria a maternidade em si um empecilho à carreira de mulheres no meio acadêmico? Como as formações discursivas que permeiam os entendimentos hegemônicos sobre maternidade e sobre trabalho separadamente influenciam o encontro desses dois constructos? Como essas formações se estruturam e passam os discursos de mulheres mães e docentes universitárias?

Partindo do pressuposto de que tanto a maternidade como o mundo do trabalho emergem como dispositivos foucaultianos (FOUCAULT, 2007; 2018), este artigo objetiva analisar as formações discursivas que sustentam o lugar da mãe e da mulher como distante do espaço científico e acadêmico, partindo do discurso de mulheres mães e docentes universitárias.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo baseado na técnica de Entrevista Narrativa Autobiográfica de Schütze (SCHÜTZE, 1983). Os critérios definidos para inclusão na pesquisa foram: exercer atividade docente em Instituições de Ensino Superior de Fortaleza, Ceará, Brasil e ter filho(s) de até 03 anos de idade. Foram excluídas pessoas com tempo de docência inferior a 2 anos. A proposta inicial era entrevistar mães e pais a fim de

avaliar as relações de gênero nas construções entre parentalidade recente e trabalho. Contudo, nenhum homem se prontificou a participar da pesquisa. A amostragem para as participantes ocorreu por chamada aberta e pela da técnica de bola de neve (VINUTO, 2014). Após o contato inicial, verificando os critérios de inclusão e exclusão, a entrevista foi marcada no local de disponibilidade dos docentes. Participaram desta pesquisa 13 mulheres. Cinco homens foram convidados a participar e todos recusaram.

As entrevistas ocorreram entre janeiro e setembro de 2018 em quatro etapas: iniciação, narração central, “perguntas imanentes” e “perguntas exmanentes” (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002; SCHÜTZE, 1983). Após a iniciação, onde foram dadas as informações sobre a pesquisa, as informantes produziram relatos espontâneos a partir de uma pergunta gerativa sobre sua experiência conjugal relacionada à violência (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002). Em seguida, foram realizadas indagações complementares visando elucidar dúvidas e questões inerentes a um roteiro com tópicos-guia norteadores previamente estabelecido (perguntas imanentes). Após a fase das perguntas imanentes, a gravação foi interrompida, iniciando-se uma conversa informal, gerando relatos de argumentação, racionalização e teorização da parte das informantes (perguntas exmanentes) (APPEL, 2005; JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002; SCHÜTZE, 1983). Nesta etapa foram feitas reflexões que se revelaram importantes na interpretação dos conteúdos gravados (GARCÍA, MANSO, 2018). Após cada entrevista, os áudios foram transcritos e ajuntados ao registro da etapa de perguntas exmanentes, seguindo-se a limpeza das marcas de oralidade e a estruturação das narrativas (APPEL, 2005; SCHÜTZE, 1983). A saturação foi considerada atingida quando não surgiram novas categorias a partir dos dados (SAUNDERS *et al.*, 2017).

A análise iniciou-se pela identificação de esquemas comunicativos (descrição, narração e argumentação), suas funções representacionais e comunicativas e os marcadores linguísticos e paralinguístico (APPEL, 2005). Os dados foram então divididos em material indexado e não in-

dexado. O primeiro corresponde ao conteúdo racional e concreto, que pode ser ordenado cronologicamente (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002). Na etapa seguinte, investigamos as dimensões não indexadas do texto, reunindo e analisando as atividades de autoteorização de modo individual e comparativo (MUYLEAERT *et al.*, 2014). Essa análise partiu de um referencial teórico que aliou o conceito de dispositivo histórico Foucaultiano ao campo dos estudos feministas, particularmente ao conceito de consubstancialidade.

Esta pesquisa foi desenvolvida em concordância com os padrões éticos, obedecendo aos ditames da resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Fortaleza com o número 2.726.435. A fim de assegurar o anonimato das participantes, estas receberam o pseudônimo de letras alfabéticas seguida de numeração arábica (A1, A2, A3...).

RESULTADOS

A análise das narrativas evidenciou que as formações discursivas sobre mundo do trabalho e maternidade são construídas no sentido de torná-los imiscíveis. Ambos os constructos, de forma consciente ou não, transcendem o espaço discursivo, atuando como dispositivos foucaultianos e fomentando a divisão dos gêneros em diferentes papéis sociais. Do processo de análise emergiram três categorias: o mundo do trabalho e a negação do feminino; divisão sexual do trabalho; as questões de gênero e as exigências institucionais-acadêmicas.

O mundo trabalho e a negação do feminino

As narrativas evidenciam o androcentrismo que rege espaço acadêmico. As entrevistadas naturalizam em suas narrativas a negação de atributos femininos como requisito para a ocupação de cargos de gestão ou maior prestígio por mulheres. Ressalte-se que essa negação se refere menos aspectos físicos, como postura ou modo de vestir-se, e mais a questões complexas associadas ao papel social da mulher. De acordo com A1

(37 anos, dois filhos: 3 anos, 3 meses), não há qualquer reconhecimento por parte das instituições das demandas relativas a questões familiares. Ela nos fala que *“não tem ergonomia, a pressão de sair pro médico e repor a carga horária, tudo isso vai gerando problema, e no fim gera estresse entre a gestante e a instituição. Como a gente vive uma sociedade patriarcal, esperam que a gente tenha uma postura como de homens, né?”*. Nesse contexto, A1 descreve o mundo acadêmico como *“um espaço de trabalho masculino”* e reitera que o reconhecimento da competência da mulher demanda uma produtividade equivalente à masculina, ao afirmar que *“quando a gente passa a ir para um espaço de trabalho que não era nosso. Aí tem que mostrar que se produz tanto quanto eles.”*

Não apenas as instituições, mas também as próprias colaboradoras apreenderam que a negação da maternidade é uma condição para o reconhecimento profissional. Paradoxalmente, reconhecem que as mulheres ainda são, social e culturalmente, as maiores responsáveis pelos cuidados com os filhos. Para A2 (36 anos, filha de 2 anos), a gravidez é uma escolha da mulher, de modo que cabe a esta o adaptar-se à dupla jornada: *“Eu tento ao máximo não dar brecha, acho que é opção, não é justificativa. A presença dela (filha) hoje dificulta, mas não pode ser justificativa para eu não fazer! Foi uma escolha minha, então eu tenho que dar conta!”*. A internalização da ideia de incompatibilidade entre os papéis de mãe e profissional é tal que A4 (33 anos, duas filhas, 3 anos e 1 ano) sente-se obrigada a ocultar no trabalho questões relativas a maternidade, chegando a expressar que *“A gente faz tudo para não apontarem o dedo na nossa cara”* (A4). As dificuldades enfrentadas nessa conciliação são percebidas como problemas individuais e não como uma questão social. A2 (36 anos, 1 filha de 2 anos) deixa claro quando desabafa que *“Eu sou muito responsável, eu detesto ser chamada atenção por algo que eu falhei, tento dar o meu melhor”*.

A naturalização da Divisão Sexual do Trabalho

A suposta incompatibilidade entre maternidade e mundo do trabalho encontra reforço na análise da produtividade. As mulheres naturaliza-

ram e reproduziram em suas narrativas uma falsa relação causal direta entre maternidade e queda da produtividade. A fala de A5 (31 anos, 1 filha de 2 anos e gestante de 6 meses), por exemplo, coloca a dedicação ao trabalho e à família como incompatíveis, o que justifica a queda de rendimento profissional: *“meu rendimento não é mais o mesmo, mesmo que eu tenha diminuído bastante a carga horária e tudo, as filhas passaram a ser total prioridade”*. A internalização de que o cuidado é função prioritariamente materna naturaliza o abandono profissional pela mulher, sem que o equivalente masculino ocorra, como ilustra A9 (37 anos, filha de 2 anos e gestante) ao questionar a conciliação entre docência e maternidade: *“Pra mim tava sendo uma pancada! Eu tava deixando de ser mãe para ser professora, aí comecei a ficar mais presente, reduzi minha carga horária para 12h. Teve dias de eu chegar em casa e ela estar dormindo, e eu saía com ela dormindo, para mim aquilo foi o mesmo que a morte. E aí vem o bebê. Então eu pedi demissão!”*

Essa percepção ignora – de forma consciente ou não – a função paterna. Sobre o pai não recai as mesmas demandas familiares de modo que, tanto no trabalho como em casa, ele pode permanecer afastado das questões domésticas. A4 nos fala sobre essa dificuldade: *“eu não consigo ficar de madrugada como ele [pai]. Mas eu não tenho um sono profundo, eu não tenho descanso. Eu preciso dormir, descansar. Tô exausta e aí não consigo ficar acordada como antes estudando. Eu acordo por conta de choro do bebê, mas não consigo me concentrar para estudar”*.

A imagética e as estruturas de funcionamento construídas para o trabalho acadêmico expõe outro ponto de incompatibilidade com a maternidade: a confluência de cenários. Como nos narra A3 (1 filho de 1 ano), existe a crença de que o trabalho em casa é inerente à docência: *“no momento em você decide ser professor, trabalhar em casa é inerente à profissão”*. Contudo, também existe a construção social de que o cuidado dos filhos – no espaço doméstico – também cabe a mãe. Deste modo, se o professor consegue conduzir o trabalho docente em casa sem maiores empecilhos, resta à docente mãe conciliar as funções, como exemplifica A8 (34 anos, 1 filho de 1 ano): *“outro dia, eu estava corrigindo prova e com meu filho no*

colo. Então eu sentei no chão e corrigi as provas e ele corrigindo um caderninho dele, queria envolver-se no que eu estava fazendo. Eu tenho o que fazer, mas também quero estar junto! E isso é muito sofrido”.

Mesmo quando é proporcionada a flexibilidade de horários no trabalho acadêmico, a divisão sexual do trabalho segue como um empecilho. Sendo considerada responsável sobre as atividades domésticas e familiares, a conciliação de múltiplas tarefas leva a mulher à fadiga e a exaustão. Nesse sentido, A7 nos fala que *“Na academia a gente pode organizar os horários com muito mais flexibilidade. Então não é que a produtividade caia, às vezes dá pra manter. Mas é mais difícil você executar as tarefas que você tinha antigamente, e faria mais rápido e eficiente. Antes eu não precisava virar a noite, hoje eu preciso, a gente se cansa mais para alcançar as mesmas expectativas”.*

As próprias informantes internalizaram o papel do pai como suporte e não como corresponsável pelos cuidados familiares. Nesse sentido, A3 (33 anos, filho de 1 ano) fala sobre sua rotina: *“A divisão do trabalho doméstico e com o bebê, a gente faz o possível, por que ele [o marido] fica muito tempo no trabalho e eu acabo assumindo as outras tarefas. Só quando estamos os três, que ele [o marido] às vezes fica com o bebê, para eu dar conta do que não dei quando estava cuidando do bebê”.*

O conflito subjacente a essas formações discursivas é naturalizado nas narrativas. A7 (31 anos, 1 filha de 1 ano), por exemplo, ao mesmo tempo em que o nega, reconhece que a confluência de papéis culmina em sofrimento. Ela declara: *“não vejo um conflito, eu me vejo é louca, é muita coisa pra corrigir, para fazer, já tentei com ela no colo, organizei pauta com ela”.*

A internalização dessas construções discursivas culmina no assujeitamento dessas mulheres, com sua introjeção como modelo natural. O relato de A4 (33 anos, filhas de 3 anos e 1 ano) exemplifica: *“Eu tive que fazer uma escolha recente, tive um artigo para aprovar, ia para um congresso, mas o aniversário das meninas era um dia depois, eu acabei não indo apresentar o artigo. Essa é uma questão materna muito interessante, se eu conversasse com ele [o marido] sobre isso, ele ia dizer para eu deixar o aniversário*

para lá e ir pro artigo. Eu abri mão de produzir como eu gostaria, eu não tenho um currículo de doutora, acho que tem a ver com a maternidade, e ter que trabalhar, eu não fico bem com isso”.

A institucionalização da divisão sexual do trabalho acadêmico

A divisão sexual do trabalho é sustentada por estrutura social e legitimada pela ação institucional. A narrativa de A4 (33, filhas de 3 anos e 1 ano) expõe um dos mecanismos utilizados para se oficializar a exclusão da docente. Ela narra: “Eu tinha uma carga horária de 36h quando estava grávida, e as coordenadoras não se preparam para isso, não disseram para os professores que assumiram a disciplina que eu ia voltar em outubro, alocaram os professores e não quiseram lidar com o mal-estar de me devolver a disciplina”. A medida, além de arbitrária, é ilegal, como esclareceu para A4 o departamento de Recursos Humanos: “eu liguei pro RH pedindo pra sair e a moça disse pra mim que eles estavam fazendo errado, disse: você tem que dizer sua disponibilidade, e eu disse: passe um e-mail formalizando isso!”. A medida apesar de ilegal é banalizada no meio acadêmico, como percebe A5 (31, filha de 1 ano e gestante), ao afirmar que “normalmente, o professor que é pai ganha as turmas que a professora que é mãe perdeu. Acho que inconscientemente as empresas reforçam o estereotipo, na hora da contratação ou promoção, a maternidade pesa”.

A perda do espaço é acompanhada pelo apagamento de uma carreira prévia, construída até o afastamento. No Brasil a licença maternidade é de 4 meses para empresas privadas e de 6 meses para funcionários públicos e funcionários de empresas cidadãs. Esse tempo - curto para o cuidado do Recém-nascido – é interpretado no mundo do trabalho como uma concessão. Deste modo, é demandado da mulher que ela reinicie seu percurso profissional, ignorando a trajetória pregressa. A5 (31 anos, 1 filha de 2 anos e gestante de 6 meses), por exemplo, fala sobre “a sensação de ter voltado totalmente à estaca zero”. Ela narrou seu percurso com o número crescente de turmas enquanto estava no mestrado e ao longo da

carreira, bem como a queda no retorno da licença-maternidade: “Eu voltei a trabalhar e diminuiu de 5 para 1. Por que não continuar com a mesma carga horária?”. O receio de crescer e ser novamente podada, a levou a optar por outra gestação em seguida “porque quando eu puder voltar a toda com a minha carreira, eu não vou precisar ficar parando e reconquistando!”.

Apesar da violência simbólica inerente às construções discursivas sobre a maternidade e sobre o mundo do trabalho, as informantes encontram justificativa para o contexto e para a defesa das instituições. Nesse sentido, A4 fala: “Eu não posso jogar para o outro um problema que é meu, não é culpa nem da instituição, é um problema estrutural, não sei se é um preconceito”. A9 (A.9, 37 anos, 1 filha de 2 anos e grávida) reconhece o preconceito negado por A4, mas justifica as posturas institucionais a partir do contexto sócio-cultural: “eu não culpo a instituição. Eles reproduzem uma questão cultural e a visão do lucro. O quanto que a gente sofre de preconceito né? Uma criança não se vira sozinha, mas tem uma visão de lucro, né? A instituição tem essa visão. O problema é de quem inventou de parir”.

Ao final da pesquisa, três entrevistadas deixaram de ser professoras uma foi demitida logo que retornou da licença maternidade, outras duas pediram demissão: A1, A8 e A9.

DISCUSSÃO

Os resultados expõem como os discursos em torno da maternidade e do mundo do trabalho acadêmico são operacionalizados como dispositivos foucaultianos, encontrando pontos de apoio recíprocos na construção de estruturas de poder que legitimam a divisão sexual do trabalho docente.

Compreender a experiência da maternidade a partir de Michel Foucault requer uma análise de três eixos: os domínios de saber que a significam, os sistemas de poder que a regulam como prática e as formas de subjetivação, mediante as quais nos elaboramos como sujeitos desejan-tes (FOUCAULT, 2001). Os saberes construídos sobre a maternidade – sua

imagética como significante do feminino, suas características morais, seu papel cívico – constroem-se como verdades no interior de práticas discursivas situadas e adaptadas na historicidade (MARCELLO, 2003; MEYER, 2011; ZANELLO, 2015). Estes saberes possuem a função estratégica de regular as práticas maternas aceitáveis e barrar outras, a depender das forças dos sistemas de poder. O processo de subjetivação ocorre nesse contexto, não como consequência direta do saber-poder, mas como um dos componentes de desses sistemas de variáveis, que se desdobram umas das outras (DELEUZE, 1996). Essa conceitualização requer que o entendimento do dispositivo como um conjunto heterogêneo de práticas que capaz de se entrelaçar a outros processos discursivos nos processos de saber-poder-subjetivação (FOUCAULT, 1995).

Em uma sociedade capitalista, os discursos sobre o trabalho também atuam como dispositivos, sendo o sofrimento laboral associado à inaptidão para o trabalho e utilizado no processo de desvalorização social (SANTIAGO, YASUÍ, 2011). Os resultados aqui apresentados demonstram a utilização do dispositivo da maternidade, a fim de construir uma experiência do trabalho feminino como incompatível com a experiência de ser mãe. O sofrimento decorrente desse conflito, reforça a divisão sexual do trabalho, construindo o discurso falacioso – mais assumido como verdade – de que a maternidade torna a mulher menos produtiva. No mundo acadêmico, as especificidades e demanda das pesquisas, como os prazos para bolsas, ou a necessidade de manutenção dos índices de produtividade científica não são atenuados para os meses em que a mulher está dedicada à maternidade. Tampouco existe rede de apoio institucionalizada a fim de mitigar a questão. Cria-se, assim, um contexto que conduz à queda de produtividade, construindo a falsa analogia que associa a maternidade em si à menor capacidade laboral (TAVARES, 2008).

O entrelaçamento desses dispositivos insere-se na historicidade. Na revolução industrial a mulher assumia a função social de “educadora dos filhos [...] e formadora dos futuros cidadãos” (LOURO, 2015, p. 447). Nos anos de 1920 e 1930, o ideal da “mãe cívica” ou “moral”, condicionava a liberdade de trabalhar ou cursar uma faculdade à manutenção das

relações domésticas (RAGO, 2015; CHODORO W, 1990; PINHEIRO *et al.*, 2009; BRUSCHINI, HIRATA, 2000). Sendo responsável pela formação de cidadãos e pela retidão moral dos filhos, ao trabalhar externamente, a mulher assumiria um risco moral para sua família e para a nação. Sendo, contudo, o trabalho feminino necessário, era considerado restrito a mulheres que aceitassem negociar sua honra em decorrência de questões socioeconômicas (MORGADO, 2012). Essa construção discursiva contribuiu para a perpetuação da cultura escravagista no Brasil. Mulheres negras e pobres sempre trabalharam, recebendo, contudo, a retaliação social por isso (LIMA, 1995). Essas construções estruturadas e legitimadas na historicidade confluem para a construção da ideia de que o papel social feminino é ameaçado pelo mundo do trabalho (RAGO, 2015).

A organização das forças que regulam os dispositivos, contudo, é instável diante dos efeitos de resistência que suscita, produzindo a necessidade de rearranjos e de rearticulações constantes em sua manutenção (FOUCAULT, 1997). As mudanças sociais iniciadas nas décadas de 1960 e 1970 culminaram na dissociação entre conceitos morais e a imagem da “mulher pública”, que passou a ser pensada na mesma perspectiva do “homem público” (RAGO, 2015). Nossos resultados demonstram, contudo, que essa mudança discursiva, longe de estabelecer uma quebra na divisão sexual do trabalho, apenas atualizou os dispositivos de controle. A divisão sexual do trabalho baseia-se na separação dos trabalhos de homens e mulheres e na valorização do trabalho considerado masculino em detrimento ao trabalho entendido como feminino (HIRATA, KERGOAT, 2007). A legislação trabalhista brasileira corrobora reforça as tradicionais convenções sociais de gênero e as estruturas de desigualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho, ao ignorar o pai como cuidador potencial (PINHEIRO *et al.*, 2009) Uma alternativa para esse modelo são as licenças parentais, encontradas em outros países, como Suécia, Noruega, França (BADINTER, 2011). No contexto brasileiro, contudo, as formações discursivas que significam o mundo do trabalho o fazem partindo de uma falsa neutralidade, que ainda o situam como

masculino. O paradigma de parceria intrafamiliar constitui-se a exceção, sendo a regra a responsabilização das mulheres pelo trabalho doméstico, desvalorizado pelos dispositivos que normatizam o mundo do trabalho em nossa sociedade (FREITAS, 2007; IPEA, 2010)

Vale ressaltar que os modos de subjetivação ocorrem em meio ao pensamento e a experiência que o sujeito faz de si próprio e do mundo em que vive, nos termos assumidos como éticos (FOUCAULT, 1995). Por ética, Foucault (2001, p. 27) compreende “[...] a maneira pela qual é necessário ‘conduzir-se’ – isto é, a maneira pela qual se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código”. As falas de nossas colaboradoras demonstram como o dispositivo da maternidade foi internalizado em seus processos de subjetivação, de modo que elas tomam como natural discursos, práticas e normatizações socialmente construídas de sustentadas. Nas falas das colaboradoras desta pesquisa, evidencia-se a tomada da responsabilidade da maternidade para si, mesmo quando compartilhada com uma rede de apoio, além da internalização de uma imagética de maternidade como empecilho para o desenvolvimento da carreira acadêmica. Desta maneira, investidas sustentáveis que visem mitigar as desigualdades de gênero no meio acadêmico demandam mudanças profundas em diversos pontos de sustentação dos dispositivos da maternidade e do trabalho, a fim de construir novas possibilidades de saber-poder-subjetivação, que entendam o cuidado familiar dentro de um paradigma de parceria.

CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa descortinaram a interação entre os dispositivos que regulam as experiências da maternidade e do mundo do trabalho e como estes atuam nos processos de subjetivação. Os discursos e práticas sobre a maternidade e o mundo do trabalho acadêmico são operacionalizados como dispositivos foucaultianos, que atuam em sinergismo legitimando a divisão sexual do trabalho docente.

Os dados fomentam a necessidade de aprofundamento sobre essas questões, a fim de construir novas possibilidades de saber-poder-subjetivação, visando a divisão igualitária do trabalho doméstico, bem como a responsabilidade na esfera do cuidado, entre homens e mulheres, para que ambos possam se lançar no mercado de trabalho, de forma equilibrada e não desigual.

Desta maneira é possível a reflexão acerca do papel fundamental de políticas que desconstruam a maternidade como um dispositivo, como uma norma comportamental feminina, mas que a capacidade de mater, cuidar e ser responsável pelos filhos seja compartilhada, de maneira que esta não seja um fator limitante da existência feminina, mas como afirma Hannah Arendt (2011), filhos são um vínculo com o futuro da humanidade e para tê-los devemos nos apropriar do nosso compromisso e responsabilidade com a humanidade, com meu adendo: independente do gênero.

REFERÊNCIAS

ABREU, Alice Rangel, OLIVEIRA, Maria Coleta F. A., VIEIRA, Joice Melo, MARCONDES, Glaucia dos Santos. Presença feminina em ciência e tecnologia no Brasil. In: ABREU, Alice Rangel, HIRATA, Helena, LOMBARDI, Maria Rosa. (Orgs). *Gênero e Trabalho no Brasil e na França*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

ALONSO-ARROYO, Adolfo, GÓMEZ-GUARDEÑO, Esperanza, GONZALEZ-SANJUÁN, Maria Eugenia, ALEIXANDRE-BENAVET, Rafaél. Obstáculos à produtividade científica de professoras universitárias da área de ciências da saúde. *Brazilian Journal of Information Science*. Marília, São Paulo, v.7, n.1, jan/jul, 2013, p. 4 -25.

ARENDRT, Hannah. *Entre o passado e o futuro*. 7ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARRETO, Andrea. A mulher no Ensino Superior: Distribuição e Representatividade. *Cadernos do GEA*, n. 6, jul/dez, 2014.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

- _____. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- BITENCOURT, Silvana Maria. *Maternidade e Carreira: Reflexões de Acadêmicas na Fase do Doutorado*. Jundiaí: Paco Editorial. 2013.
- BRILHANTE, AVM; CATRIB, AMF. *A violência contra a mulher e o forró nosso de cada dia*. Fortaleza: EDUECE. 2016. 256p.
- BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. A Bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Pesquisa*, n.110, p.67-104, jul. 2000.
- CARVALHO, Marília Pinto. *No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais*. São Paulo: Xamã; Fapesp, 1999.
- CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da Maternidade: Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1990. 319p.
- CONNELL, R. *Masculinities*. Berkeley: Univ of California Press; 2005.
- DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: G. Deleuze, *O mistério de Ariana* (pp. 83-96). Lisboa: Veja, 1996.
- D'INCAO, Maria Ângela. *Mulher e família burguesa*. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*. 10. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2015.
- ENGEL, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. In: PRIORE, Mary Del(org.). *História das mulheres no Brasil*. 10. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2015.
- FONTANELLA, BJB, LUCHESI, BM., SAIDEL, MGB, RICAS J, TURATO, ER, MELO, DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Caderno de Saúde Pública*. 2011; 27(2):389-394.
- FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. 8a Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- _____. *História da Sexualidade 1: A vontade de saber*. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 18a Ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1997.

_____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres* (M. Albuquerque, Trad.). Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. Foucault, M. *Sobre a história da sexualidade*. In: M. Foucault, *Microfísica do poder* (pp. 243-276). Rio de Janeiro: Graal, 1995.

Foucault, M. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: P. Rabinow, & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 253-278). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FREITAS, Taís Viudes de. O cenário atual da divisão sexual do trabalho. In: SILVEIRA, Maria Lucia, FREITAS, Tais Viudes de. *Trabalho, corpo e vida das mulheres: crítica à sociedade de mercado*. São Paulo: SOF, 2007.

HEWLETT, Sylvia Ann. *Maternidade Tardia: mulheres profissionais em busca de realização plena*. Osasco, São Paulo: Novo Século, 2008. 287p.

HIRATA, H; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad. Pesqui. [online]*, v.37, n.132, p. 595-609, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2012*. Rio de Janeiro, 2012.

_____. *Algumas características da inserção da mulher no mundo do trabalho nas capitais: Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre – 2003 a 2008*. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Mulheres e trabalho, breve análise do período 2004- 2014*. Brasília: IPEA, 2016.

_____. Trabalho para o mercado e trabalho para casa: persistentes desigualdades de gênero. *Comunicados IPEA*, n. 149, Brasília: IPEA, 2012.

_____. Mulheres e trabalho: avanços e continuidades. *Comunicados IPEA*, n. 40, Brasília: IPEA, 2008.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 90-113, 2002.

LIMA, Márcia. Trajetória Educacional e Realização Sócio-Econômica das Mulheres Negras. Estudos Feministas; Florianópolis, Vol. 3. Ed.2, 1995.

LOURO, Guacira. Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*. 10. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2015.

MARCELLO, F. A. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, jan/jun. 2004, p. 199-213.

_____. Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. *Revista Currículo sem Fronteiras*, V. 9, 2009, P. 226-241.

MERON, Monique, MARUANI, Margaret. Como contar o trabalho das mulheres? França, 1901 – 2011. In: ABREU, Alice Rangel, HIRATA, Helena.

LOMBARDI, Maria Rosa. (Orgs). *Gênero e Trabalho no Brasil e na França*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

MORGADO, Ana Paula Dente Vitelli. *A mulher invisível: sentidos atribuídos à mulher e ao trabalho na gerência intermediária*. 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo.

OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Education at a Glance*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013.

OLIVEIRA, Marta Kohl; REGO, Teresa Cristina. Desenvolvimento psicológico e constituição de subjetividades: ciclos de vida, narrativas autobiográficas e tensões da contemporaneidade. *Pro-Posições*, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 119-138, fev. 2016. ISSN 1982-6248.

OLIVEIRA, Paula Barbosa de. A mulher atual e a representação da maternidade. 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco. Recife.

OLINTO, Gilda. A inclusão das mulheres na carreira de ciência e tecnologia no Brasil. *Inc. Soc.*, Brasília, vol.5, n. 1, jul/dez, 2011.

PERROT, Michele. *Os excluídos da História: operários, mulheres, prisioneiros*. São Paulo: Terra e Paz, 1988.

PINHEIRO, Luana, GALIZA, Marcelo, FONTOURA, Natália. Novos Arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença parental como política publica para lidar com essas tensões. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v17, n 3, p. 851 -859, setembro-dezembro, 2009.

RAGO, Margareth. *Trabalho Feminino e sexualidade*. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*. 10. ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2011.

SAITOVITCH, Elisa Baggio. Visão Pessoal de uma Física Latino-Americana. In: *Pensando gênero e ciência. Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas – 11 2005/2006*, Presidência da República. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 53-61.

SANTOS, Hermilio, VÖLTER, Betina, WELLER, Wivian. *Narrativas: teorias e métodos*. *Civitas*. Porto Alegre, v. 14, n.2, p.199-203. 2014.

SARTI, C. A. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. *Cadernos de Pesquisa*, n.64, p. 38-47, 1988.

SANTIAGO, Eneida; YASUÍ, Silvio. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória história e reflexões sobre sua atual utilização. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.10, v. 1, p. 195-210, 2011.

TAVARES, Isabel. A participação Feminina na pesquisa: presença das mulheres nas áreas de conhecimento. In: RISTOFF, Dilvo (Org.). *Simpósio Gênero e Indicadores da Educação Superior Brasileira*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008.

VINUTO, Juliana. A amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*. Campinas, vol. 22, n44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

ZANELLO, Valeska; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 238-246, Dec. 2015.

Capítulo 9

Efeitos das Atividades Laborais na Qualidade de Vida da Equipe de Enfermagem

Moezio Xavier Santos
Geraldo Bezerra da Silva Junior
Rodrigo Tavares Dantas

INTRODUÇÃO

Segundo Machado *et al.*, (2014), a atividade laboral é essencial para a vida humana. A forma como ela se desenvolve associa-se às vivências concretas e subjetivas dos trabalhadores. Nesse seguimento, os agravos à saúde do trabalhador desenvolvem-se de maneira multicausal, devendo-se levar em conta a relação entre fatores insalubres.

Neto *et al.*, (2013) mencionam que, através de diferentes interpretações, existe uma correlação entre QV e a saúde do indivíduo, essencialmente no que diz respeito ao seu bem-estar físico, social e emocional. Proporcionar uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos agravos à saúde, bem como das suas repercussões diretas e indiretas para os indivíduos, famílias e sociedade, tem sido alvo de estudos sobre o adoecer dos trabalhadores, e as formas de intercessão deste adoecimento com o trabalho vêm ganhando destaque na última década.

Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de seu posicionamento na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele encontra-se e em relação aos seus propósitos, expectativas, padrões e inquietações” (SANTANA *et al.*, 2015, p. 27).

Souza (2017) menciona o crescimento econômico e a globalização como fatores de risco para a saúde, repercutindo assim para mudanças nas condições laborais através do aumento da carga horária, do acúmulo de funções e cobranças por produtividade. Percebe-se, portanto, que o processo de adoecimento do trabalhador tem esses aspectos como desgastantes e potencializadores.

O ambiente laboral das unidades de saúde é complexo, muitas vezes apresentando condições insalubres e inapropriadas. Mauro *et al.*, (2010) apontam algumas dessas condições inapropriadas: a temperatura, umidade, iluminação e audição, que são de natureza física; a presença de substâncias deletérias que contaminam o meio ambiente, sendo de natureza química; os micro-organismos insalutíferos, muito comuns no ambiente laboral dos trabalhadores da saúde, os quais rotineiramente se alienam desta realidade e são de natureza biológica. Além disso, Mauro *et al.*, (2010) consideram a presença de fatores ergonômicos concernentes ao trabalho em turnos, o trabalho enfadonho e rotineiro e a adoção de posturas inadequadas como fatores negativos. Resumidamente, uma série de circunstâncias que exigem muito afincamento e adequação do trabalhador e que, na maioria das vezes, são menosprezadas pela instituição e pelo próprio trabalhador.

De acordo com Altoé (2013), pode-se analisar as condições de trabalho e os riscos ocupacionais de inúmeras formas, dentre elas, a ergonômica. Para a ergonomia, a qualidade de vida das pessoas pode sofrer influência de forma direta ou indireta graças às condições de trabalho e aos fatores inerentes a essas condições. Em sua definição, vê-se a ergonomia como uma disciplina vinculada ao convívio entre o homem e os elementos que o circundam, bem como a aplicabilidade de concepções, ensinamentos e projetos cuja finalidade é potencializar o bem-estar do homem e o desempenho integral do sistema. Para isso, são dadas sugestões que envolvam os parâmetros físicos, cognitivos e institucionais em que elas são apresentadas como soluções que concorrem para a continuidade e a gestão da atividade laboral.

A saúde do trabalhador é uma área da Saúde Coletiva cujos objetivos são investigar e intervir no que diz respeito às associações produção-consumo e ao processo saúde-doença dos indivíduos, mais precisamente, dos trabalhadores. Nesta área, a atividade laboral pode ser caracterizada como o núcleo organizacional da vida social, ambiente de hegemonia e perseverança dos colaboradores e decisória quando se tratar das condições de vida e saúde das pessoas. Diante dessa argumentação, ações devem ser direcionadas visando a melhoria dos processos de trabalho, tornando-os geradores de saúde e não de enfermidade e morte, garantindo atenção absoluta à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2018).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinalou que, para promover a saúde do trabalhador, é imprescindível traçar alguns objetivos a serem alcançados, tais como o conhecimento universitário, a formação profissional, a remuneração apropriada, condições dignas de trabalho e políticas de suporte ao trabalhador (VARGES; BARBOSA, 2017).

De acordo com a organização social vigente, o trabalhador destina a maior parte de sua vida para a atividade laboral. A ausência de condições adequadas no ambiente de trabalho poderá trazer repercussões negativas que o acompanharão, mesmo em seus momentos de folga e bem-estar, evidenciando uma relação de extrema proximidade entre o labor e a qualidade de vida (FREIRE *et al.*, 2015).

É fundamental, portanto, que a empresa busque o envolvimento com a performance dos funcionários, bem como com suas condutas em relação à qualidade de seu trabalho. Por outro lado, percebe-se, com frequência, que o trabalhador de enfermagem age com um certo descaso com a própria saúde e com a sua QV, pois ao empenhar toda a sua energia em prol das carências dos pacientes e ao envolver-se no aprendizado e domínio do aparato tecnológico, assim como com o entendimento técnico-científico para prestar uma assistência de qualidade, suas necessidades pessoais são colocadas em segundo ou terceiro plano, fazendo-o abdicar de sua própria necessidade de saúde e lazer (RAMOS, 2009).

Na opinião de Ramos (2009), os trabalhadores de enfermagem, em sua maioria, laboram em ambientes insalubres e angustiantes, os quais

não oferecem condições adequadas à sua saúde, tornando o trabalho precário, seja pela superabundância de trabalho físico e mental, pelo excesso de horas trabalhadas, pela remuneração que geralmente é insuficiente ou pelo tipo de vínculo empregatício que provoca instabilidade. Essa precariedade das condições de trabalho acaba repercutindo na saúde do trabalhador, sendo o mesmo acometido por enfermidades de ordem física e mental. É praticamente improvável que uma organização venha a oferecer produtos ou serviços de qualidade se seus funcionários não tiverem um bom nível de QV.

O surgimento da enfermagem como atividade profissional regularizada acontece a partir do século XIX ao constatar-se que a sobrevivência dos pacientes seria possível mediante à implementação de intervenções como higiene, atenção durante a realização de procedimentos, além de cenários em condições assépticas (NOGUEIRA, 2017).

Habitualmente, o trabalhador de enfermagem se depara com dificuldades de toda ordem, de caráter externo e interno ao ambiente de trabalho, sendo imposto ao mesmo uma série de incumbências, tais como a soma de várias atribuições, transformando-os em verdadeiros “maquinários” cuja utilidade seria o fornecimento da assistência aos pacientes (RAMOS *et al.*, 2014).

Florence Nightingale (1820-1910), considerada a pioneira do cuidar, faz nascer a enfermagem moderna, em meio a uma situação de guerra, ao implantar uma série de medidas que, dentre outras finalidades, buscava um ambiente com uma higiene de qualidade, enfermarias ventiladas, uma alimentação de qualidade e enxovais de cama e pessoal adequadamente limpos. Foi precursora ao criar metodologias e normatizações direcionadas ao cuidar, fosse com o enfermo e/ou com o ambiente ocupado por ele. Para direcionar os seus cuidados, no período noturno, aos enfermos sob sua responsabilidade, fazia o uso de uma lâmpada, o que a tornaria conhecida como “a dama da lâmpada” (NOGUEIRA, 2017).

No Brasil, as funções inerentes às distintas categorias de enfermagem estão previstas na Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Sendo a mesma composta pelo enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem, o parteiro, titulares de diplomas ou certificados nos termos da lei, inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da respectiva região (NOGUEIRA, 2017).

O cuidado de forma intensiva e individualizada prestado a pacientes críticos mais uma vez remonta à personalidade histórica de Florence Nightingale, uma vez que teve seu início durante a Guerra da Crimeia, em 1854, na qual esta atuou e fez a separação dos feridos de acordo com uma escala de gravidade em que aqueles mais graves, além de prioridade no atendimento, necessitavam de cuidados intensivos. Atualmente, os Centros de Terapia Intensiva (CTIs) ou Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são espaços onde existe uma mão de obra bastante diversificada, com profissionais dos níveis médio e superior, de várias categorias profissionais, preparados para atender pacientes com necessidades específicas com o aparato, muitas vezes, de uma tecnologia bastante avançada. Para tanto, faz-se mister que estes profissionais sejam dotados de agilidade e capacidade técnica necessárias à execução de tarefas que caracterizam um diferencial entre o permanecer vivo ou o falecimento nas mais diversas situações clínicas (RODRIGUES *et al.*, 2016).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 24 de fevereiro de 2010, menciona que a UTI tem como público alvo pacientes com comprometimento grave de seu quadro de saúde ou com risco para isso, bem como aqueles com capacidade de recuperação que demandem um acompanhamento de forma incessante de uma equipe multidisciplinar de saúde especializada, intervindo de forma contínua ou implícita, a saber: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e pessoal de apoio, assim como equipamentos (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Para a equipe de enfermagem, em particular aquela que atua no ambiente de UTI, as circunstâncias que envolvem a atividade laboral têm a capacidade de gerar insatisfações resultantes de diversas razões, dentre elas heterogeneidades e dificuldades dos processos técnicos, categorização e proventos desvalorizados. Essa equipe está envolta em uma práxis repleta de situações potencializadoras de extenuação, tais como: inseguranças, inconsistência, labilidade e situações repentinas (SILVA; LIMA; OLIVEIRA, 2016).

Nesse sentido, questiona-se: o que traz a literatura atual sobre o impacto das atividades laborais na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI? Quais são as principais conclusões dos estudos sobre a temática?

Dessa forma, o presente estudo objetivou conhecer a produção teórica acerca do impacto das atividades laborais na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI, avaliando os resultados desses estudos como forma de identificar até que ponto a atividade laboral têm gerado impacto na qualidade de vida dessa classe de trabalhadores.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir não só para a conscientização da realidade, muitas vezes adversa, da vida dos trabalhadores de enfermagem, mas também sobre os aspectos que envolvem a realidade laboral em saúde, na sua dimensão e repercussão social na qualidade de “viver no humano”. Além disso, vislumbra-se contribuir com o desenvolvimento da ciência, teoria e prática de enfermagem e da cidadania, visto que o profissional de enfermagem é promotor, mantenedor e recuperador da saúde e do bem-estar da clientela e de si próprio.

A importância do estudo consiste em permitir o reconhecimento de uma realidade que, conquanto não seja expressa em sua totalidade, possibilita apontar caminhos para um enfrentamento responsável da realidade vivenciada. O conhecimento científico dos fatores que propiciam condições inadequadas de trabalho e adoecimento são elementos significativos para os trabalhadores fundamentarem suas reivindicações por melhores condições de trabalho e saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, cuja abordagem metodológica inclui trabalhos experimentais e não-experimentais visando compreender o tema analisado, impactando de certa forma no pensamento crítico necessário à atividade laboral diária. Neste estudo estão inclusas as seguintes fases: seleção da pergunta norteadora, busca de artigos em bases de dados, categorização dos estudos, avaliação e discussões dos resultados (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para orientar o levantamento bibliográfico, questionou-se: o que tem sido produzido em artigos científicos sobre o impacto das atividades laborais na qualidade de vida dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva? O levantamento bibliográfico dos estudos primários foi feito por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), para isso foram utilizadas palavras-chaves como: qualidade de vida, enfermagem, unidade de terapia intensiva (UTI), atividades laborais. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (Scielo).

A escolha das bases de dados foi devido ao quantitativo de indexação de artigos da área da saúde, bases que contemplam estudos primários, bem como temáticas relacionadas à enfermagem. Os descritores foram combinados de diferentes maneiras com o objetivo de ampliar a busca pelos estudos. Ressalta-se que palavras sinônimas foram utilizadas para realização de uma busca sensibilizada com o uso do operador booleano AND para ocorrência simultânea de assuntos. Foram selecionados 75 (setenta e cinco) artigos, que foram aprovados para publicação no período de junho de 2009 a junho de 2019.

Considerou-se, para leitura, aqueles que continham as palavras chaves já citadas e que possibilitassem relacionar: atividades laborais e o impacto gerado por elas na qualidade de vida dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Foram selecionados, para leitura integral, a partir da leitura prévia dos resumos, 15

(quinze) artigos, publicados em português e, disponíveis na íntegra para a contemplação deste estudo.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos publicados na íntegra, indexados nos bancos de dados acima mencionados e publicados nos últimos 10 anos. Definimos como critérios de exclusão: resumos de eventos e artigos escritos em outros idiomas que não o português. O levantamento bibliográfico ocorreu no período de abril a junho de 2019.

RESULTADOS

Dentre os 15 trabalhos utilizados para elaboração desta pesquisa, 10 (66,67%) são artigos publicados em periódicos, 04 (26,66%) são produções de programas de pós-graduação do tipo dissertação de mestrado e 01 (6,67%) é trabalho de conclusão de curso de graduação. O Quadro 1, a seguir, traz a distribuição dos estudos de acordo com as bases de dados pesquisadas.

Quadro 1. Distribuição dos estudos de acordo com bases de dados pesquisados - Fortaleza, CE, Brasil, 2019.

Base de Dados	Quantitativo de artigos	Estratégia de busca utilizada
LILACS	05	"Qualidade de vida" and "Enfermagem" and "unidade de terapia intensiva" and "atividades laborais"
BDEF	05	"Qualidade de vida" and "Enfermagem" and "unidade de terapia intensiva" and "atividades laborais"
SCIELO	05	"Qualidade de vida" and "Enfermagem" and "unidade de terapia intensiva" and "atividades laborais"

Fonte: elaborado pelos autores, 2019

O Quadro 02 apresenta o processo de seleção dos artigos analisados neste estudo, conforme o recorte temporal escolhido, no qual são identificados o título, o ano, o método, a base de dados e o periódico.

Quadro 2. Caracterização dos artigos selecionados para análise

Título	Ano	Método	Base de dados	Periódico
A qualidade de vida no trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva.	2009	Pesquisa qualitativa e descritiva. O instrumento de coleta foi a entrevista semiestruturada e um roteiro de observação não-participante. Foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin.	BDENF	Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de enfermagem do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Análise do impacto das atividades laborais na qualidade de vida dos funcionários do setor de enfermagem da unidade de terapia intensiva (UTI) do hospital governador Celso Ramos.	2009	O estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória e qualitativa. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com questões com variáveis relacionadas ao perfil do profissional, condições humanas para o trabalho e condições para o desenvolvimento e satisfação profissional.	BDENF	Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Centro de ciências da saúde. Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu (SC).
Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário.	2010	Estudo do tipo não experimental, com abordagem quantitativa, apoiado na ergonomia, epidemiologia e bioestatística. O instrumento de coleta de dados utilizado é composto de questionários que foram desenvolvidos a partir dos Guias de Avaliação de riscos nos lugares de trabalho em indústria.	SCIELO	Escola Anna Nery, v. 14, n. 2.

Título	Ano	Método	Base de dados	Periódico
Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva.	2013	Trata-se de um estudo transversal realizado em cinco UTIs da região metropolitana do Recife. O nível de atividade física (NAF) foi avaliado pelo International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) e a QV foi analisada mediante o questionário Medical Outcomes Study 36 (SF-36), ambos aplicados em forma de entrevista.	SCIELO	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 18, n. 6.
Condições ergonômicas laborais para os trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva: orientações sobre posturas adequadas.	2013	Estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu através da observação de campo não participante e entrevista semiestruturada, com análise dos dados através da análise de conteúdo.	BDENF	Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Título	Ano	Método	Base de dados	Periódico
Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia.	2014	Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva. A coleta de dados foi realizada utilizando-se questionário que levantou as características sociodemográficas; as condições de trabalho; as queixas de saúde e doença, acidentes de trabalho, problemas de saúde recentes e hábitos de vida. O questionário incluiu ainda instrumentos validados internacionalmente como o Job Content Questionnaire (JCQ). Para avaliação da saúde mental dos trabalhadores. Como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcoólicas, foi utilizado o Teste CAGE. Na avaliação do padrão de sono utilizou-se o Mine – Sleep Questionnaire (MSQ).	SCIELO	Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 5.
Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva.	2014	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados foram: a observação de caráter não participante e a entrevista semiestruturada.	BDEFN	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2.
Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco.	2015	Estudo de caráter descritivo, de delineamento transversal. A qualidade de vida foi avaliada através do questionário de QV – Short Form Health Survey – SF-36.	SCIELO	Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 1.
Influência do trabalho noturno na qualidade de vida da equipe de enfermagem da UTI.	2015	Estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas individuais, guiadas por um roteiro semiestruturado.	BDEFN	Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 2.

Título	Ano	Método	Base de dados	Periódico
Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem.	2016	Pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada gravada.	LILACS	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 3.
Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de nível médio em unidade de terapia intensiva.	2016	Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo. Foi empregada uma entrevista semiestruturada com a utilização de um formulário, contendo questões fechadas e abertas. Foi adotado para a coleta de dados o WHOQOL BREF, versão abreviada.	LILACS	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 6, n. 3.
Análise da Qualidade de Vida pelo método WHOQOL-Bref: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná.	2017	Estudo de caso amostral na cidade de Curitiba/PR através do método de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde–Breve (WHOQOL-BREF).	SCIELO	Revista Estudo & Debate, v. 24, n. 3.
Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte.	2017	Constitui uma pesquisa de campo, explicativa, de abordagem quantitativa e qualitativa. Foram aplicados instrumentos de coletas de dados diferentes em cada momento, sendo um com resultados para análise quantitativa, que se refere à obtenção de dados referente ao Perfil Socioeconômico e à aplicação do questionário WHOQOL-abreviado. E, outro para análise qualitativa por meio da realização de duas sessões de Grupo Focal (GF).	LILACS	Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Título	Ano	Método	Base de dados	Periódico
Associação do nível de atividade física com a presença de sintomas osteomusculares e com a capacidade para o trabalho em profissionais de Enfermagem.	2017	Trata-se de uma pesquisa com caráter quantitativo, de delineamento transversal e observacional. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado para os dados sociodemográficos e o Questionário Nórdico para Sintomas Osteomusculares – QNSO.	LILACS	Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba.
Fatores relacionados ao afastamento de enfermeiros em um hospital público do município de Vitória da Conquista.	2017	Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, transversal e descritiva. Os dados foram obtidos a partir do banco de dados do setor de Recursos Humanos (RH) e do Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) do hospital.	LILACS	Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 11, n. 38.

Fonte: elaborado pelos autores, 2019

Quanto ao ano de publicação, destacou-se o ano de 2017 com quatro publicações. A Revista Brasileira de Enfermagem foi o periódico com maior número de artigos, com duas publicações. Esses dados podem estar relacionados com o fato desse periódico ser destinado ao público da enfermagem, garantindo espaço para publicações que surgem do interesse dos enfermeiros para prestar uma assistência de saúde mais segura e qualificada.

Em relação aos aspectos metodológicos, observou-se uma variedade como experimental e quantitativo; transversal, exploratório e descritivo; descritivo e transversal; quantitativo e descritivo; exploratório, quantitativo e descritivo; quantitativo, transversal e observacional; quantitativo, transversal e descritivo; sendo que os mais prevalentes foram estudos dos tipos qualitativos e descritivos e descritivos, exploratórios e qualitativos.

Dentre os instrumentos utilizados para obtenção de dados de base quantitativa, constam: Short Form Health Survey (SF-36) traduzido e

validado para o Brasil; World Health Organization Quality of Life versão abreviada (WHOQOL-Bref). As principais técnicas empregadas para coleta de dados foram à entrevista com a equipe de enfermagem, além da aplicação de questionários.

Com relação aos sujeitos da pesquisa, 03 (20,01%) estudos investigaram a QV de todos os profissionais da equipe de enfermagem; apenas 1 (6,67%) estudo envolve enfermeiros; 1 (6,67%) com auxiliares e/ou técnicos de enfermagem; e 7 (53,33%) com enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os relatos trazidos aqui demonstram que a QV em Enfermagem ainda é pouco estudada no contexto brasileiro. Isso se deve talvez pelo fato de a QV ser representada por um universo de vários elementos e aspectos, com diferentes significados, diversas possibilidades de pontos de vista e discussões teóricas, os estudos em Enfermagem se encontram focados em sua estrutura e não representam de modo pleno a QV destes profissionais.

Embora percebamos uma redução na quantidade de publicações que fazem menção à QV no Brasil, notamos uma frequência na manutenção da mesma na última década, sendo uma exceção o ano de 2010 onde observamos apenas uma publicação. Imagina-se que essa ocorrência tenha como fator causal à lentidão no processo de submissão e publicação pelos periódicos do País, os quais utilizam normas para avaliação com o mais alto nível de rigor.

DISCUSSÃO

No estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital privado em Teresina-PI, referência, no Norte e Nordeste em atendimentos de alta complexidade com 16 enfermeiros que atuavam na UTI, constatou-se, que a atividade laboral, em especial do serviço noturno interfere principalmente no cotidiano familiar, não permitindo a presença dos mesmos em eventos familiares importantes como aniversários, réveillon e feriados (SANTANA *et al.*, 2015).

Ramos (2009), em seu trabalho menciona que durante a observação de campo do período noturno, quando da avaliação das variações de temperatura as quais os trabalhadores do CTI estavam expostos, constatou que as temperaturas baixas eram as que mais incomodavam os sujeitos, pois desencadeavam doenças como sinusite e rinite, impactando assim na qualidade de vida, complementando assim a informação acima citada.

Ainda de acordo com Santana *et al.*, 2010, ficou evidenciado em seu trabalho a interferência proporcionada pelo trabalho no período noturno, quando o mesmo é gerador de cansaço, sono, diminuição do tempo para estudar, repercutindo assim nas faltas, na entrega de trabalhos atrasados e até mesmo na desistência das atividades estudantis, o que irá impactar na busca por uma melhor qualidade de vida.

Os autores quando da avaliação de várias facetas que repercutem na qualidade de vida, ao questionar seu público estudado relatam que quanto ao quesito sono, mencionam que a insatisfação com o sono pode desencadear no profissional episódios de sonolência, letargia e ausência de concentração nas atividades desenvolvidas. Ao associar a atividade laboral realizada no período noturno e a extensa jornada total de trabalho há uma ligação relacionada à diminuição do tempo de sono. Sendo assim o tempo que seria destinado para descansar, o período matutino, geralmente destina-se a outras atividades, sejam do lar, sejam profissionais e não ao repouso, nem sempre possibilitando que o trabalhador considere suas necessidades de lazer e descanso. Como alterações foram percebidas o uso de soníferos, seguido do tabagismo, alcoolismo e antidepressivos. Pode-se concluir que mudanças dos hábitos de vida estão intimamente ligadas aos fatores que desencadeiam o estresse adquirido na atividade laboral como uma maneira de compensá-lo ou como evasão de situações experimentadas no cotidiano das UTIs (SILVA; LIMA; OLIVEIRA, 2016).

Outra situação bastante salientada pelos profissionais em relação a interferência da atividade laboral na qualidade de vida, é quanto a falta de uma assistência que a família necessita para a atenção maternal e conjugal de vida (SANTANA *et al.*, 2015).

Nogueira (2017), em sua pesquisa relata ter observado que há referência à privação, limitação e indisposição imposta pela jornada de trabalho, que segundo ele nas falas de seus pesquisados mencionam se sentirem despojados, de lazer, vida noturna, sair; sendo significativa a ocorrência da indicação da atividade laboral na percepção dos sujeitos quanto a sua relação com a QV.

É fato a realidade de que a labuta diária desta classe de profissionais de enfermagem é árdua e as influências no físico se faz presente no cotidiano de trabalho, pois esses profissionais relatam: stress emocional, dor de cabeça, dor nas articulações, lombalgias, tendinite no quadril, lesões, rompimento de ligamento do ombro e impactos psicológicos. Sofrem os impactos oriundos da atividade de trabalho que demandam condições físicas, além do desgaste provocado pelo convívio interpessoal, além daquele causado pela organização de trabalho (NOGUEIRA, 2017). A exorbitante carga horária de trabalho, a remuneração indigna com as atividades desenvolvidas e os vários vínculos trabalhistas podem desencadear o adoecimento nesse profissional, elevar os níveis de riscos de acidentes trabalho e diminuição da QV. Além do que, vale enfatizar que o ambiente laboral além de penoso, insalubre e estressante, existe nele o desgaste vinculado ao cuidar daqueles que estão enfermos e lidar com o seu sofrimento. (NETO *et al.*, 2013).

Uma situação de bastante relevância trazida pela autora em seu estudo diz respeito ao adoecimento que vai além do acometimento físico, envolvendo também a saúde psíquica dos trabalhadores. Os integrantes sinalizaram o impacto instantâneo da instabilização biopsíquica e o agravamento desta em longo prazo, cuja repercussão era observada através de períodos crônicos de enfermidades. Observou-se que a jornada de trabalho noturna é responsável por gerar impacto à qualidade de vida do profissional de enfermagem, bem como, em suas condições psíquicas e no adoecimento deste profissional. Fica explicitado então, que o descontentamento no que diz respeito às questões que envolvem a atividade laboral gera adoecimento no trabalhador. (NOGUEIRA, 2017).

Para Ramos *et al.*, (2014), é notória as queixas de trabalhadores da área da saúde no que diz respeito às suas rotinas diárias de trabalho, classificadas pelos mesmos como desgastantes, de uma subutilização de sua competência e habilidade, de uma estrutura organizacional de trabalho rígida, complexa e fragmentada, de salários que não fazem jus às atividades desenvolvidas, da incerteza da estabilidade quanto ao vínculo empregatício, isso, sem mencionar as condições de trabalho impróprias. Sendo assim, é indiscutível que tal situação caracteriza-se pela inexistência ou baixa Qualidade de Vida dos trabalhadores e pela perda ou degradação insidiosa da saúde.

Ao avaliar trabalhadores de terapia intensiva sobre qualidade de vida, os mesmos relataram que a carga de trabalho excessiva era responsável por gerar nos mesmos extenuações física e mental, alterando assim a configuração do ambiente laboral, tornando-o extremamente estressante, propiciando o sofrimento psíquico, não lhes possibilitando aliviar a exaustão em benefício do cliente (RAMOS *et al.*, 2014).

Durante a coleta e análise dos dados oriundos de sua pesquisa, foi possível constatar que alterações de ordem psicofísicas foram relatadas pelos seus pesquisados como: esgotamento, cefaleia, insônia, dores no corpo, taquicardias, alterações na motilidade intestinal, náuseas, calafrios, extremidades frias, doenças do aparelho cardiovascular e quadros gripais constantes. Como alterações psíquicas, sejam de ordem mental e/ou emocional, fazem menção a redução da concentração e memória, hesitação, perturbação, perda do senso de humor, angústia, irritabilidade, desânimo, agressividade, desilusão, apreensão, fobia, nervosismo e impaciência, vale ressaltar que tais alterações são desencadeadas pela atividade laboral e que todas têm impacto significativo na qualidade de vida dos pesquisados (RAMOS *et al.*; 2014).

Diante das inúmeras repercussões psicofísicas que sinalizam de maneira óbvia para quão grave é a situação em que se encontra a Qualidade de Vida dos profissionais, se torna emergencial e necessário o estudo da situação da atividade laboral e seu impacto na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, cuja finalidade seja impedir ou pelo menos

minimizar seus impactos negativos no processo saúde-doença destes profissionais da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse contexto no qual está inserido a equipe de enfermagem, em especial do cenário hospitalar, constata-se, uma pluralidade de problemas que atingem os trabalhadores, bem como, sua Qualidade de Vida está sendo ameaçada diuturnamente pela realidade laboral. Assim sendo, torna-se imprescindível inserir e implementar um complexo de ações que possibilitem promover a satisfação desses profissionais impossibilitando o sofrimento e o desgaste físico e mental.

Portanto a realidade nos mostra ser necessário o desenvolvimento de estratégias que induzam a criação de políticas que tenham como finalidade incentivar as instituições de saúde a propiciar melhorias que gerem impacto nas condições de trabalho, como a redução da jornada de trabalho, conseqüentemente, mais tempo de descanso e melhor remuneração, o que iria contribuir de forma exponencial para uma maior satisfação profissional dessa categoria e upgrade na sua qualidade de vida, o que impactaria numa melhor assistência no trabalho realizado e satisfação daqueles que estão sob os seus cuidados. A melhoria da QV dos trabalhadores de enfermagem pode impactar de forma positiva na instituição, pois indivíduos com elevado grau de satisfação profissional melhoram sua produtividade e qualidade profissional, e como resultado, teremos uma assistência de qualidade prestada aos usuários dessa instituição.

De acordo com os materiais explanados neste estudo, ficou evidente que essa vasta classe de profissionais de enfermagem que atuam em UTI vem se confrontando com inúmeros problemas vinculados a qualidade de vida na qual estão inseridos, visto que as atividades laborais desenvolvidas na UTI requerem uma atenção de forma integral por parte desses trabalhadores, uma vez que prestam cuidados a pacientes de alta complexidade. Cuidados esses que demandam esforço físico em demasia, gerando queixas álgicas, além de desconforto físico e emocional impactando assim no convívio social.

Contemplamos que muitos artigos mencionam o estresse sofrido por eles, bem como ser inexistente a qualidade de vida. No entanto, não constatamos a existência de uma conduta, cujo propósito fosse reparar os problemas provocados pela ausência de qualidade de vida, ratificando assim que o assunto merece tornar-se cada vez mais alvo de objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

ALTOÉ, Anna Alice Moreira. *Condições ergonômicas laborais para os trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva: orientações sobre posturas adequadas*. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde do trabalhador e da trabalhadora* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p.: il.

_____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm. Acesso em: 10 abr. 2019.

FERENTZ, Larissa Maria da Silva. Análise da Qualidade de Vida pelo Método Whoqol-Bref: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. *Revista Estudo & Debate*, v. 24, n. 3, 2017.

FREIRE, Cícero Beto *et al.* Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do submédio São Francisco. *Rev Bras Enferm*, v. 68, n. 1, p. 26-31, 2015.

MACHADO, Luciana Souza de Freitas *et al.* Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 5, p. 684-691, 2014.

MAURO, Maria Yvone Chaves *et al.* Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 2, p. 244-252, 2010.

NETO, Afonso Celso de Farias Acioli *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 18, n. 6, p. 711-711, 2013.

NOGUEIRA, Roberta Peixoto. *Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte*. 2017. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

OLIVEIRA, C. dos S. *Metodologia científica, planejamento e técnicas de pesquisa: uma visão holística do conhecimento humano*. São Paulo: Pioneira, 2001.

OLIVEIRA, S. L. de. *Tratado de metodologia científica*. São Paulo: LTr, 2000.

RAMOS, Érica Lima. *A qualidade de vida no trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva*. 117 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de enfermagem do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, Érica Lima *et al.* Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 2, p. 571-583, 2014.

RODRIGUES, Isabela Lencina *et al.* Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 3, p. 4757-4765, 2016.

SANTANA, Rosane da Silva *et al.* Influência do trabalho noturno na qualidade de vida da equipe de enfermagem da UTI. *Revista Interdisciplinar*, v. 8, n. 2, p. 25-34, 2015.

SILVA, Alexandre Ernesto; LIMA, Paola Karol Martins; OLIVEIRA, Carla. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem nível médio em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 6, n. 3, 2016.

SOUZA, Lara Andrade. *Associação do nível de atividade física com a presença de sintomas osteomusculares e com a capacidade para o trabalho em profissionais de Enfermagem*. 2017. 61f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017.

VARGES, Luana Maria de Sousa; BARBOSA, Mirella Cristina Letto. Fatores relacionados ao afastamento de enfermeiros em um hospital público do município de Vitória da Conquista. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 11, n. 38, p. 663-677, 2017.

VELHO, Camila Pereira; AMARAL, Daiany Marques do. *Análise do impacto das atividades laborais na qualidade de vida dos funcionários do setor de enfermagem da unidade de terapia intensiva (uti) do hospital governador Celso Ramos*. 2009. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Centro de ciências da saúde. Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu (SC), 2009.

Capítulo 10

Tecnologias *Ehealth* no Apoio à Saúde e ao Bem-Estar Materno-Infantil

Moisés Andrade dos Santos de Queiroz
Christina César Praça Brasil
Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz
Fátima Maia
Andrea Cíntia Laurindo Porto
Cláudia Belém Moura Cabral

INTRODUÇÃO

No ano de 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) ratificou a Agenda 2030, que tem como objetivo principal garantir o desenvolvimento humano e sustentável e atender às necessidades básicas da população, por meio de um processo político, econômico e social que respeite o ambiente e a sustentabilidade (ONU, 2015).

A Agenda 2030 apresenta 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) subdivididos em 169 metas que devem ser cumpridas até o ano de 2030. O ODS 3 versa sobre ‘Saúde e Bem-Estar’, sendo composto por nove metas, dentre as quais estão as seguintes: redução das taxas de mortalidade materno-infantil por doenças não transmissíveis, acidentes nas estradas, produtos químicos e poluição ambiental; erradicar as epidemias de malária, tuberculose, AIDS, hepatite e outras doenças; promoção da saúde mental; prevenção e tratamento do abuso de álcool e outras drogas; e oferta de uma cobertura universal de saúde (MOREIRA *et al.*, 2019).

Garantir uma vida saudável e o bem-estar para a díade mãe-bebê é uma meta recorrente e relevante para a área da saúde materno-infantil,

que deve contar com a integração dos diversos agentes envolvidos, nos âmbitos político, econômico, saúde, social, cultural, ambiental, comportamental e biológico (PNUD, 2016).

Nesse contexto, o Aleitamento Materno (AM) é um recurso essencial para a promoção da saúde nutricional da criança, com repercussões ao longo de sua vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o padrão de excelência na alimentação das crianças é o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) durante os primeiros seis primeiros meses de vida, e complementado com a introdução de alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais (OMS, 2001).

A prática do AM inclui muitos benefícios para a saúde materno-infantil e, conseqüentemente, para as famílias e a sociedade. É considerada uma das principais estratégias para alcançar as metas do ODS 3, devido aos seus efeitos preventivos na mortalidade materno-infantil, hipertensão, colesterolemia, diabetes, obesidade e câncer (AGENDA 2030, 2021).

Um relatório divulgado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no final do primeiro semestre de 2017, aponta que apenas 40% das crianças do mundo recebem o AME nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2019). Estudos nacionais referem um aumento na prevalência do AM no decorrer dos anos. No entanto, as taxas de AM ainda são significativamente reduzidas nos primeiros seis meses de vida. No Brasil, esse índice é de 39%, com a prática do desmame precoce e a introdução de alimentação não saudável entre as crianças antes de completar o primeiro ano de vida (BRASIL, 2016).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os principais desafios de internalização da Agenda 2030 e dos ODS no Brasil perpassam pelos seguintes pontos: sensibilização dos atores envolvidos, implantação da governança, adequação às metas globais, definição de indicadores nacionais e seu alcance (IPEA, 2019). Referente ao setor da saúde, as principais dificuldades para cumprir os ODS estão relacionados aos problemas históricos e obstáculos para o desenvolvimento estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS), que atingem estados e mu-

nicípios com dificuldades orçamentárias, restrição de investimentos, atrasos no pagamento dos profissionais de saúde e falta de novos recursos federais (RIBEIRO; MOREIRA, 2016; MOREIRA; RIBEIRO; OUVERNEY, 2017).

O Ministério da Saúde (MS) do Governo Federal do Brasil vem intensificando as estratégias para a redução de taxa da mortalidade materno-infantil que, em 2012, reduziu a taxa de mortalidade em 70,5%, em comparação a 1990. No ano de 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que a taxa de mortalidade infantil foi de 15:1000 nascidos vivos, considerando crianças de até 1 ano de idade (SOUZA *et al.*, 2021).

Nos dias atuais, uma diversidade de estratégias de incentivo à prática do AME vêm sendo desenvolvidas mundialmente. Contudo, a meta de alcançar índices de, pelo menos, 50% de AME até os primeiros seis meses de vida recomendados pela OMS ainda não foram alcançados (VICTORA *et al.*, 2016). No Brasil, a duração média do AME é de 1,4 meses, onde apenas 37% das crianças recebem o AME até os primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2016; BOCCOLINI *et al.*, 2017; PÉREZ-ESCAMILLA, 2017).

Estudos atuais mostram que a ampliação dos investimentos na educação em saúde referentes à conscientização de pais e familiares quanto à importância do AM e da sua participação como agentes ativos no desenvolvimento adequado das crianças favorecem o aumento dos índices propostos pela OMS. As pesquisas também evidenciam a importância de incentivar o papel coadjuvante dos pais e familiares junto aos profissionais de saúde na prevenção do desmame precoce e da oferta de alimentação inadequada, contribuindo para a diminuição da morbidade e a mortalidade infantil. Contudo, a implementação de ações de proteção e promoção do AM depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui um enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (MONTEIRO *et al.*, 2022).

O acesso a cuidados especializados em lactação é uma das principais

barreiras à continuidade do AM no decorrer dos meses. Porém, observa-se uma tendência mundial ao aumento da utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para ampliar o acesso às informações, o que pode promover a saúde e o bem-estar da população materno-infantil (PNUD, 2016; SILVA *et al.*, 2020).

A OMS considera que as tecnologias *eHealth* são ferramentas aplicadas à saúde que possibilitam a realização de processos terapêuticos, de aprendizagem e de promoção da saúde, contemplando as seguintes subcategorias: saúde móvel (*mobile Health* ou *mHealth*), sistemas de informação de saúde (*Health Information Systems* ou HIS), cuidados de saúde a distância (Telemedicina) e aprendizagem a distância (*eletronic Learning* ou *eLearning*) (HEUVEL *et al.*, 2018).

O escopo da *eHealth* é amplo e se concentra não apenas no desenvolvimento técnico de tecnologias relacionadas à saúde, mas na oportunidade de fornecer a universalidade dos cuidados com a saúde, a partir do seu monitoramento, rastreamento e informação em saúde; possibilidade de interação entre os profissionais de saúde e clientes, pacientes e outros profissionais; e a coleta, gerenciamento e utilização de dados para a implementação de melhorias voltadas a saúde (PEREIRA, 2020).

O avanço da tecnologia amplia a expectativa e a qualidade de vida. Muitos desafios e inovações ao longo dos anos vêm se configurando e trazendo benefícios para a população de maneira geral, o que inclui a área da saúde. Nesse cenário, surgem novos recursos tecnológicos e a exigência da população torna-se cada vez mais evidente, uma vez que a promoção da saúde passa a ser vista como uma forma eficaz de cuidar de si e trazer melhorias para sua vida (FACUNDO *et al.*, 2020).

Com o uso da internet, a inovação da tecnologia digital expande-se cada vez mais, possibilitando novas maneiras de transmitir informações para um grande número de pessoas ao mesmo tempo. Nesse contexto, as TIC por meio das ferramentas *eHealth*, visam ampliar o conhecimento das pessoas sobre temas específicos, sendo eficaz no mundo contemporâneo, devido à praticidade e à autonomia que o indivíduo possui para o

aprendizado. Quando esses recursos são voltados à promoção da saúde, possuem o papel primordial de levar conhecimento para o enfrentamento de problemas, auxiliando na redução de agravos e nas mudanças positivas no comportamento dos indivíduos (HEUVEL *et al.*, 2018).

Atualmente, muitos pais e familiares de bebês e crianças utilizam a internet, antes mesmo de consultar um profissional de saúde, por meio de mecanismos de busca e/ou redes sociais, para obter informações relacionadas à saúde e aos cuidados com seus filhos (STØRKSEN *et al.*, 2020). Mais especificamente, esses pais e familiares buscam plataformas responsivas, cursos EaD, aplicativos móveis, dentre outras ferramentas, a partir de seus telefones celulares, tablets ou computadores pessoais, para pesquisar mais informações sobre a saúde e o bem-estar de seus bebês (ORR *et al.*, 2017).

Apesar da grande variedade de informações e aplicativos disponíveis para pais de bebês e crianças, observa-se variável qualidade, usabilidade e credibilidade destes recursos, diante da fragilidade dos processos de validação e das pontuações geralmente baixas apresentadas pelas lojas de aplicativos. Além disso, a literatura revisada por pares ou estudos empíricos relacionados a estes conteúdos são quase inexistentes, sendo necessária mais atenção ao desenvolvimento de recursos confiáveis e de alta qualidade direcionados aos pais e familiares de bebês e crianças (RICHARDSON *et al.*, 2019).

Partindo dos pressupostos apontados, este estudo objetivou realizar uma revisão integrativa sobre a utilização das tecnologias *eHealth* na saúde e no bem-estar materno-infantil.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa, no intuito de reunir e sintetizar os resultados de estudos, de forma sistemática e ordenada, acerca dos pressupostos apontados para o aprofundamento do conhecimento (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). Ressalta-se uma escassez de publicações que abordam diretamente a utilização das TIC, por meio de ferramentas *eHealth*, direcionadas aos pais e familiares para favorecer a

saúde e o bem-estar materno-infantil, limitando as evidências científicas que fundamentam a sua usabilidade. Porém, essa lacuna bibliográfica, também evidencia a importância do tema sob investigação e mostra a sua relevância.

A revisão integrativa ocorreu no período de junho a outubro de 2021, nos seguintes portais e bases de dados: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Business Source Complete* (EBSCO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), U.S. *National Library of Medicine* (PubMed), Google (Scholar) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). A margem temporal para a busca incluiu publicações de 2011 a 2021, alinhadas à seguinte questão norteadora: O que a literatura aponta sobre a utilização de tecnologias *eHealth* para promover a educação em saúde de pais e familiares voltadas à saúde e ao bem-estar materno-infantil?

Para isso, utilizaram-se descritores do *Medical Subject Headings* (Mesh) e/ou as seguintes palavras-chave, em inglês e português: saúde materno-infantil (*maternal and child health*); promoção da saúde (*health promotion*); educação a distância (*education, distance*); e estratégias de eSaúde (*eHealth strategies*).

A identificação e a seleção dos estudos foram realizadas por dois investigadores, combinando os termos acima apresentados com os operadores booleanos OR ou AND. Estes foram sujeitos à avaliação da qualidade, com avaliações independentes entre dois dos investigadores, de acordo com a *Joanna Briggs International* (LOCKWOOD; MUNN; PORRITT, 2015), tendo-se verificado que todos os artigos integrados na amostra cumpriam os critérios de qualidade.

Obtiveram-se 115 artigos que, de alguma forma, se alinhavam à questão norteadora deste estudo; porém, foram excluídos os estudos que: não abordavam o uso de TICs para a educação em saúde voltadas a pais e familiares para favorecer a saúde e o bem-estar materno-infantil; estavam em duplicidade; direcionavam-se a profissionais de saúde; e aqueles relacionados à realização de consultas por telemedicina de forma síncrona.

Após a aplicação destes critérios, obteve-se uma amostra de 15 artigos, que foram considerados para a amostra e lidos na íntegra.

RESULTADOS

Dos 15 estudos selecionados (Tabela 1), apenas três tiveram abordagem mista (quantitativo e qualitativo), com a valorização da complementaridade estabelecida entre os números, os testes estatísticos e as percepções dos participantes. Destaca-se que o aleitamento materno (AM) foi a principal temática abordada pelos artigos analisados, o que foi seguido pelos estudos que versavam sobre os cuidados relacionados à saúde mental e a depressão pós-parto.

Quadro 1. Lista de artigos sobre tecnologias *eHealth* voltadas a saúde e ao bem-estar materno-infantil

	Autor	Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo
1	Ferecini	2011	Desenvolvimento e avaliação do objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro.	Desenvolver e avaliar um <i>website</i> sobre o AM de bebês prematuros dirigido à família.	Quantitativo
2	Walker <i>et al.</i>	2013	Web-based education for placental complications of pregnancy.	Avaliar uma estratégia de educação baseada na <i>web</i> para promoção de educação em saúde materno-infantil em gestantes de alto risco.	Quantitativo
3	Guijarro; Luna; Bazán	2014	Use of the new technologies and telemedicine, in the healthy newborn follow up.	Demonstrar o efeito da ferramenta <i>eHealth</i> no acompanhamento de bebês saudáveis nos primeiros 6 meses de vida em um serviço de Atenção Primária à Saúde.	Quantitativo
4	Jiménez-Serrano; Tortajada; García-Gómez	2015	A mobile health application to predict postpartum depression based on machine learning.	Desenvolver um aplicativo <i>mHealth</i> para detecção de depressão pós-parto e contribuir nos cuidados com o neonato.	Misto

	Autor	Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo
5	Letourneau <i>et al.</i>	2015	Quasi-experimental evaluation of a telephone-based peer support intervention for maternal depression.	Avaliar o efeito do apoio de pares por telefone na depressão materna e no apoio social.	Quantitativo
6	Ahmed <i>et al.</i>	2016	The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy, term infants after hospital discharge	Determinar se um sistema interativo de monitoramento de AM baseado na <i>Web</i> favorece a AME e redução da depressão pós-parto.	Quantitativo
7	Posmontier <i>et al.</i>	2016	Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression.	Testar a viabilidade, eficácia e aceitabilidade da psicoterapia interpessoal administrada por telefone por enfermeira obstétrica certificada.	Misto
8	White <i>et al.</i>	2016	Theory-based design and development of a socially connected, gamified mobile app for men about breastfeeding (milkman)	Desenvolver o primeiro aplicativo de amamentação baseado em evidências voltado para homens.	Misto
9	Alam <i>et al.</i>	2017	The impact of mobile phone based messages on maternal and child healthcare behaviour: A retrospective cross-sectional survey in Bangladesh	Avaliar a associação entre os serviços de mensagens do celular Aponjon e as práticas em relação ao parto e cuidados com a mãe e os recém-nascidos em áreas selecionadas em Bangladesh.	Quantitativo
10	Flax <i>et al.</i>	2017	Group cell phones are feasible and acceptable for promoting optimal breastfeeding practices in a women's micro-credit program in Nigeria	Examinar a viabilidade e aceitabilidade do uso de grupos de mensagens de celular dentro de uma intervenção de promoção do AM de múltiplos componentes.	Qualitativo

	Autor	Ano	Título	Objetivo	Tipo de estudo
11	Kingston <i>et al.</i>	2017	Pregnant women's views on the feasibility and acceptability of web-based mental health e-screening versus paper-based screening: a randomized controlled trial.	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da triagem eletrônica de saúde mental baseada na Web em comparação com a triagem baseada em papel.	Quantitativo
12	Martinez-Brockman <i>et al.</i>	2018	Impact of the lactation advice through texting can help (LATCH) trial on time to first contact and exclusive breastfeeding among WIC participants.	Testar a eficácia de uma intervenção de mensagens de texto bidirecional incentivando o AME entre mulheres de baixa renda inscritas em programas de aconselhamento em AM.	Quantitativo
13	Wang; Chaovalit; Pongnumkul	2018	A breastfeed-promoting mobile app intervention: Usability and usefulness study.	Avaliar a usabilidade e utilidade do MoomMae, um aplicativo para celular desenvolvido para apoiar mulheres que amamentam.	Qualitativo
14	D'agostini <i>et al.</i>	2020	<i>Serious Game e-Baby Família</i> : tecnologia educacional para o cuidado do recém-nascido premature.	Desenvolver e avaliar o serious game e-Baby Família com pais de bebês prematuros.	Qualitativo
15	Kim	2020	Information and Communications Technology and Education Customized for Fathers of Preterm Infants.	Avançar no entendimento das preocupações e necessidades dos pais e buscar oportunidades de tecnologia da informação para apoiá-los.	Qualitativo

Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

As tecnologias *eHealth* voltadas a saúde materno-infantil são eficazes para a promoção e a educação em saúde, contribuindo para a transformação dos sistemas de saúde. Sua relevância clínica e científica se dá pelas possibilidades de aplicações em todos níveis de atenção, vencendo as barreiras impostas pelas distâncias físicas e respeitando a fragilidade e a individualidade de pais e familiares (ALAM *et al.*, 2017).

Com o avanço da tecnologia, o surgimento da internet e a chegada dos dispositivos móveis que permitem a utilização das redes sociais, a divulgação e a aplicação das ferramentas *eHealth* vêm se tornando uma alternativa viável para a criação, troca de conhecimentos e suporte materno-infantil aos diferentes públicos-alvo, favorecendo a continuidade do AME, dos retornos à equipe multiprofissional e a monitorização do desenvolvimento infantil (GUIJARRO; LUNA; BAZÁN, 2014; FLAX *et al.*, 2017; MARTINEZ-BROCKMAN *et al.*, 2018).

O uso das TIC para a educação em saúde de pais e familiares pode ocorrer nos períodos pré e pós-natais, sendo essas ferramentas tecnológicas eficazes para a conscientização e estimulação da participação da família no acompanhamento e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor do bebê e da criança, uma vez que contribuem para a saúde e o bem-estar materno-infantil, além de reduzirem os riscos de mortalidade e transtornos de desenvolvimento (WANG; CHAOVALIT; PONGNUMKUL *et al.*, 2018).

O bem-estar materno-infantil proporcionado pelas ferramentas *eHealth* é dependente da capacidade de realização programas que permitam a troca de conhecimentos e experiências entre o público-alvo e seus desenvolvedores. As ações devem possuir uma linguagem diferenciada e clara para os pais e familiares, atendendo às demandas individuais e contribuindo para as tomadas de decisões relacionadas aos cuidados com o bebê (D'AGOSTINI *et al.*, 2020). A utilização de tecnologias que atendem o público materno-infantil fortalece os vínculos parentais e favorece o monitoramento do desenvolvimento infantil (KIM, 2020).

Importante destacar, que durante o desenvolvimento das tecnologias *eHealth*, deve-se buscar entender as preocupações e as dificuldades do público-alvo para atender às suas necessidades educacionais específicas (VASCONCELOS FILHO *et al.*, 2021).

Os estudos sobre os efeitos das tecnologias *eHealth* na saúde materno-infantil envolvem os perfis dos usuários, os critérios para o desenvolvimento das ações, os parâmetros de qualidade das informações, as con-

tribuições da aplicação da ferramenta aos serviços de saúde e a adesão do público-alvo (AHMED *et al.*, 2016). Os resultados do uso desses recursos sugerem efeitos positivos na saúde e no bem-estar materno-infantil relacionados ao gerenciamento do diabetes gestacional, saúde mental, autocuidado da gestante, empoderamento e participação dos pais e familiares nos cuidados com o bebê em países de média e baixa renda (WHITE *et al.*, 2016). Ademais, as intervenções de Telemedicina vêm se apresentando como modelos assistenciais de alta qualidade e de baixo risco e custo para os serviços de saúde (SCHWAMM *et al.*, 2017).

O perfil predominante dos usuários que utilizam as tecnologias *eHealth* na saúde materno-infantil é o seguinte: mulheres em idade reprodutiva que utilizam a internet, redes sociais e aplicativos de celular, independente da escolaridade e do perfil socioeconômico. A utilização de *websites* e aplicativos sobre saúde materno-infantil apresenta altos índices de aplicabilidade, aceitação, educação em saúde e participação de mulheres jovens, trazendo benefícios relacionados ao aumento do conhecimento sobre a saúde materno-infantil, além da redução da ansiedade e depressão materna (FERECINI, 2011; WALKER *et al.*, 2013).

Estudos evidenciam (JIMÉNEZ-SERRANO; 2015; POSMONTIER *et al.*, 2016; KINGSTON *et al.*, 2017) que depressão pós-parto pode prejudicar o comparecimento de mães aos serviços de saúde e a continuidade dos atendimentos especializados materno-infantis, devido ao fardo e ao medo causados pela doença. A utilização de ligações telefônicas e aplicativos de celular para a realização de triagens de detecção e acompanhamento da depressão pós-parto também são considerados instrumentos viáveis e eficazes no enfrentamento desse problema. Nesse contexto, as tecnologias *eHealth* facilitam esse processo de acompanhamento, uma vez que possibilitam a realização de consultas pré e pós-natais e psicoterapia *online*, reduzindo as listas de espera e fornecendo um maior apoio aos sintomas de depressão (LETOURNEAU *et al.*, 2015).

O sucesso na utilização das tecnologias *eHealth* direcionadas a um público-alvo está relacionada às fases de planejamento e desenvolvimento

da ferramenta. Observa-se a necessidade da realização de mais estudos qualitativos, que identifiquem as percepções, sentimentos e necessidades dos pais e familiares que utilizam as ferramentas *eHealth* voltas à saúde materno-infantil.

No Brasil, pesquisadores da Universidade de Fortaleza desenvolveram e validaram o Método Interdisciplinar para o Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde - MIDTS (VASCONCELOS FILHO *et al.*, 2021). O MIDTS propõe a concepção de tecnologias em saúde confiáveis, a partir do seguimento das etapas de desenvolvimento, validação e/ou avaliação por profissionais especializados e público-alvo, seguindo uma tendência atual de unir as abordagens quantitativa e qualitativa e buscando a complementaridade dos olhares objetivos e subjetivos para a obtenção de diversas perspectivas, análises e interpretações dos objetos de estudo (MINAYO, 2013).

CONCLUSÃO

Os estudos sobre a utilização das TIC e estratégias *eHealth* voltadas a promoção e a educação em saúde materno-infantil para pais e familiares descrevem que essas ferramentas são viáveis e de baixo custo para os serviços de saúde e são capazes de ampliar o acesso às informações e ao cuidado materno-infantil. Proporcionam, ainda, melhores condições de saúde e maior bem-estar a essa população.

Outras contribuições das tecnologias *eHealth* evidenciadas nos estudos, referem-se à facilidade de acesso, aplicabilidade e adesão, o que contribui para a continuidade e manutenção do AME, e o aumento da participação de pais e rede de apoio no monitoramento do desenvolvimento infantil.

Apesar dos benefícios da utilização das tecnologias *eHealth* na saúde e no bem-estar materno-infantil verificados nesta revisão de literatura, novos estudos são necessários, com abordagens metodológicas mais robustas, *design* de criação individualizados e voltados a atender as necessidades específicas dos pais e da rede de apoio.

Ressalta-se que o desenvolvimento de estudos sobre a utilização das tecnologias *eHealth* voltadas a saúde e ao bem-estar materno-infantil devem contribuir com as recomendações da OMS e com o cumprimento dos objetivos e metas da ODS 3, priorizando o AME nos primeiros seis meses de vida; o AM continuado até os dois anos de idade ou mais, em conjunto com alimentação adequada; o monitoramento dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor; a regularidade nas consultas multiprofissionais materno-infantil; e a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor pelos pais e rede de apoio.

REFERÊNCIAS

AGENDA2030. (2021). *Plataforma Agenda 2030: Acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil*. Disponível em: <<http://www.agenda2030.com.br>>. Acesso em 10 ago. 2022.

AHMED, A. H. et al. The Effect of Interactive Web-Based Monitoring on Breastfeeding Exclusivity, Intensity, and Duration in Healthy, Term Infants After Hospital Discharge. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 45, n. 2, p. 143–154, mar. 2016.

ALAM, M. et al. The impact of mobile phone-based messages on maternal and child healthcare behaviour: a retrospective cross-sectional survey in Bangladesh. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. 1, 24 jun. 2017.

BRASIL. (2016) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Nações Unidas. (2019). *UNICEF: apenas 40% das crianças no mundo recebem amamentação exclusiva no início da vida*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-apenas-40-das-criancas-no-mundo-recebe-m-amamentacao-exclusiva-no-inicio-da-vida/>> Acesso em: 10 ago. 2022.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 108, 27 dez. 2017.

D'AGOSTINI, M. M. et al. Serious Game e-Baby Família: an educational

technology for premature infant care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4, 2020.

FACUNDO, S. H. et al. Communication technologies used by nurses in prenatal care. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 33, p. 1–9, 2020.

FERECINI, G. M. *Desenvolvimento e avaliação do objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro*. 2011. 159 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, 2011.

FLAX, V. L. et al. Group cell phones are feasible and acceptable for promoting optimal breastfeeding practices in a women's microcredit program in Nigeria. *Maternal & Child Nutrition*, v. 13, n. 1, 18 mar. 2016.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 549–556, jun. 2004.

GUIJARRO, C. M. C.; LUNA, M. S.; BAZÁN F., P. Uso de las nuevas tecnologías y telemedicina en el seguimiento del recién nacido sano. *Pediatría Atención Primaria*, v. 16, n. 64, p. 305–310, dez. 2014.

HEUVEL, J. F. VAN DEN et al. eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. *Journal of Medical Internet Research*, v. 20, n. 6, p. e202, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. (2019) *ODS 3 - Saúde e Bem-estar - Ipea - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>>. Acesso em 10 ago. 2022.

JIMÉNEZ-SERRANO, S.; TORTAJADA, S.; GARCÍA-GÓMEZ, J. M. A Mobile Health Application to Predict Postpartum Depression Based on Machine Learning. *Telemedicine and e-Health*, v. 21, n. 7, p. 567–574, jul. 2015.

KINGSTON, D. et al. Pregnant Women's Views on the Feasibility and Acceptability of Web-Based Mental Health E-Screening Versus Paper-Based

Screening: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, v. 19, n. 4, p. e88, 7 abr. 2017.

KIM, H. N. Information and Communications Technology and Education Customized for Fathers of Preterm Infants. *Neonatal Network*, v. 39, n. 2, p. 66–74, 1 mar. 2020.

LETOURNEAU, N. et al. Quasi-experimental evaluation of a telephone-based peer support intervention for maternal depression. *Journal of Advanced Nursing*, v. 71, n. 7, p. 1587–1599, 23 fev. 2015.

LOCKWOOD, C.; MUNN, Z.; PORRITT, K. Qualitative research synthesis. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, v. 13, n. 3, p. 179–187, set. 2015.

MARTINEZ-BROCKMAN, J. L. et al. Impact of the Lactation Advice Through Texting Can Help (LATCH) Trial on Time to First Contact and Exclusive Breastfeeding among WIC Participants. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, v. 50, n. 1, p. 33–42.e1, jan. 2018.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

MONTEIRO, J. C. DOS S. et al. Determinantes sociais da saúde, aleitamento materno e diminuição das iniquidades em saúde. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e7411225558, 18 jan. 2022.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1097–1108, abr. 2017.

MOREIRA, M. R. et al. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe7, p. 22–35, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. Nova Iorque: UN; 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *THE OPTIMAL DURATION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING REPORT OF AN EXPERT CONSULTATION*. [s.l.: s.n.]. Geneva, Switzerland, Mar. 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67219/WHO_NH_D_01.09.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 ago. 2022.

PEREIRA, C. et al. Introduction on ehealth Technologies. In: SILVA, R.M.; BRASIL, C.C.P.; VASCONCELOS FILHO, J. E. *EHealth Technologies in the context of health promotion*. Fortaleza: EdUECE, 2020, p. 13 - 37.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *Jornal de Pediatria*, v. 93, n. 2, p. 107–110, mar. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano de 2016*. 2016. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2016>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

POSMONTIER, B. et al. Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy by Nurse-Midwives for Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 61, n. 4, p. 456–466, 10 mar. 2016.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 40, n. spe, p. 14–24, dez. 2016.

RICHARDSON, B. et al. Evaluation of Mobile Apps Targeted to Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Unit: Systematic App Review. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 7, n. 4, 15 abr. 2019.

SCHWAMM, L. H. et al. Recommendations for the Implementation of Telehealth in Cardiovascular and Stroke Care: A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation*, v. 135, n. 7, 14 fev. 2017.

SILVA, R.M. et al. Validation of ‘gestação’ application with nurses. In: SILVA, R.M.; BRASIL, C.C.P.; VASCONCELOS FILHO, J. E. *EHealth Technologies in the context of health promotion*. Fortaleza: EdUECE, 2020, p. 183-197.

SOUZA, C. D. F. DE et al. Novo século, velho problema: tendência da

mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 9 abr. 2021.

STØRKSEN, H. T. et al. Health Personnel's Perceived Usefulness of Internet-Based Interventions for Parents of Children Younger Than 5 Years: Cross-Sectional Web-Based Survey Study. *JMIR Mental Health*, v. 7, n. 11, p. e15149, 18 nov. 2020.

ORR, T. et al. Smartphone and Internet Preferences of Parents. *Advances in Neonatal Care*, v. 17, n. 2, p. 131–138, abr. 2017.

VASCONCELOS FILHO, J. E. et al. MIDTS: método interdisciplinar para o desenvolvimento de tecnologias em saúde. In: JORGE, M. S. B. et al. *Tecnologias eHealth em gestão em saúde: fundamentos para seu desenvolvimento e avaliação*. Curitiba: CRV, 2021.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, v. 387, n. 10017, p. 475–490, jan. 2016.

WALKER, M. G. et al. Web-Based Education for Placental Complications of Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 35, n. 4, p. 334–339, abr. 2013.

WANG, C.-J.; CHAOVALIT, P.; PONGNUMKUL, S. A Breastfeed-Promoting Mobile App Intervention: Usability and Usefulness Study. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 6, n. 1, p. e27, 26 jan. 2018.

WHITE, B. K. et al. Theory-Based Design and Development of a Socially Connected, Gamified Mobile App for Men About Breastfeeding (Milk Man). *JMIR mHealth and uHealth*, v. 4, n. 2, p. e81, 27 jun. 2016.

Capítulo 11

Análise Crítico-Reflexiva sobre o Cuidado a Pessoas em Situação de Rua no Contexto da Pandemia de COVID-19

Joice Fabricio de Souza

Karla Maria Carneiro Rolim

Nilson Vieira Pinto

Jardenia Chaves Domeneguetti

Aldecira Uchoa Monteiro Rangel

Mirna Albuquerque Frota

INTRODUÇÃO

A população residente na rua, que historicamente tem o acesso aos serviços de saúde dificultado, com o contexto da pandêmico passa a ser cerceada ainda mais, tendo em vista que a estigmatização que carregam é pesada demais, sendo vista nesse cenário como os portadores e transmissores da doença Covid-19 causada pelo coronavírus SARS Cov-2. A invisibilidade social que faz parte da experiência vivida dessas pessoas, é acentuada substancialmente e se agrava com a inoperância das políticas públicas (PAULA *et al.*, 2020; ZANDOMINGO *et al.*, 2020).

Diversos são os desafios quanto ao cuidado ofertada a essa população, os profissionais de saúde como um todo têm dificuldades quanto ao exercício de um olhar holístico ao usuário, pois compreender na sua totalidade representa um dos maiores entraves enfrentados por esses trabalhadores, isso pode se justificar ao modelo cartesiano biomédico que ainda se encontra nos currículos de cursos da saúde (CARDOZO, 2018).

As precárias condições de vida nas ruas facilitam o adoecimento, contribuindo para o surgimento de problemas de saúde com mais frequência na PSR, fazendo com que sejam mais propensas a adoecerem, essas condições estão relacionadas ao estilo de vida, alimentação ineficaz, exposições e mudanças climáticas, assim como situações de violência, privação do sono e de nutrientes essenciais a manutenção da vida como acesso a água potável, uso de álcool e outras drogas e problemas relacionados a transtornos mentais influenciam nos processos saúde-doença (WISE; PHILIPS, 2013; BRASIL, 2012; KEOGH *et al.*, 2015).

Nesse contexto de atravessamento da pandemia de Covid-19 diversos são os desafios que rondam a vida das pessoas em situação de rua, tendo em visto um cenário novo permeado por incertezas, assim, faz-se necessário que seja compreendido os modos de vida dessa população, visto que estes podem estar intimamente ligados aos processo saúde-doença. Diante disso, este estudo tem como objetivo compreender os entraves e as facilidades no cuidado da população em situação de rua no contexto da pandemia de Covid-19 por meio da produção científica existente dos últimos dois anos.

O objetivo deste capítulo é apresentar os resultados de uma pesquisa bibliográfica sobre os entraves e facilidades no cuidado a pessoas em situação de rua no contexto da pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual foi estruturada por meio da estratégia de seis etapas orientado por de Silveira; Mendes; Galvão (2019), a saber: elaboração da pergunta norteadora; (2) busca e seleção dos estudos; (3) extração de dados; (4) avaliação dos estudos inclusos na revisão; (5) síntese dos resultados; (6) e apresentação da revisão.

Para a elaboração da pergunta de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO, uma ferramenta de pesquisa não clínica que utiliza a prática baseada em evidências científicas. Embasado a isso a pergunta de pesquisa foi a

seguinte: "Quais evidências científicas disponíveis sobre entraves e as facilidades no cuidado da população em situação de rua no contexto da pandemia de covid-19? teve como População (P) = pessoas em situação de rua; Interesse (I) = cuidado; e Contexto (Co) = pandemia Covid-19.

Durante o mês de setembro de 2021 buscaram-se os estudos de forma pareada, no DeCS/ MeSH, "Homeless persons", "Covid-19", "health care", utilizando-se do operador booleano AND para o cruzamento nas bases de dados. O quadro 1, evidencia essa estratégia.

Quadro 1. Representação das estratégias e respectivas fórmulas de busca nas bases de dados LILACS, Web of Science e SCOPUS

BASE	ESTRATÉGIA
Web of Science	"Homeless persons" AND "Covid-19" AND "health care"
LILACS	"Homeless persons" AND "Covid-19" AND "health care"
SCOPUS	"Homeless persons" AND "Covid-19" AND "health care"

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2021

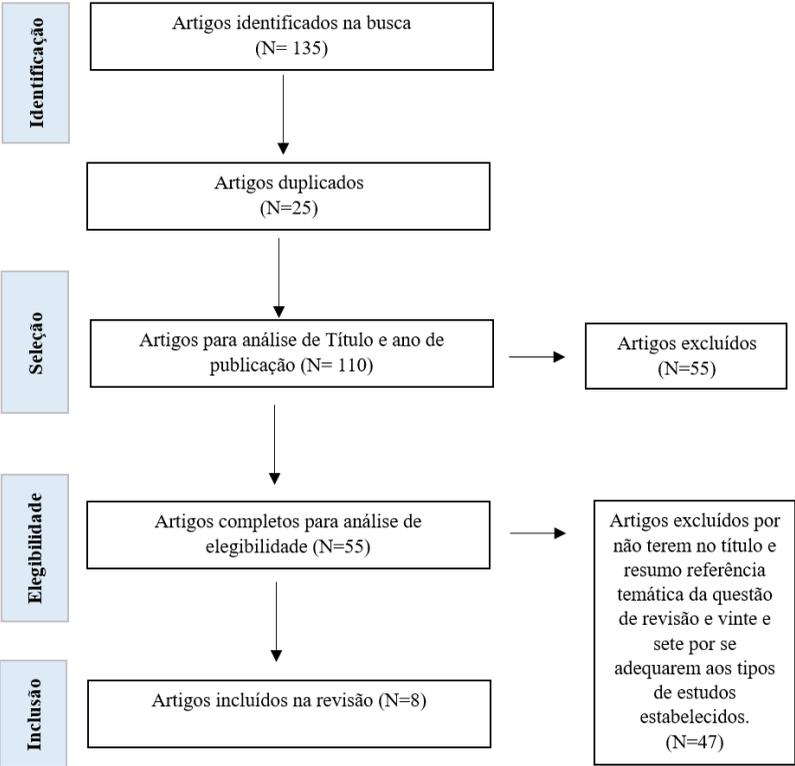
A aquisição aos estudos deu-se através do acesso remoto via CAFE ao Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), selecionaram-se as bases de dados conforme o escopo de abrangência e a representatividade, as quais foram: Medical Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e Web of Science.

Para realizar a filtragem dos estudos, conforme a ênfase do objeto investigado, empregaram-se os critérios de inclusão: artigos de pesquisa qualitativas e/ou quantitativas que abordassem os entraves e as facilidades no cuidado a pessoas em situação de rua na pandemia de Covid-19, publicados nos idiomas português, inglês e ou espanhol, entre o período de 2020 a 2021. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: artigos de revisão, teses, dissertações, estudos duplicados, Commtes, editoriais, artigos que fugissem da temática no título, no resumo e no texto na íntegra.

Na Figura 1, estão representados o processo de busca, seleção e inclusão dos estudos selecionados. Nesta revisão, de acordo com os critérios

de inclusão, foram selecionadas 8 pesquisas. Destas ressalta-se publicações realizadas no Brasil (4/50%), Estados Unidos da América (2/25%), Itália (1/12,5%) e Reino Unido (1/12,5%), sendo cinco (62%) estudos publicados no ano de 2020 e três (38%) no ano de 2021. Anos marcados por estratégias ao enfrentamento do Covid-19, sobretudo a população em situação de rua.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação do fluxograma PRISMA, 2021



Fonte: Elaborado pelos autores

RESULTADOS

A busca resultou em 135 artigos selecionados, destes, vinte e cinco foram descartados por estarem duplicados nas bases de dados, restando para a leitura do título e resumo 110 artigos. Nessa nova etapa, 55 foram excluídos, o que resultou um total de 55 artigos para seleção quanto aos critérios de inclusão e exclusão e destes, 18 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais dez foram excluídos por se deterem exclusivamente a saúde mental das pessoas em situação de rua.

No Quadro 2, estão representadas a descrição dos estudos selecionados.

Quadro 2. Descrição dos estudos elegíveis para a revisão de literatura

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
1	MIYAWAKI <i>et al.</i> , 2020/EUA	Lessons from Influenza Outbreaks for Potential Impact of COVID-19 Outbreak on Hospitalizations, Ventilator Use, and Mortality Among Homeless Persons in New York State	Investigar o uso de cuidados em saúde entre a população sem-teto hospitalizada no estado de Nova York.	Quantitativo	Pessoas em situação de rua tiveram maior utilização de cuidados em comparação com pessoas não moradores de rua. Pacientes em situação de rua experimentaram uma taxa de hospitalização mais alta, especialmente durante o período de pandemia e, uma vez hospitalizados, uma taxa mais alta de uso de ventilação mecânica.

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
2	BAGGETT, <i>et al.</i> , 2020/EUA	Addressing COVID-19 Among People Experiencing Homelessness: Description, Adaptation, and Early Findings of a Multiagency Response in Boston	Descrever as ações de um modelo de atenção a COVID-19 desenvolvido para pessoas que vivenciam a situação de rua em Boston	Estudo de caso	A triagem de sintomas foi minimizada devido ao alto número de infecções assintomáticas ou minimamente sintomáticas descobertas durante o teste de massa; o rastreamento de contatos e a quarentena foram eliminados progressivamente sob o pressuposto de exposição universal entre a população abrigada; e os locais de isolamento e gerenciamento foram rapidamente expandidos para acomodar um aumento no número de pessoas com COVID-19 recém-diagnosticadas.

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
3	TERÇAS-TRETTEL, <i>et al.</i> , 2021/Brasil	Coronavirus 2019 y personas en situación de calle en el estado de Mato Grosso, Brasil	Descrever, durante a pandemia, o surto de COVID-19 em uma população de rua no interior de Mato Grosso, Brasil	Estudo descritivo	Do caso índice, morador de rua que foi transferido para o abrigo municipal de Tangará da Serra / Mato Grosso, 47 pessoas infectadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) foram confirmadas por sorologia e / ou testes moleculares: (i) no abrigo: 8 moradores de rua e 5 funcionários; (ii) contato com a residência dos funcionários: 3 familiares; (iii) na unidade hospitalar: 19 profissionais e 6 pacientes na unidade de terapia intensiva.

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
4	HOWELLS <i>et al.</i> , 2021/Reino Unido	Exploring the experiences of changes to support access to primary health care services and the impact on the quality and safety of care for homeless people during the COVID-19 pandemic: a study protocol for a qualitative mixed methods approach	Avaliar a experiência e o impacto das mudanças organizacionais e tecnológicas (como a facilitação de consultas remotas), em resposta à pandemia COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade e segurança dos cuidados para pessoas em situação de rua	Pesquisa-ação	O COVID-19 e as regulamentações de distanciamento social exigidas aceleraram a revolução do atendimento digital. Embora as evidências sugiram que as consultas remotas podem aumentar o acesso ao atendimento para alguns indivíduos, existe a preocupação de que o 'fosso digital' irá exacerbar as desigualdades de saúde para grupos sociais vulneráveis. A pesquisa mostra que as pessoas que vivem em situação de rua já têm menos probabilidade de acessar os cuidados de saúde devido a uma série de fatores socioeconômicos e experienciais, mas há evidências limitadas de se as intervenções digitais poderiam aumentar o acesso aos cuidados de saúde para essa população.

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
5	PAULA <i>et al.</i> , 2020/Brasil	Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19	Analisar o viver de pessoas em situação de rua, em tempos de pandemia da COVID-19, no município do Rio de Janeiro.	Pesquisa etnográfica	Os resultados narram como a pandemia de COVID-19 surgiu para a população em situação de rua. O isolamento provocou o esvaziamento das ruas e a redução de transeuntes, prejudicando seus modos de viver e suas táticas de sobrevivência. A fome, a sede, a ausência de locais para o banho e para realização de necessidades fisiológicas passaram a fazer parte do seu cotidiano. diante da impossibilidade de isolamento, da aquisição de alimentos e água e das limitações em realizar medidas preventivas, as ações de cuidado oferecidas pelos gestores para limitar a disseminação do vírus, ainda nessa população, são pouco eficazes.

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
6	NUNES; RODRIGUEZ; CINACCHI, 2021/Brasil	Health and Social Care Inequalities: The Impact of COVID-19 on People Experiencing Homelessness in Brazil	Refletir sobre os desafios que afetam as pessoas que vivem em situação de rua no Rio de Janeiro, Brasil, devido à pandemia COVID-19	Pesquisa participativa	Os resultados evidenciaram o agravamento da situação de extrema vulnerabilidade e pobreza já vivenciada por esta população antes da pandemia . Principais estratégias lideradas por organizações do Terceiro Setor para reduzir a propagação do vírus, para minimizar o impacto financeiro do bloqueio, e para aumentar o suporte emocional e informações sobre COVID-19 foram apresentadas.
7	ARAGONA <i>et al.</i> , 2020/Itália	Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties	Estimar o impacto do Covid-19 e bloqueio relacionado à utilização do serviço e adesão ao acompanhamento em um serviço ambulatorial italiano de saúde mental para migrantes e pessoas com dificuldades socioeconômicas.	Transversal retrospectivo	Este estudo mostra uma redução relevante no número total de pacientes que procuraram o ambulatório de saúde mental após o bloqueio, com o risco de novas necessidades de saúde mental serem negligenciadas em um período em que se espera que aumentem. Além disso, um significante redução da escala no número de consultas de acompanhamento também foi demonstrada, o que tem potenciais efeitos negativos na adesão terapêutica e aumenta o risco de recaída.

N	Autor/ ano /pais	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
8	BRITO <i>et al.</i> , 2020/Brasil	The way of life of the unhoused people as an enhance for COVID-19 care	Analisar o modo de vida da População em Situação de Rua para potencializar o cuidado em saúde na pandemia	Estudo Qualitativo	O grupo de maior risco para COVID-19 faz uso compulsivo de drogas; passa fome constantemente; interrompe tratamento medicamentoso para Tuberculose, HIV e Diabetes; tem subdiagnóstico de Depressão; tem dificuldade de abrigo; usa drogas inalatórias. Esse modo de vida aumenta o risco de agravamento da COVID-19 e impõe maiores desafios aos serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Diante dos pressupostos, as discussões estão apresentadas em duas categorias definidas de acordo com os principais resultados identificados, a saber: Categoria 1- Efeitos negativos na adesão terapêutica e Categoria 2 - Modos de viver e táticas de sobrevivência no contexto pandêmico.

CATEGORIA I - Efeitos negativos na adesão terapêutica

A Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou em 30 de janeiro de 2020 Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional em razão do surto decorrente do novo coronavírus (SARS-CoV-2), posteriormente, em 11 de março do mesmo ano, caracterizou-se a Covid-19, surto mundial.

Em razão da inexistência de fármacos para o tratamento da doença, medidas não farmacológicas foram recomendadas para conter a transmissão do vírus, visto ter um alto poder de propagação, assim, as normativas

sanitárias recomendadas pela OMS basearam-se no uso constante de máscaras, higienização das mãos com água e sabão ou álcool a 70%, e distanciamento e isolamento social (BRASIL, 2020).

Dessa maneira, milhares de pessoas tiveram que aderir a essas condutas nesse período de mudanças e medo. Consequências da covid-19 assolaram e assolam a população, principalmente as PSR no Brasil e no mundo como falta de espaço de acolhimento para realização das medidas sanitárias adequadas, quanto ao distanciamento e isolamento social, além de outras vitais como alimentação e sobrevivência. Todos esses entraves que percorrem a vida dessas pessoas contribuem para uma reflexão acerca da efetividade e implementação de estratégias de enfrentamento para esse coletivo tão invisível e ao mesmo tempo tão visível nesse momento (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

A literatura aponta sobre as experiências de cuidados em saúde destinados a essa população e pontua preocupações relacionadas à segurança do paciente, podendo-se citar o auto nível de necessidades de cuidados em saúde e acesso deficiente aos serviços sanitários. Essas adversidades que permeiam as práticas de cuidado, indicam uma série de preocupações que são relacionadas a barreiras organizacionais e burocráticas como falta de documentação, o que pode-se considerar como precariedade do exercício da cidadania, como também a estigmatização e maus tratos a essas pessoas quando buscam os serviços sanitários, podendo fazer alusão a uma formação deficitária dos profissionais que atendem essas pessoas (BRENNAN, 2018; HOWELLS *et al.*, 2021; XIMENES *et al.*, 2021; SANTANA CATELAR, 2014).

No Brasil, estudos também mencionam a barreiras de acesso aos serviços públicos e traz como agravantes os processos de exclusão social relacionados a sua própria condição de vida. Ancorado a essa percepção, existe a internalização desses preconceitos por parte das pessoas em situação de rua, que por serem na maioria das vezes julgadas e estigmatizadas, acreditam que não possuem direitos a usufruir dos serviços públicos, o que agrava ainda mais suas condições, assim, o direito à saúde ainda não

é operacionalizado de forma universal e equânime no acesso aos serviços sanitários (XIMENES *et al.*, 2021; SANTANA; CASTELAR, 2014).

Vale ressaltar, que aspectos relacionados a insatisfação com o serviço de saúde interfere na adesão terapêutica, e essas insatisfações estão relacionadas a aspectos já elencados como estigmatização e privação dos direitos, com isso existe uma baixa busca nos serviços de atenção primária, o que faz com que a busca pelos serviços de saúde apenas seja realizada em casos de urgência, maleficiando tanto a continuidade terapêutica quanto as ações de promoção a saúde (XIMENES *et al.*, 2021).

É nesse descortinamento social que as PSR se tornam mais vulneráveis, causando implicações na saúde pública e nos recursos de assistência, haja vista, que as práticas de cuidado para essa população não são tão eficazes, uma vez que por mais que surjam casos sejam leves de Covid-19, essas pessoas necessitam de isolamento e manejo adequado e na rua não é tão eficaz, além das casas de acolhimento existentes não suportarem todos esses indivíduos (CULHANE *et al.*, 2020; BAGGETT; LEWIS; GAETA, 2020).

Esses agravantes têm total impacto nos problemas com a continuidade e as transições do cuidado, além disso, o aumento do número de pessoas em situação de rua com o andar da pandemia de Covid-19, tem exacerbado esse cenário, influenciando para o aumento do sofrimento prolongado e altas demandas de saúde, resultando em mortes prematuras evitáveis e alargando as iniquidades sociais em saúde (HOWELLS *et al.*, 2021).

Nessa circunstância, esses elementos representam e sustentam a lógica que considera a morte causada por Covid-19, como uma morte originada por precarizações e invisibilizações, como já foi discutido em parágrafos anteriores, as PRS são visíveis e invisíveis ao mesmo tempo, alicerçado a isso o abreviamento prematuro da vida dessas pessoas causado pelo Covid-19, só reafirma a necessidade de garantia de acesso a direitos a saúde e assistência social (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020; WANG, 2020; SCHUCH, 2020).

Dado isto, percebe-se o quão complexo é ofertar cuidado integral à PSR, dessa maneira, é de fundamental importância que as práticas de saúde ancorem-se nas dimensões técnicas do cuidado, o que inclui habilidades clínicas, que implicam em intervenções terapêuticas e na relação interprofissional, assim como as de cunho gerencial. Além das dimensões atitudinais que abarcam o acolhimento, a escuta, o respeito pela trajetória de vida do indivíduo, assim como no todo, o que inclui os aspectos biopsicossociais que influenciam na autonomia dos usuários e amenizam sofrimentos (QUEIRÓS *et al.*, 2016; AYRES, 2001; LACERDA; VALLA, 2004; ENGSTROM *et al.*, 2019)

A complexidade do cuidado no atravessamento da Covid-19 é mais acentuada ainda, pode-se evidenciar no estudo de Engstrom *et al.*, (2020) as potencialidades e dificuldades na produção de cuidados à PSR pela eCR. Nesse contexto, foram destacados como potencialidades: ampliação e integralização de ações, cuidado clínico e intersetoriais nos serviços e em espaços na rua, busca ativa, cuidado centrado com construção de planos terapêuticos compartilhados. Como dificuldades foi evidenciado: fragmentação da rede de atenção, à qualidade dos instrumentos para registro em saúde e à carência de recursos estruturais como transporte e insumos para ações de promoção da saúde.

Pode-se evidenciar que diversos são os entraves que atravessam o cotidiano e a vida das pessoas que vivem em situação no contexto pandêmico, constatou-se também a ampliação da vulnerabilidade e os desafios impostos na adesão terapêutica às medidas sanitárias, bem como os modos de viver e sobreviver em meio a um caos de amplitude mundial.

CATEGORIA 2 - Modos de viver e táticas de sobrevivência no contexto pandêmico

O esvaziamento, a privatização dos espaços públicos e a prática da política da segregação, tem favorecido e acelerado a exclusão social e o aumento do número de pessoas em situação de rua. Essa prática segregadora tem feito com que os mais vulneráveis e socioeconômicos mais des-

favorecidos ocupem as ruas e são considerados pela sociedade como ameaças à segurança pública (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Com o contexto pandêmico esse cenário ficou ainda mais evidente, onde vidas precárias tornaram-se ainda mais passíveis a morte. O mundo começou a acompanhar cotidianamente cenas alarmantes de caminhões frigoríficos com inúmeros corpos armazenados e sepultamentos coletivos, corpos vítimas da Covid-19, da precarização e da invisibilidade, imagens fortes, por vezes desumanas, que certamente ficarão impregnadas por muito tempo nas mentes. A sociedade foi silenciada através de decretos, impondo o isolamento social (PAULA *et al.*, 2020; FARIAS; LEITE, 2021).

Com a decretação do isolamento social horizontal, o qual todos independentemente de quem sejam precisavam ficar confinados em suas casas, visto apresentar-se como o espaço mais seguro, porém, nem todos têm o mesmo privilégio. Como confinar pessoas em situação de rua em suas residências se elas utilizam a rua como espaço de morada e sobrevivência? Dessa forma, tornam-se invisíveis aos olhos das políticas públicas e abre espaço para o início de uma necropolítica.

A necropolítica, conceito cunhado por Mbembe (2011), que é entendido como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regula – e regulariza – o poder de gestão sobre as vidas, ditando quem pode viver e quem deve morrer para garantir o funcionamento da máquina de guerra capitalística. Quando se faz alusão as PSR, é no sentido de serem vidas invisíveis, que, portanto, não fazem diferença e não importam para o Estado, assim, as medidas estatais promovem vida e morte, quando determina quais grupos sociais devem viver ou morrer, hierarquizando vidas através do necrobiopoder, o poder sobre as vidas das pessoas que constituem uma nação (BENTO, 2018; SANTOS *et al.*, 2020).

A necropolítica que se faz presente na sociedade em que se vive, está escancarada e evidencia-se quando a oferta de políticas públicas não contempla de forma integral uma população, e de forma horizontal e sem escrúpulos escolhe os que vivem e os que precisam abreviar suas vidas, essa escolha não é muito difícil de se fazer, visto que condições precárias e insa-

lubres fazem parte do cotidiano daqueles, cujo o Estado exclui e priva de direitos mínimos a manutenção da vida (CAMPOS; REZENDE, 2021).

Na conjuntura brasileira, o chefe do Planalto, o então presidente do país, Jair Messias Bolsonaro em entrevista ao apresentador de telejornal Datena, na noite de 27 de março de 2020, ao tecer comentários acerca da gravidade da pandemia de Covid-19, destila seu “necrobiopoder” quando faz as seguintes alusões: “alguns vão morrer? Vão morrer. Lamento, é a vida. Não pode parar uma fábrica de automóveis porque tem 60 mil mortes no trânsito por ano”, é perceptível que quando afirma “alguns vão morrer”, rapidamente remete as pessoas passíveis de morte que vivem em condições insalubres, que fora discutido em parágrafos anteriores ao longo desse estudo (ARAUJO, 2020; CAMPOS; REZENDE, 2021).

Sublinhando essas rubricas do presidente, pode-se observar o quão frágeis e insignificantes aos olhos do atual governo são as vidas precarizadas, que nesse momento lutam para sobreviver em meio a um caos pandêmico, buscando estratégias de sobrevivências para a manutenção de suas vidas. A precariedade das ofertas salubres para a população em situação de rua na pandemia de Covid-19 se traduz em uma necropolítica, como bem já discutida em parágrafos pregressos, o que atinge diretamente a qualidade de vida dessas pessoas e o bem-estar.

Assim, a pandemia desvela as mazelas e a barbarização da máquina capitalística no contexto sanitário atualmente, embora atinja todas as camadas da sociedade, é fato que as pessoas em situação de rua serão mais atingidas. Assim medidas estatais são tomadas para mitigar os estragos nefastos causados pela covid-19. Na conjuntura brasileira, por exemplo, como uma das medidas contingenciais, foi a um Crédito Extraordinário para tentar remediar a situação agravante dos mais pobres (MOREIRA et al., 2020).

Esse crédito extraordinário, trata-se do auxílio emergencial, o qual vem contrariar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por se tratar de um crédito paliativo extraordinário com período limite para encerrar, visto que se existissem investimentos em programas e políticas

sociais, sobretudo no SUAS, não seria necessário um crédito dessa natureza, momentâneo (MOREIRA *et al.*, 2021).

As pessoas em situação de rua têm, fome, sede, precisam de moradia, renda, ocupação, saúde de qualidade políticas protetivas e não de um crédito mascarado e de difícil acesso, dinamicamente excludente, visto que para o acesso, faz-se necessário o uso de smartphone e conexão à rede de internet e nem todos dispõem desse equipamento. Observa-se a omissão por parte do Estado de políticas emergenciais inclusivas e de acesso (CASSAL; FERNANDES, 2020). A invisibilidade social vivida por essas pessoas até então, se acentua, agravando-se com a inoperância das políticas públicas e dificuldades de acesso aos dispositivos de assistência social e de saúde.

Além do auxílio emergencial, outras ações foram realizadas, como distribuição alimentícia, produtos de higiene e moradias provisórias, principalmente por meio de iniciativas não governamentais, grupos religiosos e afins, com vistas a prestar uma assistência referentes a saúde e a subsistência (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020; CALMON, 2020).

Ao passo em que instituições não governamentais atuam no combate a fome e demais atividades para manutenção da vida dessas pessoas, em contrapartida com o aumento do número de infectados com Covid-19, houve um distanciamento da realização dessas práticas, tornando o contexto ainda mais alarmante, tendo em vista que a assistência ficou limitada, sendo até cessada as doações que anteriormente eram realizadas, assim, com o decurso e agravamento da pandemia reduziram o fluxo às ruas, dessa maneira, viver e sobreviver nas ruas nesse período passou a ser uma verdadeira selva para sobrevivência (PAULA *et al.*, 2020; TIENGO, 2021).

Com isso houve uma maior visibilidade as pessoas em situação de rua, diversas manchetes em jornais enfatizando as dificuldades de sobrevivência desse coletivo e novamente as doações que tinham reduzido, voltam a mitigar a fome daqueles renegados pelo Estado. Ao passo em que manchetes relacionadas a falta de alimentos, água e produtos de higiene eram noticiados, as redes de apoio e solidariedade ressurgiam e assim

a articulação em rede acontecia, mas quando essas manchetes paravam de ser destaque, mais uma vez as doações sumiam, mas a fome e continuava (PAULA *et al.*, 20210).

Como já dizia Herbert de Souza, o Betinho, sociólogo e ativista dos direitos humanos, há décadas: “quem tem fome tem pressa”, essa frase se faz presente nos dias de hoje nos milhares de lares sejam eles físicos, construídos por tijolos e concretos, sejam eles rua, pessoa, afeto, pois o lar é onde nos encontramos, seja físico ou não e nesse contexto pandêmico, o lar se tornou qualquer lugar, qualquer pessoa e por conta disso mesmo que faz-se necessário com caráter de urgência medidas estatais e sociais e políticas permanentes e não apenas paliativas para o povo da rua, que garantam prioritariamente alimentação adequada e água potável como direito humano a essa população negligenciada e sempre deixada para amanhã.

Embora a articulação intersetorial entre as redes de cuidado seja um ponto positivo na assistência, principalmente pelo caráter gritante de desigualdades sociais existentes no Brasil, reconhece-se a necessidade de criação de políticas protetivas e a articulação em rede não pode deixar de existir, porém o Estado deve garantir inclusão e respeito a vida e à cidadania. (AGUIAR *et al.*, 2020).

Além das dificuldades das pessoas em situação de rua acerca do acesso a alimentação no contexto pandêmico, outros entraves são evidenciados em estudos como vagas em albergues e abrigos, banhos, que por mais que o Centro de Referência da População de Rua (Centro POP) ofereça, existem relatos de usuários que não se sentem à vontade nesses espaços por não oferecer higiene adequada e privacidade, como banheiros entupidos e sem porta, banhos coletivos, aglomerações nesses locais (NEVES-SILVA; MARTINS; HELLER, 2018; VALLE; FARAH; CARNEIRO-JUNIOR, 2020).

A população em situação de rua carrega múltiplas determinações sociais, adjetivos depreciativos e invisibilidades, tudo isso atrelado ao às suas histórias de vida, seus contextos socioculturais, ao viver e sobreviver, carrega a marca de uma população marginalizada, estigmatizada, descri-

minada, violentada e que encontram-se a margem das injustiças e iniquidades sociais, além de terem os seus direitos negligenciados pelos Estado (SILVA, 2008; NUNES; RODRIGUEZ; CINACCHI, 2021).

Direitos universais, como o uso da água e a obtenção de alimento para a subsistência são considerados desafios para as pessoas que vivem, sobrevivem e habitam os logradouros públicos. Sempre foi um problema e agora no contexto pandêmico mais do que nunca se torna substancialmente necessário realizar esse debate, para que medidas humanitárias estatais sejam tomadas, reconhecendo essa população como cidadãos de direitos e deveres que precisam ser assistidas pelo estado e não ficar a mercê da “boa vontade” de instituições não governamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de revisão possibilitou o aprofundamento acerca da reflexão sobre os cuidados ofertados pelos serviços governamentais e não governamentais as pessoas em situação de rua no contexto da pandemia de Covid-19, destacado seus entraves e facilidade no modo de gerir e garantir cuidados em saúde a pessoas em situação de rua nesse período, assim como contribuiu para a construção de um panorama inicial e exploratório acerca da arte de estudos eixo do conhecimento.

Observa-se a relevância no que diz respeito ao enfoque social abordado nessas rubricas, entretanto, ainda são escassos os estudos nesse campo do saber, poucos são os estudos que se debruçam na temática. Em síntese estudos qualitativos que enfocam as suas experiências exitosas locais e/ou dos seus serviços, assim como os vinculados a grupos de estudos universitários ainda têm uma pequena abrangência.

Apesar dessas limitações encontradas na literatura, as questões levantadas pelos estudos e aqui expressas, contribuíram substancialmente para apoiar as iniciativas de ampliação e fortalecimento da temática, assim como fomentar discussão entre gestores públicos acerca dos aspectos relacionados a oferta de atenção intersectorial em saúde e assistência social para às pessoas em situação de rua no contexto pandêmico e pós-pandêmico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. O que necropolítica tem a ver com a pandemia e com falas de Bolsonaro. *UOL TAB*, 2020. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/04/03/o-que-necropolitica-tem-a-ver-com-a-pandemia-e-com-falas-de-bolsonaro.htm?cmpid=copiaecola> . Acesso em: 22 set. 2021.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?. *Cadernos pagu*, 2018.

BRASIL. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf . Acesso em: 02 set. 2021.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Social*, v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020.

CASSAL, M.; FERNANDES, T. A população negra em situação de rua e a Covid-19: vidas negras importam?. *Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia*, v. 8, n. 1, p. 97-104, 2020.

FARIAS, M. N; LEITE, J. D. Vulnerabilidade social e Covid-19: considerações com base na terapia ocupacional social. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 29, 2021.

FREITAS, A.R. R; NAPIMOGA, M; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 29, 2020.

FREITAS, C. J et al. Morar na rua na pandemia é possível?. *Revista Políticas Públicas e Cidades–ISSN*, v. 2359, p. 1552.

KEOGH, C. et al. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. *BMC health services research*, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2015.

KUNZ, G.S; HECKERT, A.L; CARVALHO, S.V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 26, p.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. Sobre el gobierno privado indirecto. *Barcelona: Melusina*, 2011.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28.

PAULA, H.C. de et al. Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.

SANTOS, H. L.P.C. et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4211-4224, 2020.

SANTOS, M.A; OLIVEIRA, W.A; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A Inconfiáveis de abril: impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de COVID-19. *Psicologia & Sociedade*, v. 32, 2020.

SCHREITER, S. et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. *Deutsches Aertzteblatt International*, v. 114, n. 40, p. 665, 2017.

SCHUCH, P. et al. Covid-19 e a População em Situação de Rua: da saúde à segurança pública. 2020.

SURVEILLANCES, V. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. *China CDC weekly*, v. 2, n. 8, p. 113-122, 2020.

TIENGO, V. M. A PANDEMIA E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. *Revista de Políticas Públicas*, v. 25, n. 1, p. 46-62.

VALLE, F.A.A. L; FARAH, B. F; CARNEIRO, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 182-192, 2020.

WANG, C. et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020 v. 395, n. 10223, pág. 470-473, 2020.

WISE, C; PHILLIPS, K. Hearing the silent voices: narratives of health care and homelessness. *Issues in mental health nursing*, v. 34, n. 5, p. 359-367, 2013.

ZANDOMINGO, M.N. P. et al. Pobreza, fome e abandono: representações da equipe de enfermagem sobre pessoas em situação de rua. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.

Capítulo 12

O Impacto da Pandemia no Desenvolvimento e Aprendizagem de Crianças com o Transtorno do Espectro Autista

Francisco Valter Miranda Silva
Jordânea Freitas Ponte
Rosana Iorio Ferreira
Jacqueline Aguiar da Silva
Ana Paula Vasconcellos Abdon

INTRODUÇÃO

Em 2020, a população mundial foi marcada por um ano atípico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara a existência de um vírus até então desconhecido, altamente transmissível que causaria transtornos e muitas mortes em todo mundo. Tal doença foi descoberta em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na China. Em março do mesmo ano, esta doença foi classificada como pandemia da COVID-19 em virtude da circulação do vírus por todos os continentes (WHO, 2020; COE, 2022).

Diante do cenário epidemiológico, as autoridades sanitárias orientaram que, para se combater efetivamente a COVID-19, os países deveriam realizar o distanciamento social e reduzir as aglomerações de pessoas, o que afetou diretamente o modo de vida de toda a população. Neste contexto, as aulas presenciais foram bruscamente suspensas (WHO, 2020; COE, 2022). As instituições de ensino públicas e privadas passaram a substituir as aulas presenciais por aulas online (BRASIL, 2020).

Sabe-se que a educação é um direito de todos e dever do Estado, que deve oferecer meios para a inclusão e permanência de todos os alunos na escola, sobretudo aqueles com necessidades educacionais especiais, como as crianças com o transtorno do espectro autista (TEA). O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por padrões de comportamento próprios e baixa interação social, que interfere diretamente no processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança. Desta forma, considerando o TEA e o do cenário da pandemia da COVID -19, as crianças autistas foram colocadas em um novo desafio, o ensino remoto (ALVES; MONTEIRO; SOUZA, 2020).

Frente ao exposto, faz-se necessário compreender as implicações da pandemia no desenvolvimento de crianças com TEA, visando contribuir junto à comunidade acadêmica e a sociedade em geral, para a discussão do tema, pois o TEA ainda é bastante complexo e deve ser estudado e discutido, principalmente no contexto pandêmico, que trouxe novos desafios em diferentes aspectos.

METODOLOGIA

Como método de pesquisa foi utilizada a pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa. Este tipo de revisão tem por finalidade discutir de forma abrangente sobre determinado tema a partir de pesquisas já publicadas, sob ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007). A pesquisa foi realizada em julho de 2022.

O levantamento bibliográfico ocorreu através das bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e *da Google Acadêmico*, com o uso das palavras-chave: autismo, desenvolvimento, aprendizagem e COVID-19. Foram utilizadas publicações que tratassem sobre a temática, publicadas no idioma português e inglês. Excluiu-se as publicações que não possibilitasse responder ao objetivo da pesquisa.

Após a leitura das produções selecionadas, as informações foram sumarizadas e descritas em três categorias no intuito de proporcionar uma interpretação dos temas centrais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características do TEA

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é essencialmente caracterizado pelo “prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades”. As manifestações clínicas do TEA variam de acordo com a gravidade, nível de desenvolvimento e idade cronológica do autista. Assim é denominado o termo transtorno de espectro autista, que engloba transtornos que antes eram chamados de autismo infantil, autismo infantil precoce, autismo de alto funcionamento, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno de Asperger e transtorno desintegrativo da infância (STEIN; REED, 2019).

A classificação do TEA apresenta três níveis, leve, moderado ou severo, que vão ser definidos pelo grau de severidade dos sintomas e o nível de apoio que a criança precisa. No nível 1 (leve), a criança exige apoio, caso não tenha, ela apresenta prejuízos notáveis como déficits de comunicação e interação social, tendo interesse reduzido por este tipo de interação. Neste nível, a criança verbaliza frases completas envolvendo-se na comunicação, porém ocorrem falhas na conversação com outras pessoas, o que dificulta fazer amigos e manter conversas (ALVES; MONTEIRO; SOUZA, 2020).

O segundo nível (moderado) requer um apoio substancial, que é caracterizado por dificuldades graves de comunicação social, seja verbal ou não verbal, prejuízos sociais, mesmo com apoio, limitação em iniciar interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outra pessoa. Além disso, pode ser apresentado um padrão de comportamento repetitivo, restrito e inflexível, dificuldade de lidar com mudança, dificuldade de mudar o foco de atenção e sofrimento, que interfere em vários contextos de vida (CÔRTEZ; ALBUQUERQUE, 2020).

No Nível 3 (severo), é exigido um apoio muito substancial, com a

presença de graves déficits de comunicação social verbal e não verbal, grave prejuízo funcional e limitação em iniciar interações sociais e mínimas respostas a aberturas sociais feitas por outra pessoa. Nesse nível, a criança possui uma fala de poucas palavras com rara iniciativa de interação social e, quando ocorre, tem uma abordagem limitada e mais direta a fim de satisfazer suas necessidades. Apresenta também comportamentos inflexíveis e dificuldade extrema em lidar com mudanças, bem como comportamentos repetitivos e restritivos, interferindo de forma acentuada em todo seu contexto de vida (ALVES; MONTEIRO; SOUZA, 2020). Neste contexto, considerando os níveis e manifestações apresentados anteriormente, para fins de diagnóstico, são levadas em consideração as alterações sensoriais apresentadas pelas crianças com TEA (SCHMIDT, 2017).

Os sinais e sintomas do TEA costumam se manifestar antes dos três anos de idade e apresentam-se de diferentes formas, como as alterações comportamentais, confusão mental, medo, menor tolerância à mudança, dificuldades em compreender e seguir regras, impulsividade, desatenção, fuga e comportamentos agressivos. As crianças autistas possuem particularidades próprias diante de estímulos sensoriais sendo que, em muitos casos, observam-se resistência à dor, reações excessivas, hipersensibilidade ao toque e apresentam encantamento quando estimuladas visualmente. Além destas manifestações, baixa habilidade interpessoal na interação com outras crianças e com a própria família pode ser observada (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Os primeiros a perceberem as manifestações do TEA são os familiares, entretanto eles acreditam que inexistem comportamentos suspeitos relacionados ao autismo, considerando apenas características de personalidade próprias da criança. Contudo, ao ser constatado o diagnóstico, o processo de aceitação familiar é aflito e angustiante, pois a família tende a enfrentar desafios em relação ao cuidado com a criança (MAPELLI *et al.*, 2018). Na maioria dos casos, a mãe considera-se a cuidadora principal do filho, sendo submetida a uma sobrecarga física e emocional gerada pelo processo de cuidar (SILVA *et al.*, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1% da população mundial esteja dentro do espectro do autismo, a maioria ainda sem diagnóstico. A prevalência é quatro vezes maior em meninos que em meninas, cerca de 1 em cada 59 crianças norteamericanas está no espectro autista (WHO, 2020). No Brasil, estima-se que a prevalência de crianças diagnosticadas com TEA seja de 27,2 para cada 10.000. Um estudo realizado na cidade de São Paulo, em 2018, constatou que a média de idade das crianças com diagnóstico de TEA foi de 4,97 (4 anos e 11 meses e meio) (MONTENEGRO; CELERI; CASSELLA, 2018).

Contextualização da pandemia da COVID-19 e o ensino remoto

A OMS foi alertada em dezembro de 2019 da existência de um vírus desconhecido que causava um quadro de pneumonia em várias pessoas da cidade de Wuhan, na China. Este vírus foi posteriormente identificado como SARS-CoV-2 e em janeiro de 2020 já era responsável por 170 mortes e 7,7 mil casos confirmados, onde em pouco tempo depois o vírus já tinha se disseminado por diversos países (WHO, 2020; LI *et al.*, 2020).

Essa nova doença chamou atenção das autoridades sanitárias, que decretaram estado de emergência em saúde pública. Em fevereiro de 2020 o número de casos só crescia gerando calamidade internacional, passando a ser tratada como síndrome respiratória aguda grave (SRAG), em consequência disso a OMS nomeia o desconhecido vírus SARS-CoV-2 como COVID-19. No dia 11 de março de 2020 esta doença foi classificada como pandemia em virtude da circulação do vírus por todos os continentes. A COVID-19 foi se disseminando muito rápido por todos os países e em abril de 2020 já se encontrava em aproximadamente 100 países com mais de 100 mil casos confirmados gerando pânico e mortes por onde ela se instalava, fazendo-se indispensável que as autoridades sanitárias tomassem medidas de controle e prevenção dessa doença (WHO, 2020).

O primeiro caso confirmado de COVID-19 no Brasil foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020, o caso foi referido a um homem idoso que voltava da Itália. Em 7 de maio de 2020 o país chegou a 135.106 casos confirmados e 9.146 óbitos. Dentro desta realidade, a Região Nordeste atingiu o percentual de 31,2% do total de casos do Brasil, onde o Ceará era o terceiro maior Estado com casos confirmados no país, com maior incidência na capital (MACIEL; SILVA; FARIAS, 2020).

Diante do cenário epidemiológico e crise sanitária causada pela COVID-19, a OMS orienta que para se combater efetivamente a COVID-19 e preservar vidas, os países deveriam realizar o distanciamento social, reduzir as aglomerações de pessoas e intensificar os hábitos saudáveis de higiene, como lavar as mãos corretamente e usar máscaras (WHO, 2020). Diante disso, o direito de ir e vir foi restringido com a paralisação de portos, aeroportos e transportes públicos, tendo viagens e passeios suspensos. Diversos segmentos foram afetados, atividades do comércio, indústria, cultura, esporte e educação foram interrompidas de forma presencial, pois o distanciamento social é historicamente conhecido como estratégia de sobrevivência nas pandemias (COUTO; COUTO; CRUZ, 2020).

Neste contexto, as aulas presenciais foram bruscamente suspensas. As instituições de ensino públicas e privadas passaram a atender a Portaria nº 343, de 17 de março de 2020 (BRASIL, 2020) e a Medida Provisória Nº 934, de 1º de abril de 2020 (BRASIL, 2020) que substituiu as aulas presenciais por aulas remotas. Desta forma, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) mais de 1,5 bilhões de estudantes foram afetados com o fechamento de escolas e universidades em pelo menos 192 países. Assim, estudantes de diferentes níveis de ensino tiveram suas aulas presenciais suspensas por tempo indeterminado. De forma inesperada a pandemia COVID-19 causou mudanças significativas do ensino tradicional para o *online*, o que transformou abruptamente o processo de aprendizado (UNESCO, 2020).

Impacto da pandemia no desenvolvimento e aprendizagem em crianças com o TEA

O direito à educação é dever do estado e direito de todos, sendo assegurado por meio da Constituição Federal (CF). Além da CF, para pessoas com TEA este direito também é assegurado pela Lei de Nº 12.764, de 2012, que estabelece os direitos dos pessoa com o espectro em diferentes contextos sociais. Nestes contextos inclui-se a educação, onde as escolas devem receber estes alunos e propiciar uma educação inclusiva e efetiva para a aprendizagem, devendo ser disponibilizados profissionais capacitados e recurso específicos como a sala de Atendimento Educacional Especializado (AEE), entre outros (BRASIL, 2012).

Ao considerar os níveis do TEA e suas especificidades, as crianças com o espectro possuem atrasos no desenvolvimento motor, da linguagem verbal e não verbal, além da dificuldade de socialização e interação com a família e a sociedade. Diante disso, segundo Schmidt (2017), dificuldades ligadas a manifestação verbal e motora, geram alterações de comportamento, onde a criança adere a uma rotina fixa com ritmos diários e não se adapta facilmente a novas rotinas, onde alguns apresentam espasmos ou agressividade em determinadas situações inesperadas.

Para um bom desenvolvimento e aprendizagem de crianças com o espectro, a escola é o ponto inicial onde a criança deve ser inserida, pois neste ambiente será possível desenvolver suas habilidades de linguagem, interação e comunicação de forma mais intensa. Assim, é esperado que elas aprendam a conviver e se relacionar com outras pessoas, não se restringindo somente ao seu ciclo familiar. No entanto, não basta apenas incluir estas crianças nas instituições de ensino, é preciso que sejam utilizadas práticas pedagógicas que promovam o desenvolvimento (BENINI; CASTANHA, 2016).

A rotina escolar é muito importante na vida da criança com autismo, pois a realização sequenciada de suas atividades contribui para seu desenvolvimento. São inúmeras as estratégias que podem ser utilizadas para que a sala de aula seja agradável para o aluno, desde o lugar de se sentar

até a realização de atividades que podem ser realizadas como o uso de jogos, cores e outros recursos específicos que dinamizam a atividade proposta e atraia a atenção do aluno para o momento dentro da sala, gerando maior interação com os colegas de turmas (TEODORO; GODINHO; HACHIMINE, 2016).

Contudo, em 2020 a pandemia de Covid-19 causada pelo Coronavírus (Sars-CoV-2) causou a suspensão temporária das aulas no formato presencial das escolas pelo mundo, tal suspensão foi adotada com a finalidade de conter a disseminação do vírus, garantir a manutenção da saúde e salvar vidas. Com isso, foi necessário o uso de metodologias alternativas para que houvesse uma adaptação a este novo cenário, sendo então adotado por muitas instituições o ensino remoto e híbrido, que foi incorporado abruptamente em diferentes níveis de ensino (UNESCO, 2020).

O ensino remoto tem como característica a distância física de estudantes e professores durante a realização das aulas. Com isso, qualquer forma de ensino seja por meio utilização de tecnologias digitais ou através da entrega de materiais impressos para que os alunos realizem suas atividades em domicílio, pode ser considerado como ensino remoto. Esta modalidade de ensino buscou manter a rotina de sala de aula em um ambiente virtual, que poderia ser acessado por cada aluno em diferentes lugares independente de sua localização geográfica, por meio de Software, aplicativos e plataformas, como: *Skype*, *Zoom*, *Google Meet*, entre outros que permitem transmissões ao vivo e disponibiliza aos alunos e professores as gravações das aulas. No entanto, o ensino remoto foi uma solução temporária e emergencial em virtude da pandemia, que de forma inesperada modificou a rotina escolar dos estudantes, sobretudo daqueles com TEA (MOREIRA; HENRIQUES; BARROS, 2020).

A suspensão das atividades presenciais nas escolas dificultou o acesso de crianças com TEA ao acompanhamento pedagógico especializado que é disponibilizado na sala de AEE. Somado a isso, a relação entre a família e a escola quando não bem estabelecida dificulta o processo de inclusão e aprendizagem, pois a falta de comunicação entre estas afeta este processo (DIAS; SANTOS; ABREU, 2021).

O novo contexto escolar imposto pela pandemia impactou diretamente o ensino e aprendizagem dos alunos. Em relação às crianças com TEA, a maioria dos estudos apontam que a maior dificuldade é a adaptação à nova rotina, visto que o modelo remoto apresenta desafios como adaptação às plataformas e outras ferramentas digitais. Outra dificuldade é referente a concentração, concentrar-se durante as aulas remotas é desafiador para a maioria dos estudantes de qualquer idade independentemente do nível escolar. Todavia, para as crianças com espectro autista, assistir aula e ter contato com professores e colegas somente através de uma tela é ainda mais desafiador, devido às particularidades relacionadas à deficiência dessas crianças (MONTEIRO *et al.*, 2022).

A metodologia utilizada pelo professor para o ensino e aprendizagem de crianças autistas sempre foi um desafio mesmo antes da pandemia (PIMENTEL; FERNANDES, 2014). No contexto pandêmico, os professores no ensino remoto têm buscado a inovação de suas práticas pedagógicas para cada aula, para que o processo de aprendizagem seja mais dinâmico e eficiente para todos os alunos, principalmente para as crianças autistas. Para estes, o ensino remoto exige estratégias personalizadas e um olhar diferenciado, que pode ser com a aplicação de metodologias, expressão facial e corporal específicas para a aula que seja atrativa e proveitosa para as crianças (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Embora tenha existido a preocupação de escolas e professores em adaptar o ensino remoto para que ele fosse inclusivo aos autistas, é preciso considerar que o isolamento social e a suspensão das aulas presenciais devido a pandemia, afetaram diretamente uma das principais premissas do processo de inclusão dessa população, que é a socialização, isto porque ao entrar na escola a socialização é um dos principais objetivos desse processo (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A pandemia da Covid-19 modificou a rotina e o modo de vida das pessoas. No contexto educacional, a suspensão das aulas presenciais para

o formato remoto impactou diretamente no processo de ensino e aprendizagem dos alunos, sobretudo das crianças com TEA. Devido às características próprias de espectro, esta população foi fortemente afetada em virtude do isolamento social e restrição ao acesso de serviços especializados disponíveis na escola, onde tais serviços contribuem para o seu desenvolvimento.

A partir da presente pesquisa observou-se que a principal dificuldade encontrada por essas crianças foi a adaptação à nova rotina de estudos, assim como concentrar-se durante as aulas remotas, o que impacta diretamente no aprendizado. Além disso, a socialização destas foi prejudicada durante o período pandêmico, o que traz sérias implicações ao desenvolvimento da criança que serão observadas a médio e longo prazo.

Diante disso, é recomendado que com a volta às aulas presenciais as crianças voltem à rotina escolar de antes e realizem as atividades disponibilizadas pelos atendimentos especializados, isso contribuirá diretamente para sua aprendizagem e desenvolvimento, como consequência haverá a socialização que otimizará esse processo. Ademais, alerta-se para a discussão da temática estudada, que mesmo antes da pandemia já fomentava grandes debates, fazendo-se necessárias novas pesquisas diante do atual cenário.

REFERÊNCIAS

ALVES, Leticia Eleutério; MONTEIRO, Bruno Massayuki Makimoto; SOUZA, José Carlos. Comparação da classificação dos transtornos do desenvolvimento infantil por meio do DSM-5, CID-10 e CID-11. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, p. e6579109058-e6579109058, 2020.

ALVES, Luena L; Da Hora, Ana Flávia L. Indicadores de estresse, ansiedade e depressão em pais de crianças diagnosticadas com TEA. *Revista Creuma Perspeciva*, v. 30, p. 150-160, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais – DSM-5*. Artmed Editora, 2014.

BENINI, Wiviane; CASTANHA, André Paulo; BENINI, W. Castanha. A

inclusão do aluno com transtorno do espectro autista na escola comum: desafios e possibilidades. *Cadernos PDE, Paraná*, v. 1, 2016.

ALMEIDA, Ana Tereza Santos Dias et al. Desafios na utilização da caderneta de saúde para o diagnóstico de crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. e126101018663-e126101018663, 2021.

BRASIL, Ministério da Educação. *Medida Provisória Nº 934, de 1º de abril de 2020*. 2020b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-934-de-1-de-abril-de-2020-250710591>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. *Política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012*. Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 29 jul. 2022.

COE. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. *Doença pelo novo coronavírus 2019 – COVID-19*. Boletim Epidemiológico. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/21/BE13---Boletim-do-COE.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CÔRTEZ, Maria do Socorro Mendes; DE ALBUQUERQUE, Alessandra Rocha. Contribuições para o diagnóstico do transtorno do espectro autista: De Kanner ao DSM-V. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 3, n. 7, p. 864-880, 2020.

COUTO, Edvaldo Souza; COUTO, Edilece Souza; CRUZ, Ingrid de Magalhães Porto. # fiqueemcasa: educação na pandemia da COVID-19. *Interfaces Científicas-Educação*, v. 8, n. 3, p. 200-217, 2020.

DIAS, Adelaide Alves; SANTOS, Isabelle; ABREU, Adams Ricardo Pereira. Crianças com transtorno do espectro autista em tempos de pandemia: contextos de inclusão/exclusão na educação infantil. *Zero-a-seis*, v. 23, p. 101-124, 2021.

MACIEL, JAC; SILVA, IIC; FARIAS, MR. Análise inicial da correlação

espacial entre a incidência de COVID-19 e o desenvolvimento humano nos municípios do estado do Ceará no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. e200057, 2020.

MAPELLI, Lina Domenica et al. Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. *Escola Anna Nery*, v. 22, 2018.

MONTEIRO, Derlane Pimentel et al. *Os desafios do ensino e aprendizagem de alunos com o transtorno do espectro autista TEA em tempos de pandemia: um estudo bibliográfico*. 2022. Disponível em: <http://repositorio.ifap.edu.br/jspui/bitstream/prefix/637/1/MONTEIRO%20%282022%29%20OS%20DESAFIOS%20DO%20ENSINO%20E%20APRENDIZAGEM..pdf>.

Acesso em: 30 jul. 2022.

MONTENEGRO, Maria Austa; CELERI, Eloisa Helena RV; CASELLA, Erasmo Barbante. *Transtorno do Espectro Autista-TEA: manual prático de diagnóstico e tratamento*. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

MOREIRA, António; HENRIQUES, Susana; BARROS, Daniela Melaré Vieira. Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. *Dialogia*, p. 351-364, 2020.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira et al. Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 32, 2018.

OLIVEIRA, Amanda et al. Impactos da pandemia do COVID-19 no desenvolvimento de crianças com o transtorno do espectro autista. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 27, p. e7728-e7728, 2021.

PIMENTEL, Ana Gabriela Lopes; FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda. A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. *Audiology-Communication Research*, v. 19, p. 171-178, 2014.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisión sistemática X Revisión narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, v. 20, p. v-vi, 2007.

SCHMIDT, Carlo. Transtorno do Espectro Autista: onde estamos e para onde vamos. *Psicologia em Estudo*, v. 22, n. 2, p. 221-230, 2017.

SILVA, Sígla Pimentel et al. Desafios no processo de escolarização de crianças com autismo no contexto inclusivo: diretrizes para formação continuada na perspectiva dos professores. *Educação em Revista*, v. 36, 2020.

STEIN, Dan J.; REED, Geoffrey M. Saúde mental global e nosologia psiquiátrica: DSM-5, CID-11 e RDoC. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 41, n. 1, pág. 3-4, 2019.

TEODORO, Grazielle Cristina; GODINHO, Maíra Cássia Santos; HACHIMINE, Aparecida Helena Ferreira. A inclusão de alunos com Transtorno do Espectro Autista no Ensino Fundamental. *Research, Society and Development*, v. 1, n. 2, p. 127-143, 2016.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2020). *Suspensão das aulas e resposta à COVID-19*. Disponível em: <https://pt.unesco.org/covid19/educationresponse>. Acesso em: 20 jun. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019*, v. 2019, n. 2, p. 16-24, 2020.

Capítulo 13

Atuação da Equipe Multiprofissional na Detecção Precoce da Depressão no Puerpério: uma revisão de escopo

Waleska Benício de Oliveira Carvalho

Débora Pereira Paixão

Míria Conceição Lavinias Santos

Lara Borges de Vasconcelos

Fernanda Veras Vieira Feitosa

Marta Maria Soares Herculano

Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

A depressão tem sido recorrente em mulheres no puerpério, período no qual acontecem transformações hormonais profundas, ocasionando mudanças físicas, emocionais e psicológicas para a mãe e consequentemente interferindo na vida do bebê e da família. Classifica-se como uma das complicações mais comuns do período puerperal, podendo atingir cerca de 13% das mulheres em países desenvolvidos e cerca de 20% nos países em desenvolvimento (POLES *et al.*, 2018).

Entre os principais fatores de risco, estão o mau relacionamento conjugal e familiar, a forma que foi realizado o parto, questões econômicas, histórico de violência doméstica, gravidez não planejada ou indesejada, presença de transtornos psicológicos, bem como outras doenças, etilismo, tabagismo ou uso de outras drogas (POLES *et al.*, 2018).

É notório, que durante o período gestacional muitas mulheres estejam felizes com a gravidez, o que pode estar relacionado com o desejo de ser mãe e com o planejamento em ter filhos. Ao mesmo tempo, a insegu-

rança, as dúvidas e as preocupações sobre sua capacidade em exercer a função da maternidade também estão presentes. Uma saída para isso é conversar sobre essas fragilidades (ELIAS *et al.*, 2021).

Diante disso, a depressão, quando diagnosticada de forma tardia, resulta em prejuízos para o binômio mãe e filho, que podem se expressar em hostilidade, negligência, rejeição e conseqüentemente afetando o desenvolvimento do recém nascido. Sendo assim, a atenção primária à saúde é responsável por oferecer apoio contínuo através de cuidados integrados, por meio de um serviço multidisciplinar de saúde materno-infantil. Essa assistência pode melhorar a saúde mental das mulheres no período pós-parto e auxiliar o binômio mãe-filho, principalmente através dos profissionais da enfermagem e psicologia. (MOLL *et al.*, 2019; Tachibana *et al.*, 2019).

Assim, o acompanhamento pré-natal na atenção primária é imprescindível, pois mediante aos profissionais, a gestante recebe o amparo necessário para a assistência do feto e de sua saúde, intervindo nas condutas necessárias ao bem-estar da mãe e do bebê, estabelecendo um plano de cuidados integral desde o pré-natal, com vistas a prevenção desse frequente transtorno no puerpério. É importante que os profissionais de saúde cuidem de forma integral, abrangendo os aspectos físicos e psicológicos, levando em consideração também o ambiente social, econômico e cultural no qual a mãe vive (ASSUNÇÃO, 2019; TEIXEIRA, 2021).

Considerando o exposto, a detecção precoce da depressão no período gestacional é de suma importância para evitar maiores danos na integridade física e emocional da gestante e do feto, havendo uma maior segurança para o período do pós parto. Portanto, este estudo teve como objetivo compreender a atuação da equipe multiprofissional na detecção precoce da depressão pós-parto.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida no formato de revisão de escopo (scoping review), realizada em novembro de 2021, seguindo o método do

Joanna Briggs Institute, podendo ser acessado através do site <https://jbi.global/>. Com isso, esse método visa fornecer uma síntese abrangente e imparcial de um grande número de estudos relevantes dentro de um único documento usando métodos minuciosos e transparentes, com o objetivo de realizar uma síntese e um resumo do conhecimento existente em vez de criar novo conhecimento (PEARSON, et al. 2005).

Sendo assim, para evitar incompatibilidade, o estudo foi realizado com base Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist, que consiste em roteiro para orientar a redação do relatório de revisão de escopo.

A análise foi definida a partir da estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) (Peters et al, 2020), onde os mnemônicos foram os: P- População; C- Conceito; C- Contexto. Com isso, os elementos escolhidos são P= mulheres em depressão pós-parto; C= atuação da equipe multiprofissional; C= atenção primária. Ademais, foi estabelecida uma pergunta para a investigação da pesquisa: Qual a atuação da equipe multiprofissional na detecção precoce da depressão no puerpério?

Com a finalidade de realizar um rastreamento da depressão no puerpério, o estudo foi regido através do acervo das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), sendo utilizado dois descritores de desc de “depressão” e “puerpério”, com o operador booleano “and”. A seleção e inclusão de artigos científicos foi realizada com base na extensão PRISMA, específica para revisões de escopo (PRISMA-Scr).

A fim de ampliar as buscas, relacionadas ao assunto, os estudos foram levantados em dois idiomas: português e inglês. A busca foi realizada durante o mês de novembro de 2021, com a seleção das evidências realizada por três revisores. Como instrumento, os artigos escolhidos passa-

ram previamente por uma leitura e análise textual, em congruência com os critérios, para compor a amostra final de 14 artigos dos 693 achados durante a pesquisa nas bases de dados. A síntese dos artigos incluídos será apresentada de forma descritiva.

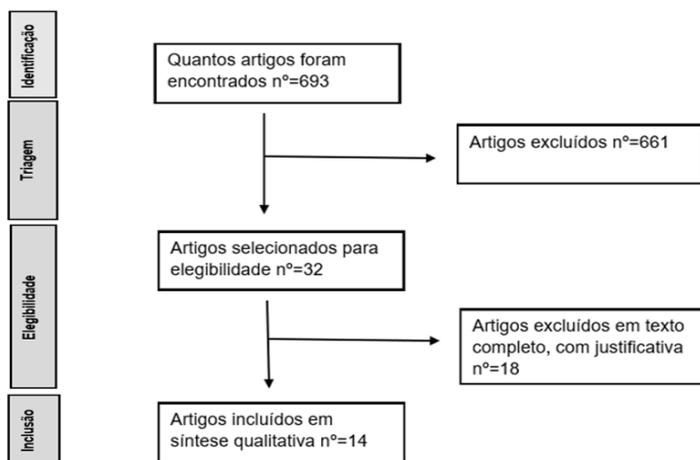
Diante disso, o estudo teve como base os seguintes critérios de inclusão: estar nos últimos quatro anos (2018-2021), abordar a atuação da equipe multiprofissional e a detecção precoce da depressão no puerpério. Desta forma, os critérios de exclusão foram: estudos repetidos e os trabalhos de natureza não científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para busca dos artigos usou-se os descritores de depressão e puerpério dos últimos 4 anos, selecionados das bases de dados Scielo, Medline, Lilacs e BDNF, totalizando em 693 artigos, de acordo com a figura 1. Foram usados como critérios de inclusão os artigos sobre a detecção precoce e a equipe multidisciplinar com foco na atuação do enfermeiro e do psicólogo. Dos artigos encontrados, 32 foram selecionados para elegibilidade, e 18 excluídos pelo motivo de impossibilidade de acesso ao texto completo, resultando em 14 artigos para a amostra final. Estes foram lidos e analisados na íntegra por dois dos autores desta pesquisa (SCIELO=1; MEDLINE=5; LILACS=5; BDNF=3).

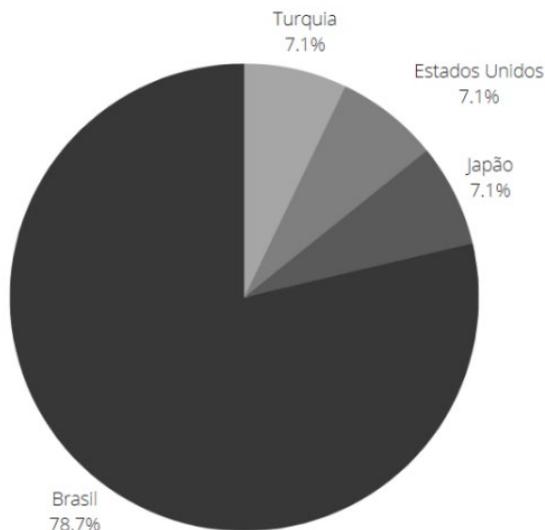
Classificando pelo país de origem, de acordo com a figura 2, os artigos foram elaborados por pesquisadores provenientes do Brasil (n=11), Turquia (n=1), Japão (n=1) e Estados Unidos (n=1). Todos os estudos foram publicados na língua inglesa e/ou portuguesa e em diversos tipos de periódicos. Sobre o ano de publicação, todos estavam publicados no período de 2018 a 2021, sendo 2021 (n=3), 2020 (n=3), 2019 (n=6) e 2018 (n=2).

Figura 1. Diagrama de fluxo dos artigos da revisão.



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 2. Gráfico de países encontrados na pesquisa



Fonte: Elaborado pelos autores

Os estudos discorrem sobre temas como o contato dos profissionais de enfermagem com as puérperas e o bom relacionamento dessa paciente com a equipe (TACHIBANA, 2019; GUVENC *et al.*, 2020; DELLI *et al.*, 2020; ELIAS *et al.*, 2021). Também foi destacado o enfermeiro como supervisor da atenção primária de saúde (SANTOS *et al.*, 2020), métodos de enfrentamento e adaptação a esse momento da maternidade (TACHIBANA *et al.*, 2019; DELLI *et al.*, 2020; ELIAS *et al.*, 2021), as estratégias de prevenção a depressão pós-parto (TACHIBANA *et al.*, 2019; DELLI *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; ELIAS *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2018) e o rastreamento precoce da depressão perinatal (TACHIBANA *et al.*, 2019; GUVENC *et al.*, 2020; DELLI *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; ELIAS *et al.*, 2021).

Quanto ao acompanhamento pré-natal, é indispensável para as gestantes que os profissionais de saúde as cuidem de forma integral (ELIAS *et al.*, 2021). A gestante requer maior atenção da equipe no setor saúde da família para identificar e prevenir algumas complicações que causam o sofrimento mental puerperal e identificação de diagnóstico (SOUZA *et al.*, 2018).

Destacou-se a necessidade de um caminho a ser seguido nas unidades de saúde, e de preferência nesta ordem: acolhimento, consulta de enfermagem da mãe e puericultura da criança (SANTOS *et al.*, 2020). Sendo assim, é imprescindível que a equipe multiprofissional esteja em harmonia para que a paciente se sinta confiante e confortável, podendo ser observado no estudo (SILVA *et al.*, 2020). Entretanto, é um momento que requer maior atenção da equipe na identificação e prevenção de algumas complicações que causam o sofrimento mental da paciente (SOUZA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, os estudos apontaram a necessidade do desenvolvimento de intervenções terapêuticas, como a farmacoterapia, psicoterapia, intervenção domiciliar, psicoterapia interpessoal, intervenções educacionais, suportes sociais e intervenções das parteiras, destacando o sucesso obtido nas intervenções que utilizaram a Terapia Cognitivo-

Comportamental, principalmente na melhoria do humor e da qualidade de sono (MCEVOY *et al.*, 2019; MOLL *et al.*, 2019; TACHIBANA *et al.*, 2019).

De acordo com Teixeira *et al.*, (2021) e Souza *et al.*, (2018), o puerpério é o período depois do nascimento do bebê, em que o organismo da mulher passa por diversas transformações a fim de retornar aos parâmetros fisiológicos de antes da gravidez. Somado a essas mudanças fisiológicas, a mulher passa por diversas mudanças no cotidiano no que tange ao estabelecimento de novas rotinas para promover os cuidados devidos ao bebê, deixando de lado principalmente nesse período as suas atividades sociais para dedicar-se a essa nova fase.

Essas mudanças em conjunto causam grande instabilidade fisiológica, social e psicológica na vida das puérperas, tornando-as mais suscetíveis ao aparecimento de transtornos mentais principalmente a depressão pós-parto (POLES *et al.*, 2018; BARATIERI *et al.*, 2019).

A depressão é um transtorno psicológico proveniente de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial em que, muitas vezes, não pode ser controlado. No puerpério, por ser um período de várias mudanças, esse transtorno tem grande possibilidade de estar presente. Para Santos *et al.*, (2020), estima-se que 10 a 15% das mulheres sofrem com sintomas depressivos na gravidez.

Segundo Silva *et al.*, (2020), a depressão pós-parto se caracteriza como um distúrbio emocional, humoral e reativo, em que o início dos sintomas, no puerpério, pode ser desde a gestação, acarretando alterações emocionais, cognitivas, físicas e comportamentais, causando efeitos negativos tanto na relação da mulher com ela mesma, quanto com seu filho e família (SOUZA *et al.*, 2018).

Esse é um transtorno de difícil diagnóstico, pois os sintomas podem ser confundidos com os percalços que o período puerperal traz consigo. Contudo, o diagnóstico precoce é o principal elemento para aumentar as chances de um prognóstico positivo a curto prazo para essas mulheres (MOLL *et al.*, 2019).

Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais, familiares e gestantes estejam sempre atentos aos sintomas de depressão gravídico-puerperal para que obtenham sucesso no diagnóstico precoce, visto que essas manifestações podem ser físicas, psicológicas e cognitivas (TEIXEIRA *et al.*, 2021; MOLL *et al.*, 2019).

Os sintomas são diversos e tendem variar de acordo com a paciente, contudo, os principais são humor deprimido, crises de choro, fadiga, sentimento de desesperança frente ao futuro, alterações no apetite e no sono, desinteresse em atividades que antes eram prazerosas, perda da libido, indisposição, sentimento de culpa e de inutilidade, e em casos mais graves, ideação suicida (TEIXEIRA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021; MOLL *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018).

Entre os fatores de risco identificados na literatura estão presentes, em maior parte, um mau relacionamento conjugal e familiar, visto que este funciona como um fator protetor em que auxilia no aumento da autoestima e na atenção psicológica; questões econômicas e situações de pobreza; histórico de violência doméstica, seja física, verbal ou psicológica; gravidez não planejada ou indesejada; presença de transtornos psicológicos antes ou durante a gestação, bem como outras doenças e dependência de álcool, tabaco e outras drogas (SANTOS *et al.*, 2020; POLES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Wake (2022) também pontua como fator de risco questões econômicas. De acordo com seu estudo, mães desempregadas são três vezes mais propensas de desenvolver depressão pós-parto em relação às mães empregadas. Isso pode estar relacionado com a falta de renda para a criação do filho, sendo um fator estressante que pode levar ao adoecimento mental.

Também deve ser levado em consideração os casos de morte do filho recém nascido, onde a mãe vivencia o luto da criança nesse sensível momento puerperal. A perda de um filho gera inúmeros impactos negativos na vida materna da mulher, afetando diretamente em uma segunda gravidez, visto que haverá o medo de novamente acontecer a morte da crian-

ça. Essas situações aumentam o risco de desenvolvimento da depressão pós-parto (WAKE, 2022).

Segundo Poles *et al.*, (2018), a cesárea também é um fator de risco para o surgimento da depressão pós-parto, sendo a hipótese explicativa o trauma cirúrgico ou os problemas que levaram a indicação da cirurgia, como a dor pélvica, disfunção gastrointestinal e outros fatores capazes de afetar o estado psicológico materno. Em um estudo com 223 mulheres, ressaltado pelo mesmo autor, as mulheres que tiveram parto normal apresentaram quase a metade de chances de desenvolver depressão pós parto menores em relação às mulheres que realizaram cesariana.

De acordo com Poles *et al.*, (2018), a violência verbal e física pode causar graves danos ao binômio, pois além de colocar em risco a saúde física de ambos, é um fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos na mãe durante o período gravídico puerperal. O autor ressalta a importância da equipe multiprofissional, sobretudo os enfermeiros estarem atentos aos sinais de violência durante os atendimentos com gestantes a fim de direcionar essa gestante ou puérpera para a prevenção dos sintomas depressivos.

No período gravídico-puerperal, a gestante precisa de uma rede de apoio familiar e profissional forte para ajudá-la a se adaptar a essas transformações. Considerando isso, é necessário que esta mulher seja acompanhada prontamente por uma equipe multiprofissional que trabalhe em parceria, concordância e constante comunicação para promover a assistência de forma integral, pois se trata do período de maior vulnerabilidade do binômio e que exige atenção extrema para prevenção de maiores complicações (ELIAS *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Segundo Santos *et al.*, (2020), para que esse cuidado integral seja garantido a um caminho a ser seguido que se inicia nas unidades de atenção primária em saúde, começando no acolhimento da mulher na unidade até as consultas de puericultura da criança. Nesse caminho, a mulher e o bebê passam por diversos profissionais, sendo encaminhados até o atendimento psicológico ou médico caso necessário.

O acompanhamento pré-natal, que pode ser realizado por um médico ou enfermeiro qualificado, é de extrema importância, visto que é através dos profissionais que a gestante e o feto receberão o amparo necessário, auxiliando nas condutas necessárias e ajudando de forma integral, levando em consideração os aspectos físicos e psicológicos, ambiente social, econômico e cultural no que a mãe vive, visando sempre no seu bem-estar (ELIAS *et al.*, 2021).

Os profissionais da saúde, como um todo, precisam adquirir competências, instrumentos e recursos para detectar a depressão puerperal, atuando com astúcia e sintonia entre si, para o direcionamento de um cuidado seguro com o tratamento da doença. A necessidade dessa observação diferenciada deve ser de conhecimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado à grávida e à puérpera. A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado distancia-se do modelo biomédico, atendendo a essas mulheres como um todo em sua integralidade, como um ser biopsiossocial (SOUSA, 2022).

A escuta qualificada no acompanhamento dessas pacientes é indispensável, pois é através do olhar integral dos profissionais que estes identificaram os fatores de risco. Cabe ressaltar que a mulher suscetível a desenvolver essa doença sempre irá dar sinais, em que os profissionais devem estar capacitados e alertas para a detecção (SOUSA, 2022).

De acordo com Elias *et al.*, (2021), é por meio de uma boa assistência prestada pelo enfermeiro na consulta que será possível monitorar puérperas em situações de risco e identificar intercorrências previamente, como também alterações psicológicas e transtornos de humor, além de risco de vínculo prejudicado, causado por vezes pela falta de interação do binômio, podendo ser por conta de dificuldades para amamentar e outros. Além disso, o enfermeiro nessa posição também pode identificar fatores de risco como a ansiedade, convívio conflituoso e outros que podem possibilitar o surgimento da depressão.

Na atenção primária o enfermeiro é o responsável por acolher, identificar as necessidades da paciente e dar resolutividade a estas demandas

durante todo o período perinatal e puerperal. Dessa forma, o enfermeiro profissional que tem mais contato com a paciente durante esse período de constantes mudanças e adaptações sendo essa uma grande oportunidade para identificar riscos para surgimento de depressão pós-parto, implementar ações preventivas em mulheres que apresentaram fatores de risco e opções de tratamento para as que forem diagnosticadas (DELLI *et al.*, 2020; GUVENC *et al.*, 2021; ELIAS *et al.*, 2021).

A mulher com depressão pós-parto pode sentir-se frustrada e preocupada em seu papel como mãe, não correspondendo às expectativas de uma gravidez idealizada. Essas queixas podem ser relatadas nas consultas, havendo a necessidade que os enfermeiros avaliem de forma criteriosa (SOUSA, 2022).

Dessa forma, um bom relacionamento entre o enfermeiro e a puérpera proporciona um ambiente de confiança e acolhimento, onde há um melhor entendimento das necessidades da gestante (TACHIBANA *et al.*, 2019). Nesse sentido, a assistência de enfermagem, por estabelecer um melhor vínculo com a puérpera, é imprescindível no diagnóstico da depressão pós-parto, proporcionando o acolhimento e o encaminhamento necessário para a paciente.

Também é papel do psicólogo, como profissional de saúde mental que compõe a equipe multiprofissional, estar atento aos sinais de alerta e fatores de risco da depressão. Nesse sentido, cabe ao profissional de psicologia servir como apoio social, acolher, ajudar equipes de prevenção, planejar suportes psicológicos a mulher e a família, planejar ações preventivas e realizá-las juntamente com a equipe multidisciplinar como um todo, a fim de assegurar o bem estar da gestante (BASSAN, 2020).

De acordo com Silva *et al.* (2020), o atendimento clínico e psicológico a mulher é de extrema importância na fase gravídico-puerperal, visto que essa atenção profissional traz inúmeros benefícios na ajuda à adaptação da mulher nessa nova fase, diagnóstico precoce e prevenção de transtornos psicológicos, evitando sequelas e consequências negativas aos futuros mãe e filho (MOLL *et al.*, 2018).

Na escuta psicológica é o espaço onde a mãe pode se expressar e ser ouvida como forma de alívio e acolhimento, buscando a possibilidade de dar sentido a sua experiência, auxiliando a lidar com as mudanças da maternidade e em todas as suas demandas (BASSAN, 2020).

O pré-natal psicológico é apontado por Arrais (2019) como um fator de proteção ao minimizar os riscos psicológicos que o puerpério pode trazer, como o estresse e outros fatores que levam ao desenvolvimento da depressão. O psicólogo, nesse contexto, elabora estratégias de prevenção e tratamento, agindo de forma integrada e prevenindo também problemas graves pessoais e familiares que são ocasionados pela depressão puerperal.

O psicólogo irá complementar a atenção oferecida pela a equipe multiprofissional de forma a abordar a esfera subjetiva e existencial desta mulher, garantindo um ambiente seguro de escuta qualificada, de forma a identificar através de um olhar panorâmico e especializado dos fatores em sua vida que as colocam em risco para o desenvolvimento da depressão pós parto, podendo desse modo planejar e executar estratégias de prevenção que podem ser realizados com a gestante e sua família (SILVA, 2018; BASSAN, 2020).

Nesse sentido, o tratamento é determinado de acordo com a gravidade do quadro da depressão, sendo semelhante ao tratamento da depressão sem estar ligada ao puerpério, podendo ser utilizada a psicoterapia e/ou farmacologia (MOLL *et al.*, 2018).

A psicoterapia é uma técnica de tratamento da depressão puerperal, em que o psicólogo irá decidir por meio da escuta ativa e qualificada que tipo de abordagem irá usar com a paciente, permitindo grandes transformações na saúde mental e no comportamento dessas mulheres. Uma das abordagens mais utilizadas no manejo da DPP é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em que são formuladas estratégias de neutralização de comportamentos nocivos identificados nas pacientes. (CAVALHEIRO, 2018)

Além disso, MCVOY *et al.*, (2019) ressalta a importância da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento, informando que essa

abordagem resulta na melhora do humor, reduz a insônia e a latência do sono e melhora a manutenção do sono. No entanto, existem vários tipos de intervenções nos períodos perinatais, como intervenção domiciliar, educacional, das parteiras, psicoterapia interpessoal, suportes sociais e outros (TACHIBANA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Devido a gravidade da depressão puerperal, é de suma importância que a equipe multiprofissional, principalmente enfermeiros e psicólogos, tenha conhecimento acerca da doença, prestando atenção aos sinais de alertas e fatores de risco, como alterações no sono, realização da cirurgia cesariana e a violência doméstica, visando o diagnóstico precoce da depressão.

Esta revisão de escopo abordou todas as informações disponíveis, até o momento, sobre a atuação da equipe multiprofissional, com foco em psicólogos e enfermeiros, acerca da detecção precoce da depressão pós-parto.

Foi posto em questão a importância da equipe multidisciplinar para um olhar integrado a grávida e puérpera, sendo percorrido acerca do papel do enfermeiro, visto que por passar um maior tempo com a paciente, deve criar um espaço de confiança e acolhimento para essa, além de estar atento aos sinais de alerta e fatores de risco da depressão pós parto.

O psicólogo, como profissional da saúde mental, deve acolher e promover um espaço de escuta qualificada, além de planejar ações preventivas que serão realizadas juntamente com a equipe multidisciplinar. Também foi discutido que esse profissional também atuará como um auxiliar nesse processo de maternidade carregado de mudanças, sendo responsável pelo tratamento dependendo da gravidade da doença, podendo utilizar a psicoterapia e a farmacologia.

REFERÊNCIAS

- ALOISE, S. et al. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados à maternidade de referência em Manaus, *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 3, 2019.
- ARRAIS, A. R. et al. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 23-34, ago. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 ago. 2022. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>.
- ASSUNÇÃO, C.S. et al. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. *Rev Fund Care Online*. 2019. abr/jun; 11(3):576-581. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.576-581>
- BARATIERI, T. et al. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, 2019.
- BASSAN, A. et al. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO. *TCC - Psicologia*, v. 0, n. 0, 2020. Disponível em: <<https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/627>>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- CAVALHEIRO, A. L. R. Psicoterapia cognitivo-comportamental na depressão pós-parto: relevância e aplicabilidade. *Unijuí/Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul*, p. [1-28], 2018.
- DELLI, M. et al. Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 953–957, 2020.
- ELIAS, E. et al. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: contribuições para a enfermagem. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 2, 2021.
- GUVENC, G. et al. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 57, n. 3, p. 1449–1458, 2020. Disponível em: <<https://online.library.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12711>>. Acesso em: 12 Nov. 2021.

Institute TJB. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. [Internet]. *Adelaide: Joanna Briggs Institute*; 2014. [cited Ago 23 2018]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers Manual-2014.pdf>.

LIMA, T. et al. sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta paul. enferm.* 2017; 30 (1): 39-46. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0103-210020170001

MORAES, E. V. et al. Implications of the clinical gestational diagnosis of ZIKV infection in the manifestation of symptoms of postpartum depression: a case-control study. *BMC Psychiatry*, v. 19, n. 1, 2019.

MOLL, M. F. et al. Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens, *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, n. 5, p. 1338–1344, 2019.

MCEVOY, K. M. et al. Poor Postpartum Sleep Quality Predicts Subsequent Postpartum Depressive Symptoms in a High-Risk Sample, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 15, n. 09, p. 1303–1310, 2019.

PEARSON, A. et al. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* 2005;3(8):207-15. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x.»

PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 22 set. 2020.

POLES, M. M. et al. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados, *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 4, p. 351–358, 2018.

SANTOS, F. K. et al. Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 271, p. 4999–5012, 8 dez. 2020.

SILVA, J. et al. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal, *Rev. enferm. UFPE on line*, p. [1-8], 2020.

SILVA, W. N. F. F. As influências do acompanhamento psicológico em paciente com depressão pós-parto. *TCC- Psicologia UNIPÊ/ BC*. p. [1-22], 2018.

SOUSA, T. P. P. et al.. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto: Revisão Integrativa. *REVISA*.2022;11(1): 26-35. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n1.p26a35>

SOUZA, L. K. et al, Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal, *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 2933–2943, 2018.

TACHIBANA, Y. et al. Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial, *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 19, n. 1, 2019.

TEIXEIRA, M. et al. Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica / Early detection of postpartum depression in primary health care. *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17569/13072>>. Acesso em: 12 Nov. 2021.

WAKE, G. E. et al. Magnitude and Determinant Factors of Postpartum Depression Among Mothers Attending Their Postnatal and Vaccination Services at Public Health Institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, v. 10, 2022. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.882205/full>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

Capítulo 14

Participação dos Parceiros Sexuais nas Medidas de Prevenção e Controle da Sífilis Congênita: representações sociais de puérperas com sífilis

Ana Fátima Braga Rocha

Maria Alix Leite Araújo

Ana Karinne Dantas de Oliveira

Lucas Fernandes de Oliveira

Aline Sales Nunes Félix

INTRODUÇÃO

A sífilis na gravidez é um problema de saúde pública no Brasil e em outros países e, quando ocorre a transmissão vertical, ou seja, da mãe para o bebê, pode resultar na sífilis congênita (SC), ocasionando sérias consequências para o recém-nascido (BRASIL, 2020). A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil têm como meta a redução da incidência de SC para menos de 0,5 casos por mil nascidos vivos (WHO, 2007; BRASIL, 2021a). O Brasil encontra-se longe de atingir essa meta, considerando que apresenta altas taxas de incidência, chegando a 7,7 casos/1000 nascidos vivos no ano de 2020 (BRASIL, 2021b).

Dentre as ações previstas para o efetivo controle da SC, encontra-se a testagem para sífilis no pré-natal e o tratamento das gestantes com resultado reagente, bem como das parcerias sexuais. O Ministério da Saúde, até o ano de 2017 considerava o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis como uma das condições para a definição de caso de SC (BRASIL, 2017). A partir de 2018 essa condição foi excluída, mas

não perdeu a importância, pois existe a possibilidade de recontaminação da gestante, caso o mesmo não seja tratado.

Entretanto, o tratamento dos parceiros sexuais parece representar um dos maiores desafios para o controle da SC. Dados de outros estudos (MAGALHÃES; KAWAGUCHI; DIAS; CALDERON, 2013; DAS-SAH; ADU-SARKODIE; MAYAUD, 2015) e do Ministério da Saúde mostram que é muito baixa a proporção de parceiros tratados (BRASIL, 2018). Alguns motivos fazem com que as mulheres não cheguem sequer a revelar o diagnóstico ao parceiro e dentre eles encontra-se a violência (ANDRADE; ARAÚJO; DOURADO; MIRANDA; REIS, 2016).

Na tentativa de melhorar a adesão do homem aos cuidados com a saúde, o Ministério da Saúde criou o pré-natal do parceiro (BRASIL, 2016). Entretanto, estratégias que possam ajudar as gestantes, especialmente aquelas com sífilis, a encontrar melhores maneiras de envolver o mesmo no pré-natal precisam ser efetivadas.

Acredita-se que a ocorrência do diagnóstico de sífilis pode representar também um fardo para a mulher, gerando sentimento de angústia, uma vez que a mesma geralmente é orientada, na ocasião do diagnóstico, acerca dos riscos para o bebê, caso o parceiro não seja tratado. Tudo isso aumenta sua responsabilidade sobre si mesma, sobre o bebê e o parceiro e reforça as representações sociais que ainda associam o papel do cuidado e da maternidade à função social da mulher (BATINDER, 1980).

Ademais, o diagnóstico de sífilis somente durante a gravidez, pode dificultar o desenvolvimento de um efetivo trabalho de prevenção por parte dos profissionais de saúde, considerando que se observa no dia a dia dos serviços, que algumas gestantes precisam de tempo para processar o diagnóstico e encontrar a melhor maneira de envolver o parceiro para tratamento e adoção das medidas preventivas, como o uso do preservativo.

Uma das dificuldades para envolver o parceiro nas ações de cuidados com a saúde pode estar relacionada a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde. Historicamente, esses centros têm como foco principal o atendimento materno-infantil e, portanto, não são percebidos pelos

homens como locais adequados para o cuidado de seus problemas de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). A literatura científica aponta alguns dos motivos para a ausência dos homens nesses serviços, destacando-se a falta de pessoal qualificado, o horário de funcionamento e o longo tempo de espera. Esses foram os argumentos utilizados pelos homens para justificar o não comparecimento aos serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017). Os homens não reconhecem o cuidado como uma prática masculina, crença que está relacionada às questões culturais e de gênero (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; SCHRAIBER et al, 2010).

Essas observações recontam os escritos de Bourdieu, 1998 sobre a dominação masculina. O autor baseia seu trabalho no pressuposto de que encarnamos estruturas históricas da ordem masculina na forma de esquemas inconscientes. A visão androcêntrica se impõe de forma equivocadamente neutra para que a concebamos como natural enquanto as especificações do que é considerado feminino são objetivadas em oposição às características atribuídas ao masculino. Assim, o feminino torna-se marginal ou subordinado à medida que a organização da sociedade e a visão da mesma são construídas a partir da ideia do masculino como neutro. Assim, nossa percepção sempre seria influenciada pelo viés a favor desse ponto de vista. Alguns dos padrões simbólicos e comportamentais associados à masculinidade tradicional são a crença na “invulnerabilidade” masculina e a multiplicidade de parceiras como materialização da virilidade.

Uma busca realizada no site da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://bvsa.org/>) utilizando os descritores ‘sífilis’, ‘gestantes’ e ‘parceiros sexuais’ resultou em apenas oito artigos. Destes, sete foram oriundos de pesquisas quantitativas, o que limitou a análise das subjetividades dos participantes. Apenas um estudo utilizou a abordagem compreensiva de tradição qualitativa para avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a adesão dos parceiros ao tratamento.

Pesquisas qualitativas sobre as dificuldades enfrentadas pelas gestan-

tes com sífilis para adoção das medidas de prevenção junto aos seus parceiros ainda são incipientes. Acredita-se que a compreensão desses aspectos pode contribuir para melhorar o desempenho dos profissionais e para a humanização do cuidado. Por essa razão, o presente estudo tem como objetivo compreender as representações sociais de puérperas com sífilis acerca do envolvimento dos parceiros sexuais na adoção de medidas de prevenção e controle da sífilis congênita.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo e exploratório realizado em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados ocorreu com puérperas em três maternidades públicas, referência para assistência ao parto e que apresentam maior número de casos notificados de sífilis congênita no município.

Foram realizadas visitas semanais às maternidades para a coleta de dados que ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com oito puérperas diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, mulheres que apresentam teste não treponêmico reativo com qualquer título e teste treponêmico reativo – independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis – durante o pré-natal ou que apresentem teste treponêmico reativo e não treponêmico não reagente ou sem registro prévio de tratamento deve ser notificado como caso confirmado de sífilis (BRASIL, 2020).

As questões da entrevista abordavam acerca da adoção das medidas necessárias para a prevenção da SC, especialmente da revelação do diagnóstico e tratamento do parceiro sexual. O número de entrevistas foi determinado pela saturação dos dados. A análise de conteúdo temática foi utilizada para recuperar informações significativas das falas dos participantes. Constatou-se de três etapas: pré-análise, que consistiu na leitura em profundidade das entrevistas; exploração do material textual; e tratamento dos resultados, seguido da interpretação do material com base no referencial teórico de Bourdieu, 1998, particularmente os conceitos e consequências da dominação masculina (MINAYO, 2010). Visando garantir o

anonimato, as falas das participantes foram identificadas de acordo com a ordem das entrevistas (Ex: P1, P2..., P8),

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Parecer Nº 468.751). As puérperas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa. As entrevistas duraram em média 45 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As mesmas foram entrevistadas em um espaço privado com garantia de sigilo e confidencialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das participantes variou de 17 a 28 anos e a escolaridade de 4 a 11 anos de estudo. A maioria das participantes (seis) estava desempregada e todas tinham parceiro sexual estável. A análise de conteúdo temática das entrevistas resultou em três categorias analíticas: ‘Dificuldades para fazer sexo protegido no contexto de relacionamentos estáveis’, ‘Tensões na revelação do diagnóstico’ e ‘Motivos do não tratamento do parceiro’.

Dificuldades para fazer sexo protegido no contexto de relacionamentos estáveis

As participantes estavam cientes de que a sífilis é uma infecção sexualmente transmissível e que o uso do preservativo é necessário para a prevenção da SC. No entanto, o uso do preservativo não é considerado devido à confiança depositada no parceiro, situação observada nas falas a seguir: *“como mulher casada, nunca uso preservativo porque confio no meu marido (P2)”*; ou *“quando você tem um parceiro de longa data você confia nele e deixa de usar camisinha (P7)”*.

Outro ponto que merece atenção é a recusa do homem em usar camisinha: *“Meu parceiro não gosta de usar camisinha. Eu sei que ele sai com outras mulheres, mas ele nunca concordou em usar (P1)”*. Tal afirmativa confirma a dominação do homem que decide acerca de usar ou não o preservativo. A mulher, mesmo tendo ciência da infidelidade do parceiro,

não consegue argumentar a exigir o uso do preservativo. Esse achado é corroborado por outros estudos realizados no Brasil que também revelaram dificuldades por parte das mulheres na negociação do uso do preservativo. Além disso, a solicitação de uso de preservativo pode ser interpretada como evidência de infidelidade (GARCIA; SOUZA, 2010; SAMPAIO; SANTOS; CALLOU; SOUZA, 2011).

Os papéis sociais de gênero culturalmente estabelecidos têm uma relevância crucial para a compreensão da mulher na sociedade ocidental. O gênero é um ‘elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos’ e ‘uma forma primária de significar as relações de poder’ (SCOTT, 1986). Até meados da década de 1970, o papel da mulher se restringia, no geral, a ter filhos e se dedicar ao trabalho doméstico. O movimento feminista garantiu diversas conquistas, dentre elas o direito ao voto na década de 1920 e o direito ao trabalho na década de 1970. Tal representação social da mulher como cuidadora era tão forte que por muito tempo sua força de trabalho esteve restrita às atividades assistenciais como ensino, enfermagem e secretariado (BATTINDER, 1980).

A efervescência cultural de 1968, o acesso aos métodos contraceptivos, a expansão do mercado de trabalho, o processo de modernização do país nas décadas de 1970 e 1980 e os avanços no movimento de mulheres levaram a outras importantes conquistas. As mulheres, sem dúvida, conquistaram um espaço social e mais liberdade sobre seu corpo e sobre a sexualidade à medida que passaram a controlar sua capacidade reprodutiva, circunstância crucial para conquistas no mercado de trabalho (BRILHANTE; CATRIB, 2016).

No entanto, tais conquistas não significam o desaparecimento dos mecanismos de diferenciação social entre os sexos. Embora as disjunções de gênero tenham se tornado mais maleáveis, a divisão social dos papéis entre homens e mulheres permanece – apenas foi redefinida. Nesse contexto, a percepção da nova economia das identidades femininas pressupõe a compreensão da repetição dos papéis de gênero, ou seja, a dominação masculina ainda predomina e contribui para relações de gênero assimétri-

cas que expõem as mulheres às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids (SAMPAIO; SANTOS; CALLOU; SOUZA, 2011).

A adoção de prevenção das IST parece ser difícil, pois a maioria das entrevistadas relatou ter feito sexo desprotegido após receber o tratamento para sífilis – mesmo sabendo que os parceiros não haviam sido tratados. Assim, tinham ciência que estavam expostas à possibilidade de reinfeção: *“Fiz sexo sem camisinha algumas vezes após o tratamento (P7)”*.

Os motivos que levam as mulheres a praticarem sexo desprotegido mesmo com os riscos de reinfeção e transmissão da infecção para o bebê estão relacionados a um modelo patriarcal que valoriza o masculino em detrimento do feminino e que coloca a mulher em uma posição secundária na sociedade. Dentro desse modelo, as relações de gênero são assimétricas e diferenciadas com base nos sexos, o que reforça comportamentos e atitudes de dominação por parte do homem como ‘a ordem natural das coisas’ ou algo normalizado e mais adequado ao melhor funcionamento das relações. Para Bourdieu, 1998, esse sistema dominante de funcionamento das relações ainda é constitutivo do hábito de gênero de tal forma que homens e mulheres encarnam de forma distorcida pensamentos, percepções e ações estereotipadas e violentas.

Tensões na revelação do diagnóstico

A revelação do diagnóstico de sífilis ao parceiro sexual gera uma sensação de desconfiança e tensão e algumas mulheres relataram medo da reação do parceiro ao diagnóstico. Tal situação traz preocupação e medo porque como geralmente o parceiro não tem sintomas, as mulheres temem ser acusadas como a fonte da infecção por parte do parceiro: *“porque ele disse não ter essa doença [e] ele falou grosseiramente que eu desconfiava dele (P3)”*: *“ninguém sabe como um homem vai reagir quando você falar que tem uma doença que é transmitida pelo sexo, né? Ele pode até culpar a gente (P7)”*.

Situação semelhante foi identificada em estudo realizado em um centro de saúde de referência para o tratamento de pessoas com IST no

estado do Ceará, Nordeste do Brasil. As mulheres relataram que escondiam o diagnóstico de seus parceiros por medo de serem culpadas, criticadas ou responsabilizadas (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). As dificuldades vivenciadas pelas mulheres não parecem se restringir ao Nordeste do Brasil, pois dados semelhantes também foram encontrados em estudo realizado na Bolívia (KLISCH; MAMARY; OLAVARRIETA; GARCIA, 2007).

A dominação em relacionamentos amorosos muitas vezes pode se tornar uma forma de submissão. É uma violência que Bourdieu (1998) define como simbólica ou suave, imperceptível e invisível até mesmo para suas vítimas, exercida principalmente pelos canais puramente simbólicos de comunicação e cognição, ou, mais precisamente, desconhecimento, reconhecimento ou mesmo sentimento.

Esse tipo de violência não gera necessariamente coação física, mas se impõe como forma de dominação contínua que pode impedir o processo de socialização e induzem a pessoa a se posicionar no espaço social segundo padrões do discurso dominante. É na maioria das vezes exercido com o consentimento da vítima devido ao processo de naturalização sofrido por aquele que está exercendo o papel de dominado (BOURDIEU, 1998). Um exemplo disso é observado na história de P8, que relatou uma experiência de violência simbólica exercida pelo companheiro: *“ele me chamou de louca e disse que não tinha uma coisa dessas”*. Ela ainda acrescentou: *“ele disse que estava muito bem e que se ele tinha [sífilis], fui eu que passei para ele (P8)”*.

Além de insultos e humilhações, a violência sexual e física contra a mulher devido ao diagnóstico de uma IST também foi identificada em outros estudos (BARROS; SCHRAIBER, 2011; ANDRADE; ARAÚJO; DOURADO; MIRANDA; REIS, 2016). A violência se apresenta de várias formas que inclui também aceitação social do papel dominante do parceiro, justificando atitudes inclusive de violência física. É o que se observa na fala de uma das entrevistadas: *“Você sabe como é homem, não é? Se eles ficarem muito nervosos podem até bater na gente por impulso (P8)”*.

Não existe um padrão específico ou único de masculinidade. Dife-

rentes culturas, em diferentes períodos históricos, estabelecem diferentes manifestações e expressões de “ser homem”. Portanto, cada estrutura social, política, econômica e cultural possui um modelo de ‘masculinidade hegemônica’ que estabelece uma certa normatização, atributos, valores e comportamentos ditos como masculinos (LUSHER; ROBINS, 2007; CONNELL, 2010; NASCIMENTO, 2010).

As engrenagens de uma sociedade patriarcal padronizam padrões e promovem um modelo de masculinidade que caracteriza o homem como forte, viril, poderoso e promíscuo. Para que esses padrões se concretizem, faz-se necessário que a mulher os internalize – mesmo que inconscientemente (LUSHER; ROBINS, 2007). A cultura desempenha um papel importante nisso, pois reproduz esse modelo e tira da mulher a capacidade de se perceber como um ser humano independente (SOIHET, 2002).

Nesse sentido, embora a violência – seus diversos tipos e significados – não seja um fenômeno natural (ARENDT, 1970), há uma condição primordial que se destaca nas manifestações desses atos de gênero: a relação hierárquica ‘manda-obediência’ em que o agressor não reconhece o outro como sujeito autônomo, mas como objeto de posse (CHAUÍ, 1985).

Embora a entrevistada P8 não tenha relatado sofrer violência física por parte do companheiro, seus relatos mostram que a possibilidade da sua ocorrência com a revelação do diagnóstico de sífilis. Entre aquelas que só tiveram um parceiro sexual na vida não houve receio em revelar o diagnóstico, pois as mesmas não se sentiam responsáveis pela infecção: *“Não tive medo porque ele sabe que não tenho outro homem. Então, se eu peguei, peguei dele (P5)”*.

O conhecimento das relações extraconjugais dos parceiros fez com que as mulheres se sentissem mais seguras em divulgar o diagnóstico. A legitimidade da falha moral do homem relacionada à infidelidade torna a revelação do diagnóstico menos preocupante: *“Eu só disse o que tinha a dizer e pronto. Porque ele não é nenhum santo. Conheço histórias dele com outras mulheres (P6)”*. Por outro lado, as mulheres parecem aceitar passivamente a infidelidade, que é presumivelmente uma forma de violência

simbólica. Tal atitude parece fortalecer a crença social de que trair é ‘coisa de homem’ e legitima esse comportamento de gênero: *“ele sai com outras mulheres e eu nunca tive mais ninguém (P1)”*. Nas culturas patriarcais que exaltam a virilidade, o adultério masculino não é apenas tolerado, mas esperado.

Vale ressaltar a importância dos profissionais de saúde no sentido de ajudar a mulher no processo de revelação do diagnóstico de uma IST. Essas mulheres podem necessitar de um tempo para identificar a melhor maneira de revelar e nesse sentido, os profissionais podem oferecer apoio emocional, evitar julgamentos, refletir conjuntamente e capacitá-las com argumentos que possam diminuir as tensões.

Motivos para o não tratamento do parceiro

Das oito participantes do estudo, apenas uma teve o parceiro atendido durante o pré-natal, mas o tratamento não ocorreu concomitantemente. Segundo os participantes, existem alguns comportamentos tipificados pelo gênero que podem dificultar o tratamento de suas parceiras, como a ideia de invulnerabilidade masculina. Fica claro para as mulheres que os homens não acreditam que podem se infectar com sífilis, mesmo que tenham relações sexuais desprotegidas, porque *“ele acha que pode sair com muitas mulheres e nunca se infectar. Ele acha que é o super-homem (P1)”*.

Sobre a mesma questão, outra mulher disse: *“Ele não quer confessar que sai com outras mulheres, nem dizer que não usa camisinha com elas (P8)”*. Essa fala mostra que o sentimento de invulnerabilidade, se mantém e produz formas cumulativas de violência contra a mulher, ou seja, o diagnóstico da sífilis que traz à tona os casos extraconjugais.

Vale notar que os próprios homens podem se tornar prisioneiros e vítimas da dominação masculina e representações de força e virilidade. Assim, o papel de dominante, ao mesmo tempo em que produz diversas formas de violência, é também uma ‘armadilha’ imposta a todo homem pelo dever de afirmar sua masculinidade em todas as circunstâncias (BOURDIEU, 1998) o que contribui para sua maior vulnerabilidade.

Outras questões relacionadas ao gênero que dificultam o tratamento

dos parceiros são a desinformação e a ausência de sinais e sintomas da infecção situações declaradas a seguir: “*Ele acha que a única doença que se transmite pelo sexo é a AIDS (P7)*”; “*Ele disse que isso era uma coisa que eles inventavam nos hospitais e que eu deveria parar de falar sobre isso porque ele não estava sentindo nada e, portanto, não estava doente (P3)*”.

Uma forma de minimizar a falta de informação do parceiro é envolvê-lo no pré-natal (DUARTE, 2007). Nesse período, o profissional de saúde pode oferecer exames, realizar ações educativas, explicar sobre a sífilis, focar nos aspectos de prevenção e estimular o tratamento. É um momento oportuno para ensinar os homens sobre as consequências da sífilis para o bebê. A falta de conhecimento dessas consequências pode impedi-los de se sentirem responsáveis pela prevenção e, portanto, levá-los a recusar o tratamento.

As mudanças nas relações familiares e nas estruturas sociais demandam o aumento do número de atributos que compõem a paternidade, principalmente no que diz respeito ao cuidado (SOUZA; BENETTI, 2009). Assim, novos arranjos familiares exigem que os homens se envolvam em atividades de cuidado familiar. Cabe aos profissionais de saúde fomentar a paternidade responsável durante o pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes com sífilis entrevistadas no presente estudo não conseguiram adotar as medidas preventivas necessárias ao controle da sífilis congênita, especialmente quando se trata do tratamento dos parceiros sexuais. Todas as mulheres foram tratadas; no entanto, relataram diversos fatores que dificultavam o tratamento de seus parceiros e impediam que a cadeia de transmissão fosse interrompida. Portanto, nesse aspecto do tratamento do parceiro, as ações preventivas e curativas durante a gravidez têm sido ineficazes.

Muitos entrevistados revelaram o diagnóstico aos seus parceiros sexuais; entretanto, essa situação gerou tensão e interferiu na prevenção da sífilis congênita, devido à dificuldade de se estabelecer um diálogo franco

sobre a necessidade do uso do preservativo. Esse fato, aliado ao sentimento de invulnerabilidade e desinformação dos homens, comprometeu o tratamento do parceiro sexual, o que pode ter levado a uma reinfeção da mulher e possibilidade da transmissão vertical da sífilis.

Os achados do presente chamam a atenção para a importância do envolvimento dos homens no pré-natal visando melhorar a prevenção da sífilis congênita. Além disso, os profissionais de saúde, principalmente nos serviços de atenção básica, devem levar em consideração as questões de gênero ao orientar sobre medidas preventivas e auxiliar a gestante com sífilis na superação das dificuldades de relacionamento estabelecidas pela dominação masculina.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Roumayne Fernandes Vieira; ARAÚJO, Maria Alix Leite; DOURADO, Maria Inês Costa; MIRANDA, Angelica Barbosa Espinosa; REIS, Claudia Bastos da Silveira. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ao parceiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1-10, 2016.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVEIRA, Claudia Bastos. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. *Esc. Anna Nery*. v. 11, n. 3, p. 479-486, set. 2007.

ARENDT, H. *On violence*. Harvest/HBJ Book, New York & London, 1970.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Prevalence and factors associated with the use of public health services for adult men. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 279-290, jan. 2017.

BARROS, C; SCHRAIBER, L. B; França-Junior, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 365-372, Abr 2011.

BATINDER, É.L. 'A. *en plus: Histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècle)*. Paris: Flammarion; 1980.

BOURDIEU, Pierre. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES. *Guia do Pré-natal do parceiro para Profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. *NOTA INFORMATIVA N°2-SEI/2017*: Altera os critérios de definição de caso para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 6 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de DST/AIDS. *Guia para Certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed; 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b.

BRILHANTE, Aline Veras Morais; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. *A violência contra a mulher e o forró nosso de cada dia*. Fortaleza: EDUECE, 2016. p. 348.

CHAUÍ, M. *Participando do debate sobre mulher e violência*. In: Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985. p. 25-62.

CONNELL, R. W. *Masculinities*. Berkeley: Univ of California Press, 2005. 349 p.

DASSAH, Edward Tieru; ADU-SARKODIE, Yaw; MAYAUD, Philippe. Factors associated with failure to screen for syphilis during antenatal care in

Ghana: a case control study. *Bmc Infectious Diseases*, v. 15, n. 1, p. 2-9, 13 mar. 2015.

DUARTE, Geraldo. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 171-175, abr. 2007.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saude soc*, v. 19, n.2, p. 9-20, Dec. 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

KLISCH, Shannon A.; MAMARY, Edward; OLAVARRIETA, Claudia Diaz; GARCIA, Sandra G. Patient-led partner notification for syphilis: strategies used by women accessing antenatal care in urban bolivia. *Social Science & Medicine*, v. 65, n. 6, p. 1124-1135, set. 2007.

LUSHER, Dean; ROBINS, Garry. Hegemonic and Other Masculinities in Local Social Contexts. *Men And Masculinities*, v. 11, n. 4, p. 387-423, 18 maio 2007.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudaes; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *The challenge of knowledge: Qualitative research in health*. Hucitec-Abrasco, São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, Man. Ladrão sim, bicha nunca! Práticas homofóbicas entre adolescentes masculinos em uma instituição socioeducativa brasileira. *Educação, Sociedade & Culturas*. v.1, p. 67-81, 2010.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Roseléia Carneiro dos; CALLOU, Jayce Layana Lopes; SOUZA, Bruna Barreto Cunha. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às

dst/aids no semi-árido nordestino. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 171-181, mar. 2011.

SCOTT, J.W; Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, v. 91, n. 5, p. 1053-1075, 1986.

SCHRAIBER, Lília Blima et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 5, p. 961-970, maio 2010.

SOUZA, Carmen Lúcia Carvalho de; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 19, n. 42, p. 97-106, abr. 2009.

SOIHET, R. *O corpo feminino como lugar de violência*. Projeto História São Paulo. 2002. p. 269-289.

WHO. World Health Organization. *The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*. Geneva: World Health Organization; 2007.

Capítulo 15

Violência Obstétrica e Perinatal na Percepção dos Discentes

Amanda dos Santos Pinheiro
Conceição de Maria de Albuquerque
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domeneguetti
Karla Maria Carneiro Rolim
Mirna Albuquerque Frota

INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica e Perinatal consiste em uma temática por demais importante e está interligada a realizações por trabalhadores da saúde em hospitais concebendo abusos e desmoralizações suportadas pelas mulheres nos momentos antes, durante e após o parto.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) adverte que Violência Obstétrica (VO) refere-se à:

“Apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre o seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida”.

Conforme Martins *et al.*, (2019) a VO tornou-se mais habitual do que se pode presumir, pode estar velada em falas hostis, diversas vezes mascaradas com diversão, outras mediante sarcasmo e estupidez. Quantidades expressivas de mulheres em âmbito mundial passam por sofrimen-

tos no momento do parto. A intervenção violenta e brutal em instituições do Brasil é uma realidade que não pode mais ser menosprezada.

De acordo com Henriques (2021), a prevalência de VO tem se diversificado por volta de 18,3% a 44,3%, de acordo com estudos de base populacional feitos no Brasil. Embora o alto prevalemento, tem alguns estudos epidemiológicos nacionais englobando o assunto. Contudo, muitos obstáculos em relação ao tema são impostos, como a carência de conhecimentos dos atos de VO, desconformidade em relação ao termo utilizado, dificuldade de mensuração, poucos indícios acerca dos efeitos da VO na saúde materno-infantil e, por fim, as lacunas nas políticas públicas para reprimir tais condutas.

Continuando o pensamento do autor supracitado, no Brasil, em um estudo a nível nacional executado em 2011/12, o nascimento de brasileiros por via de parto cesariana foi de 56,6%, constatando uma periodicidade de 90%, que foram somente da rede privada.

De acordo com o Boletim epidemiológico - Mortalidade Materna (2020), no Ceará, a via de parto predominante foi a cesariana, com tendência progressista, elevação de 18,6%. Em 2011 constata-se um montante de 52,4% e 62,2% em 2018, valor superior ao limite máximo de 15% proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto para o parto vaginal foi de 19,5% e 14,6%, respectivamente 2011 e 2018.

É fundamental ações didáticas em saúde que possam ser instituídas e dispostas desde o pré-natal. Ações visam o benefício dessa mulher, além de emponderá-la e torná-la protagonista do seu parto. Desta maneira, este estudo teve como objetivo investigar a percepção dos alunos de enfermagem do módulo Materno-Infantil, a respeito da Violência Obstétrica e Perinatal.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Participaram deste estudo, alunos do 5º semestre do curso de

graduação em Enfermagem desta universidade, do módulo Materno-Infantil, especificamente na disciplina de Enfermagem Perinatologia. Foram excluídos deste estudo aqueles que já haviam cursado o módulo anteriormente, os que não estivessem matriculados na disciplina e os ausentes no dia da coleta.

A coleta de dados realizou-se em junho de 2021, executada em três etapas: aplicação inicial de uma entrevista semiestruturada aos participantes, explanação de miniconferência acerca do tema e reaplicação da mesma entrevista.

A primeira etapa iniciou quando a professora do módulo e orientadora apresentou a monitora, bem como introduziu o assunto que seria estudado e como ocorreria a pesquisa. Explicou a pesquisa e seus objetivos, ressaltando a liberdade e importância da participação de cada um, resguardando suas identidades e que esta não possuiria caráter avaliativo quanto as notas dos alunos.

A segunda etapa se deu mediante a entrega do formulário de entrevista semiestruturada, contemplando os dados de identificação (quanto à idade, sexo e procedência do entrevistado e as questões norteadoras: *o que você sabe sobre Violência Obstétrica, Violência Perinatal e como prevenir a violência obstétrica e perinatal?*

Deu-se um período de 10 minutos para cada participante responder, sem repassarmos informações sobre, sem consulta ou compartilhamento de respostas uns com os outros. Recolheu-se as entrevistas dos alunos após o tempo determinado, identificou-se as turmas e os horários que correspondiam as entrevistas. Deu-se continuação terceira etapa do estudo.

Na terceira etapa, a monitora explicou acerca dos assuntos elencados na entrevista tais como: VO e VP através de uma conferência, com os temas do estudo para oportunizar a retirada de dúvidas e complementação acerca do assunto nas questões norteadoras aplicadas aos entrevistados.

Realizou-se a conferência com auxílio de slides-guia, onde demonstrou-se estudos sobre assunto e definiu-se cada um, de acordo com a literatura. Fomentou-se e estimulou a participação dos alunos durante a explicação, para que houvesse uma troca do conhecimento empírico,

prévio e popular que estes possuíam, e o que há sobre/na ciência. Retirou-se as dúvidas e esclareceu-se alguns mitos e maus entendidos envolvidos.

A análise da entrevista semiestruturada consistiu na transcrição destas, em leituras flutuantes e depois aprofundadas para que o pesquisador se aproprie dos documentos coletados. Em seguida, as informações foram agrupadas e associadas com as entrevistas e com as observações não participantes realizadas durante a coleta de dados, dando origem a criação dos núcleos temáticos e as categorizações.

As entrevistas foram denominadas por codinomes P₁, P₂, P₃... P₂₂ para representar as Primíparas e enumerados de modo a assegurar o seu anonimato e sigilo. O Estudo é um desdobramento do projeto de pesquisa: "Violência Obstétrica e Perinatal: O nascer diferente no âmbito da saúde coletiva". A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COÉTICA/UNIFOR sob Parecer de Nº 559.378.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura persistente a procura da validação dos dados, mediante a descrição das entrevistas e o agrupamento das falas, nomeou-se os núcleos temáticos, surgindo as categorias: *Noções acerca de atitudes profissionais; A violência contra as gestantes e parturientes; O cuidado materno-infantil; Conduta profissional; Práticas violentas no nascer; Educação continuada de profissionais da saúde; Conhecimento sobre os direitos da mulher.*

Noções acerca de atitudes profissionais

São reconhecidos como profissionais de saúde qualquer indivíduo que ocupe uma profissão relativa às ciências da saúde. Esses profissionais executam uma função fundamental na prestação de trabalhos primordiais de saúde inteiramente em níveis de atenção e são essenciais para propiciar a saúde e precaver doenças (OPAS, 2020).

Questionou-se quanto a percepção inicial do aluno acerca da violência obstétrica, onde detectou-se que seis dos entrevistados nomearam o

profissional de saúde como o causador dessa violência seja ela como negligência, descriminalização, ou negação, desrespeitando a mulher ou a sua vontade.

“Podem ocorrer através de violências físicas, verbais e psicológicas. Podem envolver negligências por parte dos profissionais, descriminalização, negação e entre outros.” (P₈)

“Violência obstétrica é quando o profissional (normalmente médico) vai contra as vontades da mulher para “tirar vantagem” da situação de alguma forma, como “induzir” a mulher a fazer uma cesárea por problemas mínimos, pois é mais vantajosa para ele, é o que eu entendo.” (P₄)

“A violência obstétrica está relacionada as más condutas dos profissionais de saúde no momento do parto, onde muitas vezes não tem o cuidado com a mulher e acaba desrespeitando as crenças e o corpo da mulher.” (P₂₀)

Brandt *et al.*, (2018), discorrem que o parto se tornou e foi tratado como um acontecimento médico, o que fez com que a mulher não fosse mais a protagonista do próprio trabalho de parto, tornando-se assim um evento medicalizado, transformando o profissional o centro deste evento e no que concerne a cesárea, é o sistema de maior rendimento obstétrico. Nessa circunstância, evidencia a violência institucional, moral e verbal envoltos com o autoritarismo do especialista ao decorrer do parto. Essa superioridade pode ser observada em manifestações verbais intimidadoras, transgressão de direitos, como a proibição do direito a acompanhante, garantido pela Lei do Acompanhante n. 11.108 de 2005. Esses profissionais empregam como explicação, a acomodação ser do sexo feminino impedindo a entrada de companheiros ou acompanhantes do gênero masculino, ou o desprovimento de espaço físico nas salas de pré-parto.

As atitudes profissionais podem interferir diretamente no momento único de uma mulher, bem como nos momentos seguintes da vida dela posteriormente. Sabe-se que é necessário empatia e sensibilidade da parte

profissional, além do respeito para com a paciente, seus direitos, deixando que a mesma seja protagonista do próprio parto, prezando sempre pela saúde da mulher e do seu bebê, e uma assistência obstétrica de qualidade.

A violência contra as gestantes e parturientes

Violência contra a mulher é uma definição utilizada para estabelecer distintas espécies de violência sofridas por mulheres pelo motivo de serem mulheres, o que engloba desde um assédio moral até homicídio. Apesar da espécie de violência praticada, os direitos humanos da mulher e sua integridade seja ela física, psicológica e/ou moral serão desrespeitados.

Nesta categoria os informantes discorreram a sua opinião sobre a quem fere a VO e VP.

“Violência perinatal é algo que pode ocorrer de forma inadequada, com a mãe e filho” (P₁₆)

“A violência perinatal está relacionada aos cuidados com o recém-nascido” (P₂₀)

“Toda violência obstétrica relacionada ao atendimento da mulher nos serviços de saúde” (P₂₃)

Segundo Martins *et al.*, (2019), a VO é muito mais trivial do que é possível imaginar, ela pode vir camuflada por trás de frases intolerantes, muitas vezes com tom de diversão, outras através de sarcasmo e estupidez. Lamentavelmente essa espécie de violência a todo o momento existiu, milhares de mulheres cotidianamente em todo o mundo transpassam por consternações insignificantes na hora do parto. O tratamento mediante agressividade e violência nas maternidades do Brasil deveras não pode mais ser menosprezada. Além de incontáveis são as formas de VO que advêm em todos os hospitais, sejam na rede pública ou privada.

Usualmente o tema violência contra a mulher, VO e VP é pouco de fato visto como um problema de saúde pública, são assuntos que vêm ganhando espaço aos poucos e com muito zelo, para assim informar cada

vez mais as pessoas. Gestantes, parturientes e mulher hoje devem se munir dos seus direitos, entender quando, onde, e como está sendo desrespeitada e violada, para que possamos mudar esse cenário lastimável.

O cuidado materno-infantil

O cuidado materno-infantil tem como finalidade oferecer atenção e assistência no pré-natal, parto, pós-parto, além de acompanhar do crescimento ao desenvolvimento das crianças, primordialmente no seu primeiro ano de vida. Esse cuidado também visa a diminuição da mortalidade desse público em específico.

Nesta categoria os participantes discorreram a importância dos cuidado materno-infantil, para a melhoria da saúde da mãe e do seu filho.

“São procedimentos mal-feitos e por vezes desnecessários, que levam o desconforto e ao estresse da mãe e feto na hora do parto, está associado ao sofrimento fetal.” (P₁₀)

“Violência perinatal é algo que pode ocorrer de forma inadequada, com a mãe e filho.” (P₁₆)

“Toda e qualquer violência à mulher parida e ao bebê.” (P₅)

Para Castro; Rocha (2020), o profissional de Enfermagem tem que implementar boas práticas obstétricas no decorrer do parto e ao nascer, com o propósito de precaver a VO. À visto disso, constatou-se a relevância do ato de acolher de forma digna e respeitosa, no que concerne à apresentação do profissional, aclarar as atribuições do papel da enfermagem quanto as precauções, suporte físico e emocional, além de fornecer condições propícias para que a mulher esteja confortável no ambiente, da mesma maneira promover uma escuta ativa, para possibilita-la a tirar suas inseguranças ou anseios sobre o trabalho de parto e dessa forma propiciar o comando da ansiedade, uma vez que nesse contexto é corriqueiro a mulher experienciar essas emoções.

Pode existir um pensamento de que cuidar seja somente realizar práticas/ técnicas que são ensinadas ao decorrer de uma graduação, mas na realidade cuidar é muito mais do que atitudes repetitivas e mecânicas. É

acolher esse paciente e toda a sua vida, e dessa forma de fato conhecê-lo, tal como seus anseios, alegrias, reclamações, patologias e assim por diante, e não será diferente em relação a uma gestante, parturiente, puérpera, feto e bebê, todos eles precisam de um cuidado personalizado e individual, mesmo partindo do pressuposto de que são duas vidas em um corpo. Além do cuidar, tem de respeitar essa mulher em seu trabalho de parto, pois o profissional está para participar desse nascimento, e ajudar quando necessário, sem desrespeitar as escolhas da parturiente. Após o parto, a assistência continua para essa mãe e esse bebê, sempre com uma escuta ativa, de forma atenta e gentil, sem causar males e sim benefícios.

Conduta profissional

A conduta e/ou ética profissional são regras morais que toda e qualquer classe trabalhadora devem dispor para efetivar qualquer uma de suas atividades. A ética é aquilo no qual é visto como certo ou errado pela coletividade, e elas diferem de acordo com cada país e cultura. Desse modo, essas regras e normas são elaboradas para que a convivência social seja mais cortês e agradável. A ética profissional vai direcionar os atos e feitos de um colaborador, além de estabelecer os princípios que têm de direcionar sua atuação no decorrer de seu exercício da profissão. Vale ressaltar que cada classe trabalhadora dispõe de seu respectivo Código de Ética, isto é, regras desenvolvidas pelos Conselhos que retratam e supervisionam cada área de atuação.

Nesta categoria inclui-se a conduta profissional dos profissionais de saúde, para obter uma visão de quais condutas são realizadas e em meio a elas identificar a violência contra as gestantes e parturientes.

“É quando a mulher está grávida e procura ajuda de um profissional de saúde e por algum motivo sofre algum tipo de violência; psicológica ou física, muitas vezes a vítima não percebe a agressão por falta de orientação e por ser tão comum alguns conhecimentos, pode apresentar normalidade. Exemplos: dizer as pacientes que seu parto tem que ser cesárea, pois seu filho não está bem e precisa de cirurgia.” (P₁)

“Violência obstétrica é quando o profissional (normalmente médico) vai contra as vontades da mulher para “tirar vantagem” da situação de alguma forma, como “induzir” a mulher a fazer uma cesárea por problemas mínimos, pois é mais vantajosa para ele, é o que eu entendo.” (P₄)

“Violência obstétrica e perinatal são práticas que equipe multiprofissional tem de forma inadequada com a mãe e o bebê, dentre elas episiotomia/ episiorafia, palavras e frases pejorativas durante o parto, abrir o olho do bebê antes da sua abertura voluntária, não promover o vínculo de mãe e filho e etc.” (P₁₂)

Os profissionais de saúde têm perdido a sua essência, a essência do cuidado humano. As maternidades têm sido transformadas em fábricas, onde os profissionais respeitam apenas os protocolos, de modo que até no momento do parto esses protocolos são respeitados, existe protocolo para tudo, tempo certo para tudo, inclusive para parir. Com isso, a mulher acaba tendo o seu corpo violado, invadido para que se possa acelerar o parto, não respeitam a fisiologia do parto, as peculiaridades de cada organismo e o momento certo de nascer que só o bebê sabe. A partir disso, surgem então uma série de intervenções completamente desnecessárias na maioria das vezes, que resultam em violência obstétrica. (MARTINS *et al.*, 2019).

Práticas violentas no nascer

Atualmente as práticas violentas que acontecem com a mulher, são classificadas como VO e VP, que nada mais é do que práticas de procedimentos, além de atitudes que desrespeitam e a agridem na gestação, no parto e no pós-parto, esses atos desrespeitosos podem ser de cunho psicológico, moral, físico e verbal, o que inclui por vezes negligência, discriminação e condutas que deixam marcas para uma toda uma vida.

Nesta categoria incluiu-se as práticas violentas ao nascer, causadas por profissionais da saúde, levando hoje a classificação de uma VO ou VP.

“Violência perinatal são as violências que o recém-nascido sofre. Como por exemplo bater no bebê na hora que nasce, fazer procedimentos considerados antigos e etc.” (P₆)

“Violência obstétrica e perinatal são práticas que equipe multiprofissional tem de forma inadequada com a mãe e o bebê, dentre elas episiotomia/ episiorafia, palavras e frases pejorativas durante o parto, abrir o olho do bebê antes da sua abertura voluntária, não promover o vínculo de mãe e filho e etc.” (P₁₂)

“Se refere aos diversos tipos de agressões a mulheres gestantes, podendo este ser no período pré-parto, parto e pós-parto. Pode vir a acontecer em casos de abortamento também. Ex.: uma episiotomia sem consentimento ou autorização da mulher; manobra de kristeller.” (P₁₃)

Segundo Zanardo (2017), salienta que é necessário referir que a VO está presente do mesmo modo em condutas simples como o uso exagerado de farmacológicos e interferências no parto, assim como a execução de técnicas consideradas impertinentes e diversas vezes dolorosas, não fundamentada em indícios científicas. Portanto, há comprovativos de práticas como toques excessivos, utilização de ocitocina para adiantar o parto, a tricotomia dos pelos pubianos, a episiotomia de costume, e a desautorização do direito a acompanhante definido pela mulher na hora do parto.

O cenário que menos uma mulher quer estar é onde ela esteja sendo insultada, imagine idealizar essa situação no dia mais extraordinário de sua vida que é o nascimento do próprio filho. A busca por boas práticas faz com que o trabalho de parto de qualquer mulher, independente de idade, cor, raça, orientação sexual, onde vive ou qualquer outro pré-conceito seja igual, ou seja, livre de violências, humanizado, gentil e respeitoso. Isso faz um nascer diferente, diferente do que é mais conhecido, mais violento e desrespeitador, o novo nascer é livre, sem padrões, sem intervenções impróprias, sem VO e VP.

Educação continuada de profissionais da saúde

A educação continuada é um instrumento que faz com que o aprendizado não se torne mecânico, gerando profissionais com capacidade ética, política e técnica. Para profissionais de saúde tem como objetivo o

conhecimento permanente ao longo da vida profissional, além de atualizar e aprender novas técnicas, potencializando a competência profissional, sempre a exercendo com empatia e ética, ademais implementando seu trabalho de forma a contribuir para a sociedade.

Nessa temática inclui-se a importância da educação continuada de profissionais da saúde, para melhorar a assistência a mulher, a gestante, a puérpera visando suprimir esse cenário de violência.

“Acredito que isso pode ser amenizado com uma educação em saúde realizada com os profissionais. Palestras que promovam a conscientização e mudança de tais pensamentos e atitudes que causam esses tipos de violência.” (P₂)

“Acredito que conhecimento seja tudo. Um hospital ou unidades que proporcionem cursos de atualização para a equipe poderia ser uma opção.” (P₆)

“Qualificação profissional, promoção de cursos para os profissionais de saúde, roda de conversa com os pais a respeito das prevenções contra a violência obstétrica e perinatal.” (P₁₁)

“A prevenção deve ser feito por meio de treinamento e estudo acerca das práticas mais atuais no trabalho de parto.” (P₁₂)

“Capacitando os profissionais da área sobre o assunto, atualizando seus conhecimentos. Informar a gestante durante toda a gestação sobre o que deve e não deve ser feito durante o parto pelos profissionais.” (P₁₈)

“A prevenção vem de “dentro”. A partir da gestão, orientando, fiscalizando, orientando também as gestantes quanto aos seus direitos.” (P₂₃)

No momento em que uma mulher é bem instruída, o perigo de ser uma vítima de VO reduz consideravelmente, visto que a falta de conhecimento torna a mulher frágil, faz com que a VO se torne algo comum. Portanto, é imprescindível instruir esses profissionais da saúde para que eles levem em consideração a relevância desse conhecimento sobre o tema

e que os incitem a utilizar medidas educativas no que diz respeito aos direitos da mulher e da VO, visto que eles são significativos para preestabelecer uma mulher para o trabalho de parto por intermédio da educação em saúde (LACERDA *et al.*, 2022).

A educação continuada quando dada de forma correta traz para essas mulheres grandes benefícios por meio da assistência prestada, assim como um cuidado mais aprimorado para a hora do parto, oferecer mais empatia para com elas, além de diminuir a VO e VP, e o sofrimento desnecessário pelo qual passam ao entrar em trabalho de parto. Muitas dessas mulheres não têm o conhecimento pelo que passaram ou pelo que podem passar e reconhecer que não está lhes trazendo o bem, então o objetivo é que os profissionais tenham a formação adequada, diminuam os índices de violência, e prestem a melhor assistência para que nenhuma mulher transpasse por essas situações que deixam marcas para o resto de suas vidas, tornando o momento mais único e especial em pesadelo.

Conhecimento sobre os direitos da mulher

Desde os tempos mais antigos, a mulher vem lutando e reivindicando seus direitos, por viverem em condições de inferioridade perante a sociedade. Mesmo após tantos séculos a desigualdade social e discriminação é existem e vemos que ainda há um enorme caminho a ser conquistado em busca da igualdade de direitos entre gêneros de forma ativa na prática. Mesmo em uma era tão tecnológica, a população feminina atual precisa conhecer e efetivar seus avanços legislativos constitucionais e internacionais sobre seus direitos, apesar desses ganhos legais não significarem uma mudança cultural e social, já é um passo por a frente e assim contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária.

Neste tópico os participantes exteriorizam acerca a relevância das mulheres conhecerem seus direitos, para apoderar-se dos mesmos.

“Através do conhecimento por parte da gestante dos seus direitos, do processo gestacional, dos cuidados e das condutas corretas/ adequadas durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Além disso, os profissionais de saúde devem passar por

constantes capacitações sobre as boas práticas durante o cuidado das gestantes e dos recém-nascidos.” (P₃)

“Proporcionar um ambiente tranquilo e saudável onde proporcione a autonomia da gestante (obstétrica). Perinatal: a presença da doula ou acompanhante diminui as violências perinatais.” (P₈)

“Conhecer seus direitos e compartilhar com a mãe que já passou por parto, buscar sempre informações.” (P₉)

“Ter prudência nos procedimentos; conhecimento, autonomia, uma equipe obstetra disciplinada, ouvir o relato dessa gestante.” (P₁₄)

“Ser mais gentil, paciente, estar de forma mais atenta com a paciente sobre as outras médicas.” (P₁₅)

“Acredito que a melhor forma de prevenir, qualquer tipo de violência, principalmente na área da saúde é com promoção da saúde e junto disso mostrar as mulheres os seus direitos com clientes em uma consulta ou no parto.” (P₁₇)

“Prevenção seria denunciar as pessoas que pratiquem.” (P₂₂)

É pertinente que informações em relação a esses tipos de violações estejam em um fluxo contínuo para que com o entendimento, as mulheres sejam capazes de requerer por atendimento de melhor e maior qualidade ao longo da gestação, parto e pós-parto (LACERDA *et al.*, 2022).

A noção a propósito de um assunto é de grande valia para que se possa apropriar, e assim saber como lidar frente a situações caso venham a acontecer. Não se ria diferente para as mulheres em relação a sua gestação, parto e pós-parto, por isso hoje quanto mais informação sobre os tipos de violências que podem acometê-las, melhor. A circulação contínua desse conhecimento faz com que todas as pessoas conheçam e saibam a temática e assim esse informe vai se espalhando e gerando resultados bons ao longo do tempo.

Martins *et al.*, (2019), dizem que a VO não decorre apenas quando

há existência de intervenções impróprias e dispensáveis, mas também quando afeta os direitos de grávidas e puérperas. A Lei nº11.108 de 7 de abril de 2005, é um dos direitos que assegura a parturiente de ter um acompanhante de sua vontade, no período entre o trabalho de parto ao pós-parto. Ainda falando em leis, conforme a resolução nº 2144 de 17 de março de 2016 do Conselho Federal de Medicina, a mulher tem o direito de optar a via do seu parto, vaginal ou cesárea, visto que tenha sido informada sobre perigos e ações favoráveis acordadas com a mesma e em situação eletiva.

Vemos que as leis que regem as mulheres grávidas e parturientes, existem, e que sabendo disso os profissionais de saúde tem o dever de orientar as mesmas quanto aos seus direitos, prepará-las para um trabalho de parto humanizado, além de dar conhecimento sobre as formas de violência que podem acontecer, deixando bem claro sua autonomia diante as suas escolhas. Desta forma, é pouco ponderado, mas que é existente o plano de parto, e esse é feito em conjunto com a paciente, pois é um documento que vai assegurar que suas escolhas sejam respeitadas, além de evitar procedimentos desnecessários, violentos e sem consentimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A VO e VP se tornou mais constante do que se pode imaginar, o fato de estar mascarada em tom de diversão e sarcasmo, faz com que a paciente não consiga identificar que não é uma simples brincadeira, ou uma fala comum de um profissional.

Essa pesquisa se propôs investigar à percepção dos alunos da disciplina da Enfermagem Perinatal a respeito da violência obstétrica e perinatal, a partir de uma entrevista semiestruturada. A mulher em seu momento mais vulnerável vê-se em meio a uma assistência desumanizada, sem zelo, compreensão e cuidado. Hoje o que menos queremos é utilizar do termo “humanização do cuidado”, mas como não utilizar se o simples fato de ser humano para com o próximo não existe?

E conforme dados, estudos e falas, que essa pesquisa vem para inves-

tigar como está inserido esse assunto na construção de futuros profissionais da saúde. Fazer com que mulheres tenham autonomia e seus direitos respeitados em conjunto com o profissional que irá oferecer uma assistência de qualidade, sem violências, sem piadas ou julgamentos. Hoje se tornou em um problema de saúde pública, que, por meio desse trabalho buscou-se ter mais voz, além de mudar por meio dos próprios alunos, para que conheçam, se posicionem e corrompam essa violência mesmo antes de concluírem a graduação.

Os resultados encontrados na pesquisa determinam o quanto os discentes necessitavam conhecer o assunto e sua complexidade, no qual não tinham compreensão sobre o mesmo, considerando o quão importante é a temática para a sua formação.

Portanto, identificou-se a necessidade de inserir a temática em meio a formação dos alunos da Graduação em Enfermagem. Para o público-alvo pode-se ofertar panfletos informativos, além de orientações em consulta de pré-natal quanto aos seus direitos e fazer o uso do plano de parto, para que a paciente saiba da importância de utilizá-lo. Fazer grupos com gestantes e puérperas, sejam eles presenciais ou virtuais, para que possam tirar suas dúvidas e receber materiais informativos. Se possível criar propagandas, nas quais falem sobre o assunto, prevenindo a população em geral, sejam elas em meio televisivo ou virtual.

REFERÊNCIAS

BRANDT, Gabriela Pinheiro *et al.* Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. *Revista Gestão & Saúde*, Paraná, v. 19, n. 1, p. 19-37, fev. 2018. Semestral. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência obstétrica*: CNS se posiciona contra extinção do termo, proposta pelo ministério da saúde. CNS se posiciona contra extinção do termo, proposta pelo Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/588-violencia-obstetrica-cns-se-posiciona-contr-extincao-do-termo-proposta-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CASTRO, Antônia Tainá Bezerra; ROCHA, Sibeles Pontes. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*. Enferm. Foco, Ceará, v. 11, n. 1, p. 176-181, 11 fev. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798/725>. Acesso em: 16 maio 2022.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). *Boletim Epidemiológico: mortalidade materna*. Ceará: Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde - Sevir, 2020. 18 p. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_epidemiologico_mortalidade_materna_n1_25112020.pdf. Acesso em: 09 jul. 2021.

HENRIQUES, Tatiana *et al.* Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. *Página Grená*: Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Rio de Janeiro, p. 1-4, fev. 2021. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2021/02/22/violencia-obstetrica-um-desafio-para-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 06 jul. 2021.

LACERDA, Giovanna Maria Oliveira de *et al.* Violência obstétrica e os direitos das gestantes: o que as mulheres sabem?. *Revista Jrg de Estudos Acadêmicos*, Brasília, v. 5, n. 10, p. 42-53, 02 fev. 2022.

MARTINS, Fabiana Lopes *et al.* Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, [s. l.], 11 ed., p. 413-423, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%80NCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf. Acesso em: 09 jul. 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetria*. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/3-1-2020-oms-define-2020-como-ano-internacional-dos-profissionais-enfermagem-e-obstetria>. Acesso em: 16 maio 2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.

29, p. 1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2022.

Capítulo 16

Avaliação da Qualidade do Atendimento de Pacientes com *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária em um Município do Nordeste Brasileiro

Geraldo Bezerra da Silva Junior
Leonardo Fonseca Maia

INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma das doenças crônicas mais comuns. Dados do Atlas do Diabetes, publicado pela International Diabetes Foundation (IDF) em 2017, ressaltam que o número de pessoas com diabetes mellitus é estimado em 424,9 milhões, o que corresponde a 8,8% da população (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). No Brasil, o estudo Vigitel 2018 apontou uma frequência de DM em 7,7% da população maior de 18 anos (BRASIL, 2019). O Brasil é o quarto país com maior número de diabéticos, estimando haver 12,5 milhões (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019). O DM ocorre quando há excesso de glicose no sangue em razão da deficiência de produção de insulina pelo corpo ou há resistência a ação da insulina (DEFROZO, 2015).

Quando tratamos o paciente diabético, objetivamos evitar suas complicações crônicas, sejam elas macrovasculares (cardiopatia isquêmica, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral) ou microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) (SCHEFFEL, 2004). Com vistas a controlar este problema em populações, a Organização

Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o DM seja inicialmente abordado na atenção primária (WHO, 1985). No Brasil, o enfrentamento ao DM passa por qualificação profissional (BRASIL, 2001), cadastro, atendimento e distribuição de medicamentos, com ênfase no HIPERDIA-sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2011). É logrado este objetivo ao mantermos o paciente dentro de metas terapêuticas cientificamente definidas e periodicamente divulgadas por entidades científicas. No Brasil, seguimos as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) que divulga a cada biênio suas diretrizes para o tratamento.

De acordo com esta diretriz, o controle glicêmico no diabetes deve ser feito pela monitorização da HbA1c, que avalia a glicemia dos últimos três meses, devendo ser idealmente mantida $<7,0\%$, glicemia pré-prandial (jejum), cuja meta deve ser $<100\text{mg/dL}$ e glicemia pós-prandial, com valor de controle $<160\text{mg/d}$ (SDB, 2017a). Para evitar complicações cardiovasculares, além do controle pressórico (pressão arterial inferior a $130/80\text{mmHg}$ em diabéticos e menor que $150/90$ em maiores de 80 anos) (SDB, 2017b), o nível de colesterol LDL deve ser mantido abaixo de 100mg/dL para pacientes com baixo ou intermediário risco cardiovascular (risco de doença coronariana em 10 anos $<10\%$ ou de 10 a 20% , respectivamente), abaixo de 70mg/dL em pacientes com alto risco cardiovascular (risco de doença coronariana em 10 anos de 20 a 30%) e abaixo de 50mg/dL em pacientes de muito alto risco coronariano (risco de doença coronariana em 10 anos $>30\%$) (SDB, 2017c).

A classificação de risco obedece a Diretriz Brasileira para Prevenção de Doença Cardiovascular no Diabetes, de 2017. Uma das complicações mais frequentes do DM é a nefropatia diabética, caracterizada por proteinúria detectável persistente, associada a uma elevação da pressão arterial (PA). Atualmente empregamos a expressão doença renal do diabetes (DRD), que representa, além do fenótipo já descrito, uma redução isolada da taxa de filtração glomerular (TFG) (BERTOLUCI, *et al.* 2017).

A SBD orienta o rastreamento da DRD logo ao diagnóstico do DM

tipo 2 com dosagem de albuminúria e estimativa de TFG (SDB, 2017d). A dosagem de albumina pode ser feita em amostra isolada de urina (primeira da manhã ou casual), o índice albumina-creatinina com dosagem de albumina e creatinina em amostra de urina ou a dosagem da albuminúria em urina de 24h. O nível de albuminúria é classificado, segundo a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) em: albuminúria normal ($<30\text{mg/g} = \text{mg de albumina/ g de creatinina}$), albuminúria elevada (30 a 300mg/g) e albuminúria muito elevada ($>300\text{mg/g}$) (BAILEY; WANG; RUPNOW, 2014). O uso da creatinina sérica isolada é desencorajado pelo fato de receber influência de vários fatores extrarrenais, mas deve-se utilizá-la como base para cálculo estimado da TFG, aplicando a equação do estudo *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) (STEVENS, 2007) ou a equação *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI) que tem melhor acurácia, principalmente na faixa de normalidade (LEVEY, 2009).

Apesar de bem determinados os parâmetros de controle do DM, estes são pouco alcançados. Estudo realizado na atenção primária nos Estados Unidos da América, avaliando o controle do DM mostrou que apenas 40,5% dos pacientes tinham HbA1C $<7\%$, 35,3% tinham pressão arterial controlada, 43,7% tinham LDL-C $<100\text{mg/dL}$ e apenas 7% dos pacientes apresentavam controle dos 3 parâmetros avaliados (SPANN et al., 2006). No Brasil, um estudo realizado em centros de tratamento de diabéticos de dez regiões metropolitanas mostrou que 76% dos pacientes pesquisados exibiam inadequado controle glicêmico (HbA1c $\geq 7\%$) (MENDES et al., 2010), valor próximo ao encontrado em um estudo realizado na atenção básica de um município no sul do Ceará, onde 65% dos pacientes exibiam HbA1c $\geq 7\%$ (FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019). Uma provável causa para o inadequado controle glicêmico e a consequente exposição dos diabéticos a suas complicações é a inércia médica, com a demora na insulinação do paciente diabético (HARRIS et al., 2010). A frequência de consultas, que pode ser considerada como indicador do acesso dos pacientes ao serviço de saúde, tem grande importância no controle glicêmico (PANAROTTO et al., 2009). O Ministério

da Saúde preconiza consulta semestral para pacientes diabéticos controlados e consulta trimestral nos pacientes que estão fora do controle glicêmico (BRASIL, 2013).

E como estaria o atendimento ao paciente diabético na atenção primária de saúde no Brasil?

Avaliamos se os pacientes diabéticos atendidos na atenção primária estão dentro dos parâmetros de controle, evitando assim as complicações crônicas do DM. A verificação do controle é importante para avaliar se as políticas de enfrentamento a doenças crônicas, especificamente o DM, estão sendo efetivas, haja vista que a implantação inicial data de 2001 (BRASIL, 2001) e os consecutivos trabalhos que avaliaram o controle glicêmico não expressam melhora nos índices deste controle (MENDES *et al.*, 2010) (FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019) (FERNANDEZ; CAZELLI; TEIXEIRA, 2017). Através da verificação do prontuário observamos ainda se há inércia médica, se os pacientes diabéticos têm acesso ao serviço de atenção básica e se os atendimentos estão sendo registrados nos prontuários.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal a partir da análise de prontuários dos pacientes cadastrados no programa HIPERDIA nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Picos-PI. São cadastrados 2.274 pacientes diabéticos no programa HIPERDIA, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Os dados a coletados foram relativos aos pacientes atendidos no período de janeiro a dezembro de 2018, maiores de 18 anos.

No estudo, tivemos variáveis dependentes e independentes. São variáveis dependentes, além dos dados laboratoriais, o IMC, medicações em uso, número de consultas e conduta médica. As independentes, além dos dados sociodemográficos, o tempo de diagnóstico do diabetes, peso, estatura e pressão arterial. A seguir, estão descritos os itens abordados para cada uma das mencionadas.

- Dados sociodemográficos: Idade, sexo, escolaridade (anos de estudo), raça (classificada como negra e outras a fim do cálculo da TFG pelo CKD-EPI).
- Dados clínicos: Tempo de diagnóstico do DM, peso (em Kg), estatura (em m), para cálculo do IMC, pressão arterial(mmHg), medicações em uso, número de consultas no ano de 2018 e conduta médica (descrita como efetiva, parcialmente efetiva e ausente).
- Exames laboratoriais: glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada, para avaliar o controle glicêmico; colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicerídeo (os que não tiverem LDL o mesmo será estimado pela equação de Friedewald: $LDL-c = \text{Colesterol Total} - [\text{HDL-c} + \text{Triglicerídeos}/5]$), para avaliar dislipidemia; ureia, creatinina, ácido úrico, microalbuminúria de 24 horas ou relação albumina/creatinina em amostra de urina, para avaliação da função renal. No último caso, a TFG foi estimada pela equação CKD-EPI (LEVEY, 2009).

Os parâmetros clínicos e laboratoriais coletados foram comparados aos valores preconizados para o controle do DM segundo a Diretriz Brasileira de Diabetes 2017-2018. Foram investigados quantos pacientes estavam com o controle glicêmico adequado, quantos diabéticos têm dislipidemia, quantos estavam em uso de estatina e se estão com níveis lipídicos controlados. Foi considerado, para definir o controle laboratorial, o exame mais recente descrito no prontuário.

Com relação a hipertensão, consideramos hipertenso o paciente que tinha este diagnóstico em seu prontuário ou que estava em uso de anti-hipertensivo. Foi avaliado se os níveis pressóricos estavam de acordo com os preconizados pela mesma diretriz supracitada.

Para avaliar comorbidades, foi verificado se havia aterosclerose clínica descrita nos prontuários. A TFG e microalbuminúria foram utilizadas para investigação do comprometimento renal dos pacientes avaliados.

Avaliamos a acessibilidade dos pacientes ao serviço de saúde pelo número de atendimentos realizados no ano de 2018. Verificamos ainda se os atendimentos estavam sendo devidamente registrados nos prontuários e, para avaliar a inércia médica, verificamos qual a conduta descrita no prontuário para atingir o controle dos parâmetros avaliados.

Esta conduta foi classificada como efetiva, se atingiu o objetivo de manejar o parâmetro que visava controlar, parcialmente efetiva, se atingiu alguma melhora, ou ausente, se não foi adotada nenhuma medida para o controle do parâmetro alterado (caso haja relato de encaminhamento para especialista e não descrito nenhuma medida imediata, será considerado conduta ausente). Se estivessem dois ou mais parâmetros alterados e só fosse corrigido um, também foi considerado parcialmente efetivo. Foi sempre avaliada a última conduta.

A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 23 (IBM, USA). Os resultados foram mostrados por meio de tabelas estatísticas de medidas sumárias (média \pm desvio-padrão) no caso das variáveis quantitativas.

A comparação de dois grupos de pacientes foi feita pelos testes T de Student ou teste Exato de Fischer. Realizamos análise de regressão logística e calculados os riscos relativos (OR) e intervalo de confiança de 95%, para investigação dos fatores associados ao não-alcance das metas terapêuticas no DM. As variáveis incluídas na análise multivariada foram aquelas que apresentaram nível de significância menor do que 20% na análise univariada. O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Ao todo avaliaram-se 373 prontuários, 298 (79,9%) nas ESF da zona urbana e 75 (20,1%) na zona rural.

Quanto ao sexo, 242 (64,9%) dos prontuários eram de pessoas do sexo feminino e 131 (35,1%) do sexo masculino. Foram realizadas 911 consultas, sendo 308 em pacientes do sexo masculino (média de 2,33 consultas) e 603 consultas em pacientes do sexo feminino (média de 2,49

consultas), não havendo diferença estatística entre o número de consultas por sexo. A média de idade foi de 60,56 anos (18-94), com mediana de 62 anos e moda de 55 anos. Só foi possível verificar a escolaridade em 74 casos (19,8%), sendo 20 analfabetos (27%), 28 com fundamental incompleto (37,8%), 11 fundamental completo (14,9%), um com ensino médio incompleto (1,4%), oito com ensino médio completo (10,8%), um com ensino superior incompleto (1,4%) e cinco com superior completo (6,8%).

Dos pacientes com registro de peso e altura, 33,3% tinham peso adequado, com IMC até 24,9. 0,6% tinha baixo peso, 34,5% tinham sobrepeso e 31,6% era obeso.

A pressão arterial estava controlada (até 130x80mmHg) em 57,8% dos pacientes com registro em prontuário, porém dos 373 prontuários avaliados 79 (21,2%) não tinham registro de PA (não há diferença estatística entre controle de PA nos pacientes atendidos em zona rural ou urbana nem por sexo) e hipertensão esteve presente em 243 casos (65,3%) sendo que só havia registro de PA no prontuário de 197 hipertensos e, nestes, o controle da PA existia em apenas 40,74% dos casos.

Hemoglobina glicada menor que 7% foi encontrada em 44,4% dos pacientes que tinham HbA1c registrado, mas só havia registro de HbA1c em 124 prontuários (33,2%), sendo 44 do sexo masculino (15 com HbA1c<7,0% e 29 ≥7,0%) e 80 do sexo feminino (40 com HbA1c<7,0%). O valor médio da HbA1c foi de 7,4% (mínimo 4,7% máximo 15,8% desvio-padrão 1,8 e variância 3,5).

Dos 330 pacientes nos quais determinamos o tempo de diagnóstico de diabetes, 34 (10,3%) eram recém-diagnosticados, 58,5% (193, sendo 71 masculino e 122 feminino) tinham até cinco anos de diagnóstico, 24,2% (80, sendo 26 masculino e 54 feminino) tinham de seis a 10 anos e 17,3% (57, sendo 13 masculino e 44 feminino) tinham mais de 10 anos de diagnóstico. O paciente com maior tempo de diabetes tinha 22 anos de diagnóstico.

Quanto à classe de medicação usada no tratamento do diabetes, 85,7% usaram metformina (biguanida), sendo que em 40,5% dos trata-

mentos era a única medicação. Sulfoniluréias estavam presentes em 45,2% (8,8% isolado), 10,6% faziam uso de Inibidores da Dipeptidil Peptidase 4 - IDPP4 (0,3% isolado), 7,6% usavam insulinas (4,1% associado a antidiabético oral), tiazolidineidiona foi usada por 2,1% dos pacientes (0,3% isolada) e Inibidores do Transportador 2 de Sódio e Glicose - ISGLT2 estava em 0,9% dos tratamentos, sempre em associação.

Só foi possível detectar o LDL-c em 97 dos 373 prontuários avaliados (26%) e destes 97, em apenas 33 (34%) o LDL-c estava abaixo de 100mg/dl (controle adequado para o diabético). O uso de estatina foi descrito em 110 pacientes (quatro faziam uso de estatina e fibrato associado). Quatro usavam fibrato isolado. Dislipidemia como complicação foi verificada em 140 dos 373 prontuários avaliados (37,5%), o que demonstra uma inércia médica ao tratar dislipidemia.

Comorbidades foram descritas em 295 dos 373 prontuários avaliados (79,1%). Além da hipertensão, obesidade e dislipidemia já relatadas, foram descritos: pé-diabético, nove casos (2,4%); Acidente Vascular Encefálico (AVE), oito casos (2,1%); doença arterial coronariana (DAC), seis casos (1,6%); neuropatia e nefropatia, quatro casos (1,1%); insuficiência cardíaca congestiva (ICC), três casos (0,8%); retinopatia, dois casos (0,5%) e arritmia, um caso (0,26%). Em outras palavras, complicações macrovasculares (AVC, DAC, pé-diabético) foram descritas em 6,16% dos casos e complicações microvasculares (nefropatia, neuropatia e retinopatia), em 2,68%.

Em 84 prontuários (22,5%) havia registro de creatinina sérica, sendo possível estimar a TFG. Destes, a classificação quanto a função renal estimada foi: DRC estágio 1 em 23,8% (20 registros); estágio 2 em 45,2% (38 registros); estágio 3A em 17,9% (15 registros); estágio 3B em 10,7% (nove registros); estágio 4 em 2,4% (dois registros). Dos quatro casos descritos com nefropatia como complicação, dois tinham classificação renal 4 e dois não tinham exames registrados no prontuário. Microalbuminúria foi descrita em apenas 1 prontuário.

Dos 373 prontuários avaliados, HbA1c controlada (<7,0%) e LDL-c

<100,0mg/dl registrados só foram observados em 15 (4,02%). Quando associamos a PA até 130x80mmHg, temos os três parâmetros controlados e devidamente relatados apenas em nove prontuários (2,41%).

O acesso dos pacientes à atenção básica, avaliado pelo número anual de consultas, mostrou que os pacientes tiveram em média 2,44 consultas médicas (mínimo 1, máximo 11, desvio-padrão 1,787).

Quanto à conduta adotada pelo médico, em 40,8% das vezes a conduta foi classificada como ausente (não houve modificação na conduta mesmo sendo verificada alteração na glicemia, PA ou dislipidemia), em 27,6% houve uma conduta parcialmente efetiva (o médico corrigiu alguns dos parâmetros, mas outros permaneceram sem modificação, apesar de não haver controle) e a conduta foi efetiva em 31,6% dos casos (o médico fez alterações visando ao controle de todos parâmetros).

DISCUSSÃO

A avaliação do atendimento ao diabético na atenção primária verificou, neste caso, uma falta de registro, o que por si já denota uma falha no atendimento. Um número significativo de pacientes com diabetes não atingindo as metas terapêuticas preconizadas pelas diretrizes clínicas atuais.

Dos prontuários avaliados, constatamos maior proporção de mulheres (64,9%) em relação ao número de homens (35,1%). Esta maior procura por atendimento médico pelo sexo feminino é relatada no Brasil, sendo a concepção masculina de força e virilidade abalada com a procura ao serviço de saúde (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Em outros países, isto também é observado, como, por exemplo, na Malásia, onde cerca de 60% dos pacientes que procuravam atendimento para DM eram mulheres (CHEW *et al.*, 2013). No entanto, não houve diferença no número médio de consultas entre os gêneros, mostrando que, uma vez ultrapassada a barreira cultural que afasta o homem do serviço de saúde, este procura com regularidade o atendimento. Esta queda na diferença de procura por atendimento em saúde entre os gêneros é descrita, principalmente, entre os mais escolarizados e com melhor poder aquisitivo (PARAHYBA, 2016).

Quanto ao número de consultas, 64,3% dos pacientes tiveram até duas consultas no ano, número superior aos 50% obtidos em serviço primário de saúde de Minas Gerais que já qualificava este número de consultas como baixo devido controle glicêmico (ALMEIDA, 2017).

Com relação à idade, evidencia-se uma predominância de idade mais avançada. A média de idade dos pacientes foi de 60,56 anos, semelhante ao apontado por estudo realizado no sul do Brasil, na Índia e nos EUA (ALMEIDA, 2017; BOLES, 2017).

Com relação ao peso, 66,1% estavam acima, número maior que os 60,1% obtidos no estudo ELSA-Brasil (DINIZ, 2020) e os 55,7% observados na população adulta geral do Brasil (BRASIL, 2018), 31,6% dos pacientes diabéticos avaliados neste estudo eram obesos, número maior que os 20,3% da população geral do Brasil e similar aos achados de estudo com diabéticos no Centro-Oeste brasileiro, que identificou 35,4% (DE SOUSA NETO, 2018). Esta maior proporção de obesos na população diabética é explicada por ser a obesidade o principal fator de risco para o DM tipo 2 com obesos tendo 28 vezes ou mais chance de desenvolver DM tipo 2 que a população com IMC normal (ASHAMALLA, 2018).

Hipertensão associada a DM foi encontrada em 65,3% dos casos, número parecido com os 64,5% obtido em estudo indiano (VIBHA, 2018), 66,7% encontrado no estudo DIAPA realizado em países de língua espanhola (VALLEJO, 2003), pouco menor do que os 69,8% encontrado na Tanzânia, segundo KILONZO (2017) e diferente dos cerca de 50% encontrados em diabéticos japoneses (TATSUMI, 2017). Dos pacientes hipertensos com PA registrada no prontuário, 40,74 % tinham PA controlada, bem acima dos 15,5% encontrado na Tanzânia, de acordo com o estudo de Vallejo (2003) e dos 13,6% obtidos no estudo DIAPA e próximo aos 43% obtidos no Iraque (KAMAL; NADHIM; KHALAF, 2020) e dos 40% inicialmente avaliados em estudo de intervenção em Chicago, Estados Unidos (GUNTER, 2017). Neste ponto vale citar que 21,2% dos prontuários não tinham registro de PA e que mesmo entre pacientes hipertensos a PA não estava registrada em 18,93% dos prontuários.

O controle glicêmico, avaliado pela HbA1c, estava adequado em 44,4% dos casos com registro deste exame, abaixo dos 51% obtidos na atenção básica do Canadá (HARRIS, 2005), próximo dos 43,2% obtidos na América Latina (LOPEZ STEWART, 2007), pouco melhor dos 40,5% obtidos nos EUA (SPANN, 2006) e dos 35% obtidos no Ceará (FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019). Dislipidemia associada a DM foi descrita em 37,5% dos pacientes diabéticos, número inferior aos 50,1% achados em metanálise realizada na África (NOUBIAP, 2018) e aos 67,1% verificados na China (YAN, 2016) e o controle lipídico adequado só estava presente em 34% dos casos, abaixo dos 39,4% obtidos na China (YAN, 2016) e dos 43,7% encontrados nos Estados Unidos (SPANN, 2006). A presença de HbA1c, pressão arterial e LDL-c controlados foi observada em 2,41% dos casos relatados nesta pesquisa, abaixo dos 5,6% encontrados na Espanha (CÁRDENAS-VALLADOLID, 2018), dos 7% encontrados nos EUA (SPANN, 2006) e dos 5,6% obtidos na China (LUK, 2017).

Seguindo a recomendação das diretrizes de tratamento de diabetes em vigor no Brasil e no mundo (SBD, 2018; BUSE, 2020), metformina foi a medicação mais prescrita, seguido da sulfoniluréia, utilizada isoladamente em 8,8% dos pacientes. Como cerca de 5% dos pacientes não toleram metformina, cujos efeitos colaterais são sentidos por mais de 25% dos pacientes que fazem seu uso (MCCREIGHT *et al.*, 2016), compreendemos a opção da sulfoniluréia como segunda medicação de escolha, sendo escolha isolada em alguns casos, por ser a glibenclamida, juntamente com metformina, insulina NPH e Regular, as medicações gratuitamente distribuídas nas UBS (Unidades Básicas de Saúde). A sulfoniluréia também foi a segunda droga mais usada no tratamento do DM2 em estudo avaliando 25 países, que a associou a maior risco de eventos cardiovasculares e mortalidade (EINARSON, 2018)

Pé diabético estava descrito em apenas 2,4% dos casos, próximo dos 2,6% encontrado no Sri Lanka (ARAMBEWELA, 2018), dos 2,9% encontrado na atenção primária da Alemanha (SÄMANN, 2008) e de

3,1% de amputações encontrado em banco de dados da Alemanha e Áustria (9,4% de prevalência de Síndrome do Pé Diabético) (BOHN, 2018), abaixo dos 13,9% encontrado na atenção primária do Paquistão (KHAN; JUNAID, 2017) e dos 8,5% com história de úlcera e amputação em atenção primária na Índia (VIBHA *et al.*, 2018) e em diabéticos tipo 2 com Síndrome do Pé Diabético no Reino Unido (LAUTERBACH; KOSTEV; KOHLMANN, 2010). Esta diferença é explicada pelo tempo de diagnóstico do DM, tendo em vista que 58,5% dos pacientes avaliados tinham menos de 5 anos de diagnóstico, com média de tempo de diagnóstico de 5,62 anos, comparado aos 7,87 anos do estudo paquistanês, 7 anos do indiano e 7,4 anos do reino Unido. A média de HbA1c também foi melhor na atenção básica avaliada ($7,46 \pm 1,87\%$) quando comparado ao Paquistão ($8,81 \pm 2,4\%$), sabendo-se que tempo de diabetes e controle glicêmico são fatores importantes para desenvolvimento de pé-diabético (LAUTERBACH; KOSTEV; KOHLMANN, 2010; HASAN, 2016; ARAMBEWELA *et al.*, 2018).

AVE foi descrito apenas em 2,1% dos casos, DAC em 1,6%, ICC em 0,8%, bem abaixo dos 7,6%, 21,2% e 14,4% respectivamente achado em revisão de literatura que verificou estes índices em 25 países (EINARSON, 2018). Neste estudo, o tempo médio de diabetes foi de 10,4 anos $\pm 3,7$ anos (média 10 anos, média ponderada $6,6 \pm 3,7$ anos), a idade média foi de 63,6 anos $\pm 6,9$ anos (média 64,3 anos, média ponderada $66,3 \pm 6,9$ anos).

Quanto à avaliação da função renal verificada pela TFG, estágio 1 foi obtida em 23,8% dos casos, 45,2% estavam no estágio 2, 17,9% no estágio 3A, 10,7% no 3B, 2,4% no 4, compatível com os 41,1% no estágio 2, 27,1% no estágio 3 e 3,2% no estágio 4 ou 5 verificados em estudo no Sri Lanka (ARAMBEWELA *et al.*, 2018). Em estudo realizado na atenção primária no México estes valores foram: 46,6% estágio 1, 34,9% estágio 2, 8,5% estágio 3A, 5,8% estágio 3B, 2,4% estágio 4 e 1,9% estágio 5 (JIMÉNEZ. *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

A atenção primária, por meio da ESF, cobre 100% da população estudada. Esta ampla cobertura, no entanto, não facilita o acesso dos pacientes com DM ao serviço médico, visto que em 38,6% dos prontuários avaliados foi mostrada apenas uma consulta médica/ano. Foi verificado baixo registro de várias informações nos prontuários. Em muitos casos notávamos solicitação de exames pelo médico, mas não havia registro dos resultados, apontando que o erro não era a falta de acesso ao exame e sim ao registro do exame, tendo em vista modificações em condutas observadas em consultas posteriores. Em outros casos só eram registradas a data da consulta e a assinatura do médico, para demonstrar apenas que o paciente havia comparecido ao serviço médico. Este comportamento não era unânime, havendo ESF bem organizada, com prontuários médicos repletos de informação, sendo a falta de registro relacionada à equipe. Estes erros não tinham relação com a localização da ESF, havendo equipes da zona rural e urbana bem estruturadas.

A avaliação e classificação da conduta médica adotada perante controle principalmente da glicemia, PA e dislipidemia, verificou se o tratamento prescrito modificava estes parâmetros, quando necessário. Em 40% das vezes o médico não tomou nenhuma medida para melhorar o quadro clínico do paciente, mesmo detectando uma alteração. Em 27,6% o médico corrigiu apenas parcialmente as alterações clínicas do paciente. Esta grande inércia médica justifica o baixo controle dos três parâmetros associados, quando comparado a outros estudos.

Se há acesso à atenção básica, são realizados exames laboratoriais, são dispensadas medicações, não parece haver deficiência na estrutura da atenção básica avaliada. Deve-se, contudo, melhorar a gestão de recursos humanos, com educação continuada, para melhorar os serviços dispensados na atenção básica e elevar os cuidados com os pacientes diabéticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carole Gusmão de. Desconformidades no atendimento e nos registros dos usuários diabéticos da atenção primária no município de Diamantina-MG em 2015: implicações no cuidado ao paciente. 2017.

ALMEIDA, Carole Gusmão de. Desconformidades no atendimento e nos registros dos usuários diabéticos da atenção primária no município de Diamantina-MG em 2015: implicações no cuidado ao paciente. 2017.

ASHAMALLA, Michael et al. Obesity, diabetes and gastrointestinal malignancy: the role of metformin and other anti-diabetic therapy. *Global journal of obesity, diabetes and metabolic syndrome*, v. 5, n. 2, p. 008, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30533942/> Acesso em: Dezembro de 2019. doi: 10.17352/2455-8583.000032.

BAILEY, R.A, WANG, Y. ZHU,V., RUPNOW, M.F.T. Chronic kidney disease in US adults with type 2 diabetes: na update national estimate of prevalence based on kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) staging. *BMC Research Notes*, 2014. Disponível em: <<https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-415> > Acesso em 20 de maio de 2019. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-415>

BERTOLUCI, M.C. et al. Brazilian guidelines on prevention of cardiovascular disease in patients with diabetes: a position statement from the Brazilian Diabetes Society (SBD), the Brazilian Cardiology Society (SBC) and the Brazilian Endocrinology and Metabolism Society (SBEM). *Diabetol Metab Syndr*. 2017. Disponível em < <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/170623>> Acesso em 20 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s13098-017-0251-z>.

BOHN, Barbara et al. Diabetic foot syndrome in patients with diabetes. A multicenter German/Austrian DPV analysis on 33 870 patients. *Diabetes/metabolism research and reviews*, v. 34, n. 6, p. e3020, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29726089/> Acesso em 20 de maio de 2019. doi: 10.1002/dmrr.3020. Epub 2018.

BOLES, Annette; KANDIMALLA, Ramesh; REDDY, P. Hemachandra. Dynamics of diabetes and obesity: epidemiological perspective. *Biochimica et Biophysica Acta* (BBA)-Molecular Basis of Disease, v. 1863, n. 5, p. 1026-1036, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28130199/> Acesso em Maio de 2019. doi: 10.1016/j.bbadis.2017.01.016. Epub 2017 Jan.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*, Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.:il.

CÁRDENAS-VALLADOLID, J. et al. Effectiveness of standardized nursing care plans to achieve A1C, blood pressure, and LDL-C goals among people with poorly controlled type 2 diabetes mellitus at baseline: four-year follow-up study. *BMC family practice*, v. 19, n. 1, p. 125, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30041600/> Acesso em Julho de 2019. doi: 10.1186/s12875-018-0800-z. PMID: 30041600; PMCID: PMC6058384.

CHEW, B. H. et al. Type 2 Diabetes Mellitus Patient Profiles, Diseases Control and Complications at Four Public Health Facilities- A Cross-sectional Study based on the Adult Diabetes Control and Management (ADCM) Registry 2009. *The Medical journal of Malaysia*, [s. l.], v. 68, n. 5, p. 397-404, 2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/>

login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24632869&lang=pt-br&site=eds-live. Acesso em: 25 jul. 2020.

COSTA-JUNIOR, Florêncio Mariano da; COUTO, Márcia Thereza; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, Aug. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200097&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>

DE SOUSA NETO, Caetano Teixeira; DE ALMEIDA, André Nunes Gomes. Perfil socioeconômico e epidemiológico de hipertensos e diabéticos da ESF do Riacho Fundo II–DF. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 29, n. 01, p. 15-22, 2018. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/66> Acesso em maio de 2019.

DEFROZO, R.A. et al. *International Textbook of Diabetes Mellitus*. 4. ed. Nova Jersey - EUA: Wiley-Blackwell, 2015. 1228 p. v. 2.

DINIZ, Maria de Fátima Hauaisen Sander et al. Modelo de avaliação da homeostase de resistência à insulina (HOMA-IR) e síndrome metabólica na linha de base de uma coorte brasileira multicêntrica: estudo ELSA-Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 8, 2020.

EINARSON, Thomas R. et al. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. *Cardiovascular diabetology*, v. 17, n. 1, p. 83, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29884191/> Acesso em maio de 2019. oi: 10.1186/s12933-018-0728-6. PMID: 29884191; PMCID: PMC5994068.

FERNANDEZ, Natália M.; CAZELLI, Carla; TEIXEIRA, Rosimere J.. Gerenciamento do controle glicêmico do diabetes mellitus tipo dois na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 218-226, set. 2017. ISSN 1983-2567. Dispo-

nível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29447>>. Acesso em: Julho de 2019.

FREIRE, M.T.P., ANDRADE, J.M., VERAS, H. N. H. Avaliação glicêmica de pacientes diabéticos atendidos na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Assaré-CE. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.13, N. 44, p. 221-239, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1604/2378> Acesso em Julho de 2019.

GUNTER, Kathryn E. et al. Hypertension Control in the University of Chicago Primary Care Group. *Clinical Diabetes*, v. 35, n. 3, p. 168-170, 2017. Disponível em: <https://clinical.diabetesjournals.org/content/35/3/168> Acesso em setembro de 2019.

HARRIS, S.B. et al. T. Clinical inertia in patients with T2DM requiring insulin in family practice. *Canadian Family Physician*, v.56, n.12, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21156883> Acesso em: Julho de 2019.

HARRIS, Stewart B. et al. Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). *Diabetes research and clinical practice*, v. 70, n. 1, p. 90-97, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15890428/> Acesso em Julho de 2019. doi: 10.1016/j.diabres.2005.03.024. PMID: 15890428.

HASAN, Rim et al. A systematic review and meta-analysis of glycemic control for the prevention of diabetic foot syndrome. *Journal of vascular surgery*, v. 63, n. 2, p. 22S-28S. e2, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26804364/> Acesso em Agosto de 2019. doi: 10.1016/j.jvs.2015.10.005. PMID: 26804364.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas, 8th ed.* Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org>> Acesso em maio de 2019.

JIMÉNEZ, I. L. et al. Prevalence of chronic kidney disease by stage in diabetic patients. *Arch Renal Dis Manag*, v. 3, n. 2, p. 045-047, 2017. Disponí-

vel em: <https://www.peertechz.com/Renal-Diseases-Management/ARDM-3-128.php>. Acesso em Agosto de 2019.

KAMAL, Bilal Jamal; NADHIM, Shan Nadhmi; KHALAF, Muhammed Ali. Hypertension Control in Diabetic Patients. *Medico Legal Update*, v. 20, n. 1, p. 256-261, 2020. Disponível em: <https://ijop.net/index.php/mlu/article/view/366>. Acesso em Agosto de 2019. DOI: <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i1.366>

KHAN, Amanullah; JUNAID, Nabeea. Prevalence of diabetic foot syndrome amongst population with type 2 diabetes in Pakistan in primary care settings. *JPMA*, v. 67, n. 1818, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29256523/> Acesso em Agosto de 2019.

KILONZO, Semvua B. et al. Control of hypertension among diabetic patients in a referral hospital in Tanzania: A cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, v. 27, n. 5, p. 473-480, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615008/> Acesso em Agosto de 2019. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v27i5.5>

LAUTERBACH, S.; KOSTEV, K.; KOHLMANN, T. Prevalence of diabetic foot syndrome and its risk factors in the UK. *Journal of wound care*, v. 19, n. 8, p. 333-337, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20852505/> Acesso em Agosto de 2019. doi: 10.12968/jowc.2010.19.8.77711.PMID: 20852505.

LEVEY, A.S. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*. 2009;150(9):604-612. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19414839>> Acesso em 18 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006>.

LOPEZ STEWART, Gloria et al. Control of type 2 diabetes mellitus among general practitioners in private practice in nine countries of Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 22, p. 12-20, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n1/12-20/en/#ModalArticles>. Acesso em 18 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006>.

LUK, Andrea OY et al. Declining trends of cardiovascular-renal complications and mortality in type 2 diabetes: the Hong Kong Diabetes Database. *Diabetes care*, v. 40, n. 7, p. 928-935, 2017. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/40/7/928.figures-only> Acesso em Agosto de 2019. <https://doi.org/10.2337/dc16-2354>

MCCREIGHT, Laura J.; BAILEY, Clifford J.; PEARSON, Ewan R. Metformin and the gastrointestinal tract. *Diabetologia*, v. 59, n. 3, p. 426-435, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26780750/> Acesso em Setembro de 2019. [https://doi: 10.1007/s00125-015-3844-9](https://doi:10.1007/s00125-015-3844-9). Epub 2016 Jan 16. PMID: 26780750; PMCID: PMC4742508.

MENDES, et al. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*, 2010. 47:137–145. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19655083> Acesso em: Julho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1007/s00592-009-0138-z>.

NOUBIAP, Jean Jacques et al. Prevalence of dyslipidaemia among adults in Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, v. 6, n. 9, p. e998-e1007, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30275-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30275-4/fulltext) Acesso em Outubro de 2019. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30275-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30275-4).

PARAHYBA, Maria Isabel. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. *Anais*, p. 1-11, 2016.

SÄMANN, A. et al. Prevalence of the diabetic foot syndrome at the primary care level in Germany: a cross-sectional study. *Diabetic medicine*, v. 25, n. 5, p. 557-563, 2008. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/18346154> Acesso em Outubro de 2019.

SBD. Metas glicêmicas para adultos, gestantes e crianças. In: OLIVEIRA, J.E.P, JUNIOR, R.M.M, VENCIO, S. (Orgs.). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017a: 33-40.

SBD. Avaliação e tratamento da hipertensão em pacientes com diabetes mellitus. In: OLIVEIRA, J.E.P, JUNIOR, R.M.M, VENCIO, S. (Orgs.). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017b: 248-251.

SBD. Redução do risco cardiovascular e tratamento da dislipidemia no paciente com diabetes *mellitus*. In: OLIVEIRA, J.E.P, JUNIOR, R.M.M, VENCIO, S. (Orgs.). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017c: 234-242.

SBD. Avaliação, prevenção e tratamento da doença renal do diabetes *mellitus*. In: OLIVEIRA, J.E.P, JUNIOR, R.M.M, VENCIO, S. (Orgs.). *Diretrizes Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: Clannad, 2017d: 255-272.

SCHEFFEL, R. S. et al . Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 263-267, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300031>.

SPANN, S.J., et al. Management of type 2 diabetes in the primary care setting: a practice-based research network study. *Ann Fam Med*, 2006. V.4, N.1:23-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449393>. Acesso em Julho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.420>

STEVENS, L.A. et al. Evaluation of the modification of diet in renal disease study equation in a large diverse population. *J Am Soc Nephrol*. 2007; V.18, N.10:2749-2757. Disponível em: <<https://jasn.asnjournals.org/content/18/10/2749.long>> Acesso em 18 de maio de 2019. <https://doi.org/10.1681/ASN.2007020199>.

TATSUMI, Yukako; OHKUBO, Takayoshi. Hypertension with diabetes mellitus: significance from an epidemiological perspective for Japanese. *Hypertension Research*, v. 40, n. 9, p. 795-806, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28701739/> Acesso em Outubro de 2019. doi: 10.1038/hr.2017.67. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28701739.

VALLEJO, Olga García et al. Control de la presión arterial de los pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria. Estudio DIAPA. *Medicina Clínica*, v. 120, n. 14, p. 529-534, 2003. Disponível em

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-control-presion-arterial-pacientes-diabeticos-S0025775303737658>. Acesso em Outubro de 2019.

VIBHA, S. P. et al. Community based study to assess the prevalence of diabetic foot syndrome and associated risk factors among people with diabetes mellitus. *BMC endocrine disorders*, v. 18, n. 1, p. 43, 2018. Disponível em: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-018-0270-2> Acesso em Outubro de 2019. <https://doi.org/10.1186/s12902-018-0270-2>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Study Group on Diabetes Mellitus*. 2ª Ed. Geneva: World Health Organization; 1985.

YAN, Li *et al.* Prevalence of dyslipidemia and its control in type 2 diabetes: a multicenter study in endocrinology clinics of China. *Journal of clinical lipidology*, v. 10, n. 1, p. 150-160, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892132/> Acesso em Outubro de 2019. doi: 10.1016/j.jacl.2015.10.009. Epub 2015 Oct 23. PMID: 26892132.

Capítulo 17

Inteligência Artificial na Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes

Liana Maria Moreno Moreira
Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Raimunda Magalhães da Silva
Kiarelle Lourenço Penaforte
José Bruno Malaquias

INTRODUÇÃO

A adolescência corresponde ao período de 10 a 19 anos (OMS, 1986) e retrata uma fase marcada por transformações biológicas, descobertas da sexualidade e as formas de vivenciá-la (CAMPOS *et al.*, 2018). Nesse período, os adolescentes costumam adotar comportamentos de risco como iniciação prematura da atividade sexual, uso inconsistente de preservativos, múltiplos parceiros, consumo de álcool e outras drogas, entre outros riscos à saúde. Tornam-se suscetíveis a infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a gravidez precoce (SOUZA *et al.*, 2021).

Educar sobre sexualidade e sexo seguro é indispensável para adoção de comportamento promotor de saúde por adolescentes (BRASIL, 2013), pois perdura desconhecimento sobre sexo/sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, medidas contraceptivas/preventivas entre esse grupo. Múltiplas questões dificultam o acesso à proteção social, ao sistema de saúde, repercutindo em práticas contraceptivas indevidas (SBP, 2019).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que um

em cada 20 pessoas entre 15 e 24 anos, adquire uma IST por ano; dentre as IST, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) desafia a saúde pública mundial. No Brasil, 18% dos nascidos são de mães adolescentes; o Nordeste lidera o *ranking* de regiões com 180 mil nascidos. Quanto à faixa etária, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) informa que em 2014, nasceram 28.244 bebês de mães com idade entre 10 e 14 anos; em 534.364 nascimentos, as mães tinham entre 15 e 19 anos (SBP, 2019).

Outro agravante diz respeito às informações sobre sexo e sexualidade disponíveis na internet e o acesso de adolescentes a esse teor, sem análise crítica e evidências científicas (VIEIRA *et al.*, 2021). Aliado ao contexto, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) transformaram modos de comunicar e ensinar, acelerados com as mudanças impostas pela Covid-19 (ROCHA; LIMA, 2021). Apesar do acesso às informações, persistem dúvidas sobre direitos sexuais e reprodutivos, contraceptivos, prevenção de IST, entre adolescentes (VIEIRA *et al.*, 2021).

Este mundo *online* vai ao encontro do perfil de pessoas nascidas nos anos 1990, a Geração Z conhecida como nativos digitais e descrita como dinâmica, inovadora, convive com a tecnologia e ciência (MUSSIO; VALIDÓRIO; SILVA, 2019). Esta geração tem se constituído objeto de estudo de diversos segmentos e há muito alcançou o setor saúde (JONES; JO; MARTIN, 2007).

A pesquisa em saúde móvel (*mHealth*) envolve, também, o uso de tecnologias de computação e comunicações móveis em cuidados de saúde e de saúde pública, com amplo uso na educação e promoção da saúde. Dentre os *mHealth*, a Inteligência Artificial (IA) na modalidade *Chatbot* (ou *Chatbot*), tem mostrado eficiência no contato homem-máquina. O *Chatbot* (ou *Chatbot*) é um programa que interage com o ser humano por meio de conversas na linguagem humana, analisa e interpreta, gerando resposta semanticamente bem-sucedida (MARÇÃO *et al.*, 2017).

O Chatbot promove um ambiente interativo, rápido, privativo, abrangente e amplia o alcance da promoção da saúde. É um recurso com

fácil usabilidade para a geração Z, pessoas fluentes na linguagem digital (CURSINO, 2020; PRENSKY, 2001).

Ademais, assegurar os direitos sexuais e reprodutivos alinham-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): ODS 3 (Saúde e bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades); ODS 4 (Educação de qualidade: assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos); ODS 5 (Igualdade de gênero: alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas); ODS 9 (Indústria, inovação e infraestrutura: construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação) (SILVA, 2018).

Diante do contexto, justifica-se o desenvolvimento deste estudo metodológico que indaga quais estratégias podem ampliar o conhecimento sobre sexo seguro para adolescentes de forma assertiva, abrangente e privada. Portanto, o capítulo descreve as etapas de desenvolvimento de um protótipo *mHealth*, do tipo *Chatbot*, contribuindo com o conhecimento de adolescentes na promoção da saúde sexual e reprodutiva e conteúdo adjacentes ao tema.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, metodológico para identificação, desenvolvimento e adequação de técnicas e estratégias metodológicas contribuindo para um campo de conhecimento (POLIT, BECK; HUNGLER, 2011). Desse modo, o estudo metodológico intenta detalhar as etapas percorridas, firmando-se na confiabilidade, importante elemento na construção metodológica para que possa ser replicada.

No desenvolvimento do chatbot, foram utilizadas estratégias como elaboração do logotipo, design e textos, programação do robô em plataforma específica e levantamento de dados para garantir a relevância do trabalho. Desta maneira, a sistematização deste estudo sugere um produto final com seu desenvolvimento ao fim da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

No alcance do objetivo, a proposta da construção desta tecnologia ocorreu em dois momentos: revisão da literatura e desenvolvimento do protótipo que se subdividiu em quatro fases.

O primeiro momento consistiu em breve revisão de literatura para identificar as principais lacunas sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência, publicada entre 2017 e 2021, utilizando-se descritores infecções sexualmente transmissíveis, sexo, gravidez e adolescentes, nas bases de dados Scielo, Lilacs, BDNF e Medline e nos idiomas português, inglês e espanhol. Diante dessa busca obteve-se 738 estudos. Após o uso de filtro com descritores *chatbots* AND saúde, retornaram 46 estudos. Realizou-se a leitura de títulos e resumos; 19 artigos foram lidos na íntegra. Os conteúdos reiteraram a relevância do objeto de estudo.

O segundo momento agregou quatro etapas: (1) levantamento de produções científicas sobre a relevância do tema “sexo seguro” para adolescentes, mediado por um *chatbot*; (2) definição, pesquisa e exploração da plataforma de desenvolvimento da ferramenta; (3) agrupamento de manuais e/ou materiais do Ministério da Saúde (MS) e OMS sobre sexo seguro para compor a base de conhecimentos e conversação do *chatbot*, a exemplo da Caderneta do Adolescente (BRASIL, 2013); e, (4) desenho do protótipo na plataforma de criação, os elementos constitutivos e a integração do robô ao WhatsApp.

Na 1ª etapa realizou-se pesquisas comprovando: (i) a importância de abordar sobre sexo seguro com adolescentes, evidenciado pelo aumento de casos de gravidez na adolescência e a alta incidência de IST nesse público; (ii) a justificativa de usar a tecnologia *chatbots* para abordar esse tema com o público-alvo ficou demonstrada com a migração para o ambiente *online* em decorrência da Covid-19 e a facilidade de acesso à informação precisa e útil por aplicativo de mensagens instantâneas.

Quanto à 2ª etapa, ocorreu a pesquisa e exploração da plataforma de criação do *chatbot*, optando-se por ferramenta gratuita, de fácil manuseio e integração à sistemas que permite um formato de criação simplificado.

Por meio dessa ferramenta é possível criar *chatbots*, automatizar

atendimentos e simular um ser humano a partir da conversação. O formato de criação dos *bots* por menus, não é necessário codificar para o seu desenvolvimento. No menu existem as opções de intenções, entidades, conhecimento, realização, integrações, treinamento, histórico, análises, agentes pré-construídos, documentos, suporte, conta e logout.

As intenções são as perguntas que o usuário pode realizar ao conversar com o robô, onde são configurados os parâmetros de contextos, eventos, frases de treinamento, ações e parâmetros e respostas do agente. Em entidades decide-se quais palavras-chave ou sinônimos são extraídos da mensagem do usuário, para assim, o robô dar uma resposta coerente ao enunciado. No menu treinamento é possível visualizar o que o sistema foi aprendendo a partir das conversas contidas nele, também é possível visualizarmos todas as conversas contidas no robô em histórico. Outro tópico do menu crucial é ‘análises’, onde podemos ver em quais horários o *bot* foi mais acessado e quais as intenções mais solicitadas.

Na aba de agentes pré-construídos, a plataforma conta com robôs prontos e personalizados em diversas áreas do conhecimento. No menu documentos possui toda a documentação da ferramenta; em suporte, pode-se tirar dúvidas ou relatar problemas no funcionamento da plataforma e, na opção ‘conta’, é possível alterar dados cadastrais.

A ferramenta é composta por recursos de Inteligência Artificial e Processamento de Linguagem Natural. Todos os robôs criados dentro desta plataforma já vem com esses atributos internos, sem que o usuário tenha que programar para que ocorram. Por esse motivo, é possível guardar informações da conversa por um período de tempo. Isso acontece, quando, por exemplo, o criador deseja salvar o nome do usuário para a partir do momento que fica salvo, o robô o chame pelo nome. Para isso, basta adicionar um ‘parâmetro’ no menu de intenções.

Depois de compilar o agente robô na plataforma é possível integrá-lo e disponibilizá-lo em várias outras plataformas, como o *Twitter*, *Whatsapp*, *Facebook Messenger*, *Telegram*, *Skype* e alguns outros. Na aba de documentação há uma explicação detalhada sobre cada plataforma de integração.

Na 3ª etapa agrupou-se materiais do MS e OMS sobre tema sexo seguro e adolescentes, estratificados em tópicos que compuseram a base de conhecimentos do *chatbot*. Foram selecionados: a caderneta do adolescente da menina e do menino (BRASIL, 2013), Manual Proteger e Cuidar de adolescentes na atenção básica (BRASIL, 2017), Cadernos de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2013), Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012), Protocolo de Saúde da Mulher (BRASIL, 2016), Manual de Planejamento Familiar (BRASIL, 2007) e Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020). A escolha desses materiais considerou as recomendações conceituais e as diretrizes que norteiam o processo de trabalho, tendo em vista que são elaboradas por órgãos que asseguram evidências científicas.

A criação da *robô Duli* aconteceu na 4ª etapa após a composição da base de conhecimentos, escolha da ferramenta de criação e integração ao aplicativo de mensagens instantâneas: o *Whatsapp*. Assim uma base teste do protótipo entrou em funcionamento e atendeu os seguintes passos:

- i. seleção das intenções mais relevantes com base nos materiais selecionados na 3ª etapa;
- ii. definição de quatro intenções principais (temas macros do menu principal do *chatbot*) para iniciar a criação da *Robô Duli* – (a) Mudanças corporais da puberdade; (b) Bate-papo sobre sexualidade; (c) Prevenção da gravidez na adolescência e (d) Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- iii. criação de uma conta na plataforma para o cadastro dessas intenções e respectivas respostas, com linguagem jovem e clara;
- iv. cadastro de palavras-chave no menu entidades: “sexo, transar, anticoncepcional, pílula do dia seguinte, camisinha, preservativo, homem, mulher”, com sinônimos e abreviações, para que a *Robô Duli* compreenda o máximo de mensagens recebidas;

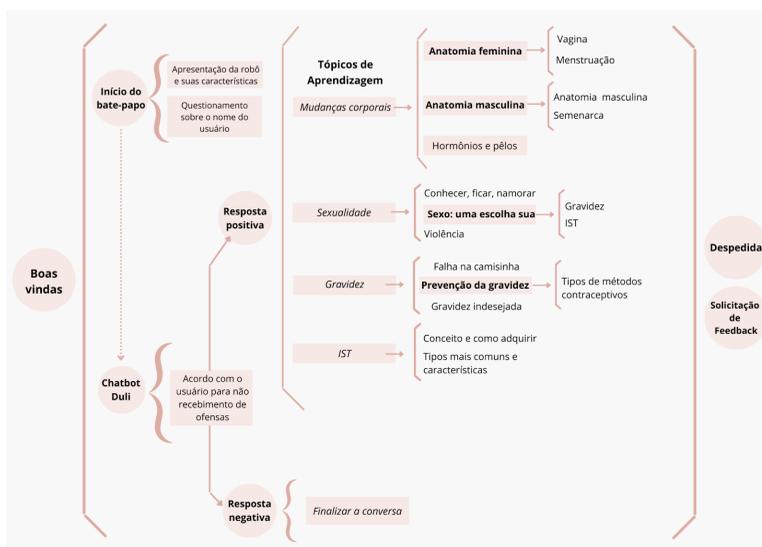
- v. preenchimento da base da robô, realização de testes para detectar falhas no fluxo de conversação, sendo estes testes repetidos até a Robô Duli evidenciar boa interação com usuário e com as quatro intenções delimitadas;
- vi. integração da Robô Duli ao aplicativo *Whatsapp* para efetivar a base de teste.

Segue-se a apresentação dos principais resultados.

RESULTADOS

Os resultados alcançados mediante a criação e simulação de uma interação com a robô Duli podem ser visualizados na imagem 5 de uma forma diagramada, a qual foi possível ilustrar a simulação de um diálogo ocorrido entre o usuário e o *bot*. A linguagem utilizada pela Duli foi elaborada para ser descolada, jovem, simples e compreensível, e ainda, com expressões nordestinas.

Figura 1. Fluxograma de um diálogo com a robô Duli

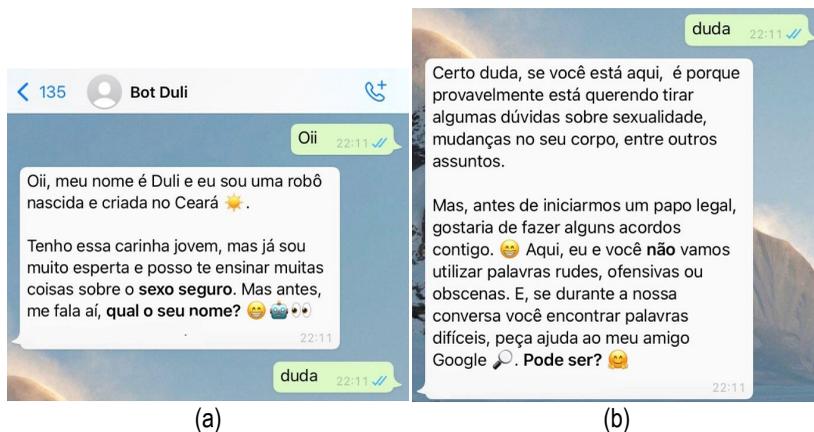


Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

Durante as conversas com a Duli, utilizou-se *emojis* para possibilitar o diálogo mais próximo de uma conversa real e destacar as emoções.

A descrição do fluxo dos diálogos da figura 1 explícita: início do diálogo com a Duli, as boas vindas são dadas após o usuário escrever algumas das palavras-chave que demonstram o início de uma conversa (Oi Duli, Olá, Oi, Bom dia, entre outras). O usuário recebe uma mensagem de apresentação e um questionamento sobre seu nome (Figura 2a). Assim que o usuário responde seu nome, ele receberá uma mensagem da Duli propondo alguns acordos éticos para uma boa conversação (Figura 2b).

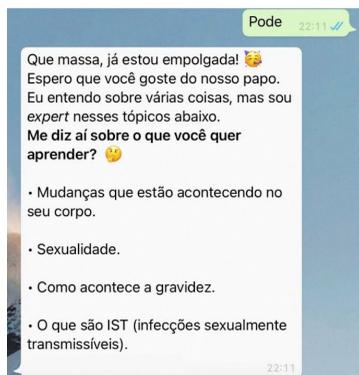
Figura 2. (a) Mensagem de boas-vindas e (b) Duli propondo acordos



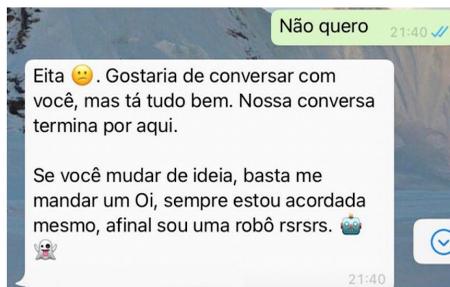
Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

Dependendo da resposta (positiva ou negativa), ela dará continuidade apresentando seu menu de conteúdos disponíveis (figura 3a) ou encerrando a conversa (figura 3b).

Figura 3. (a) Resposta em caso positivo e (b) Resposta em caso negativo



(a)

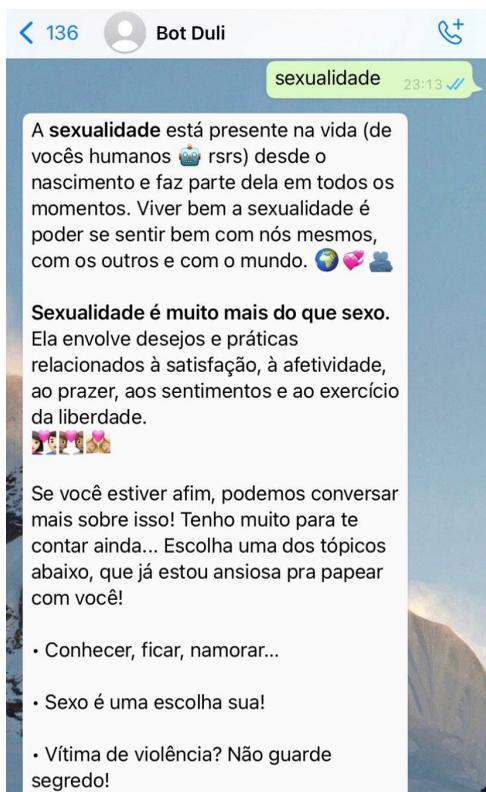


(b)

Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

Dentre as opções expostas no menu (figura 3a), o usuário tem a possibilidade de escolher o tema que corresponde ao seu interesse no momento. Caso o caminho escolhido seja “sexualidade”, o usuário será direcionado ao bloco de conversa correspondente a essa opção (figura 4). Esta alternativa apresenta brevemente sobre o que seja sexualidade e sugere três tópicos para dar mais informações a seguir, caso o usuário tenha interesse.

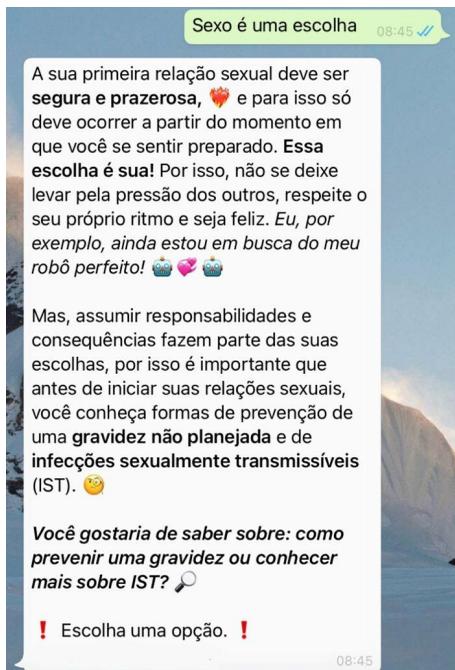
Figura 4. Bloco sobre sexualidade



Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

Dessa forma, o adolescente pode seguir por três caminhos a partir desse bloco sobre sexualidade, (I) “Conhecer, ficar, namorar...”, (II) “Sexo é uma escolha sua!” e (III) Violências. Exemplificando o tema (II), o usuário recebe uma mensagem falando sobre a primeira relação sexual e alguns cuidados que ele deve ter, ao fim da mensagem ela propõe duas opções de prevenção relacionado ao tema sexualidade: gravidez indesejada ou IST (figura 5). O adolescente também pode responder de forma negativa e encerrar o diálogo.

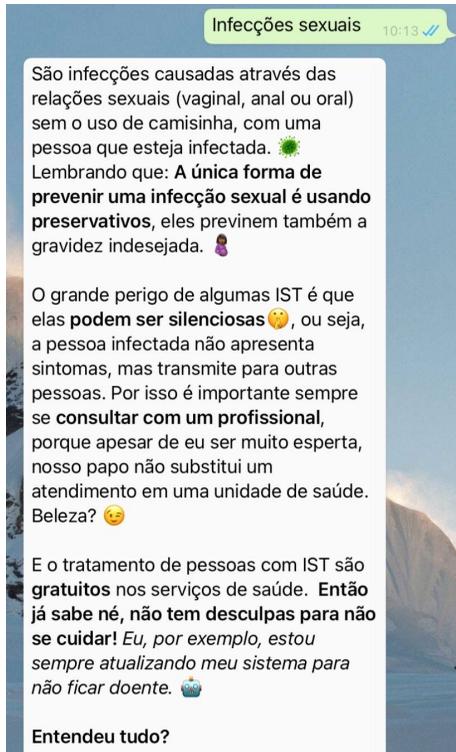
Figura 5. Mensagem sobre sexualidade



Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

Para ilustrar o segmento de um diálogo até o fim, simulamos a opção “IST”. A Duli foi programada para dar uma resposta completa envolvendo o conceito, como adquirem-se IST e prevenção. E, ao fim do texto, é orientado que o usuário consulte sempre um profissional de saúde. Pois a robô Duli é apenas uma ferramenta para auxiliar o adolescente a ter informações confiáveis sobre sexo seguro e não substitui em nenhum momento um atendimento em unidades de saúde com especialistas (figura 6).

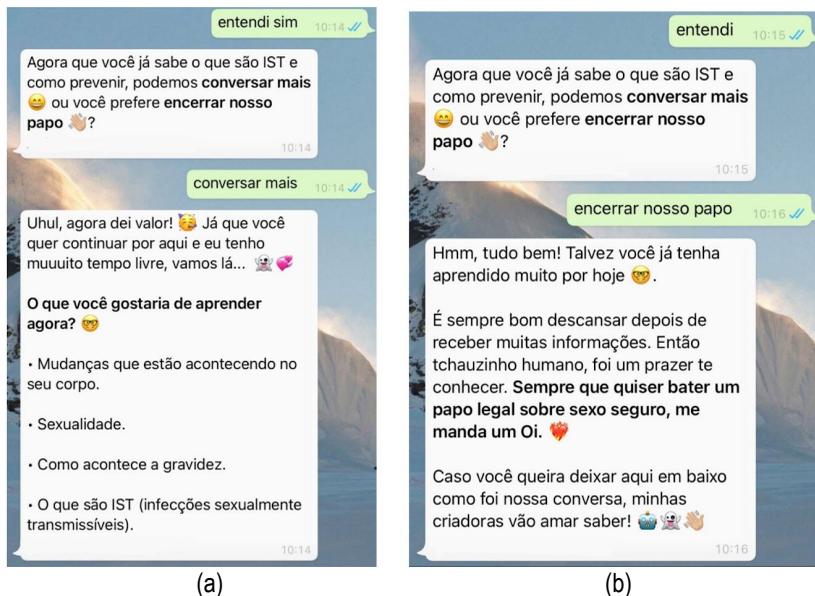
Figura 6. Explicação sobre IST



Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

Ao ser questionado se entendeu tudo, o usuário pode reagir com respostas positivas ou negativas. Em caso de resposta afirmativa, a Duli dá a opção de conversar mais ou encerrar o diálogo. Na primeira alternativa, o usuário é direcionado ao menu das temáticas iniciais (figura 7a) e na segunda, recebe uma mensagem de despedida e solicitação de feedback (figura 7b).

Figura 7. (a) Resposta positiva: menu de opções (b) Mensagem de despedida



Fonte: Desenvolvida pelas autoras (2021)

A sexualidade apresenta-se, ainda, como um tabu social rodeado de mitos, estereótipos, crenças e valores, limitando-se a diálogos superficiais entre pais e filhos ou à abordagem tradicional e ligada à biologia da matriz escolar (FERREIRA, PIAZZA; SOUZA, 2019). Assim, tratar desses assuntos de forma clara, particular e rápida torna-se possível com a imersão na lista de assuntos que a robô Duli domina e oferece (figura 3a).

Diante da interpretação feita a partir desses dados sobre a incidência da gravidez precoce e ISTs em adolescentes, entende-se que é um problema social e de saúde pública, sendo necessário traçar propostas de ações preventivas para redução desses números. Por isso, quando se fala em sexualidade e saúde reprodutiva, as práticas educativas são indispensáveis para a formação desses adolescentes. Estas atividades visam facilitar também a troca de informações e a apropriação do conhecimento necessário à prática do sexo seguro (BRASIL, 2017).

A abordagem de temas relacionados à saúde por meio de intervenções tecnológicas pode beneficiar o sistema de saúde. Na observação de Dejan e Markovic (2016) sobre as possibilidades e aspectos econômicos do uso de Inteligência Artificial na saúde, destacam-se grandes benefícios: redução de custos, melhora na eficiência, redução de tempo para diagnóstico correto, melhora na qualidade do conhecimento transferido para outros níveis do sistema.

O funcionamento de um chatbot acontece por meio da identificação de palavras-chave ou ainda um contexto mínimo que contenha uma sucessão de palavras-chave (ZAMBIASE; PINHEIRO, 2016). Embasado nisso, seu mecanismo foi preparado para responder de forma inteligente, no entanto, caso o usuário utilize palavras não cadastradas no seu desenvolvimento, falhas conversacionais podem ocorrer. Pois, pessoas diferentes podem usar expressões diferentes para se referir à mesma emoção, dependendo do contexto social, cultural e econômico em que ela está inserida (SOUZA, 2017).

A maioria dos chatbots funciona por um sistema de botões e palavras-chave que direcionam a conversa para seções pré-programadas (SZABO, 2017). O suporte para reconhecimento de voz e a integração com mecanismos de busca, recebimento e envio de imagens e vídeos podem facilitar e universalizar a utilização da robô Duli. A facilidade de pronunciar uma dúvida ou comando ao invés de digitá-lo economiza tempo e simplifica o acesso do usuário à informação. Infelizmente a plataforma utilizada para criação da Duli não conta com esses recursos de forma gratuita.

O uso de *emojis* é também uma parte fundamental para a humanização das conversas com a Duli, pois estes caracterizam-se como ideogramas utilizados em aplicativos de mensagens e na internet. Estes desenhos são constantemente empregados para expressar emoções, e atualmente, milhões de brasileiros utilizam *emojis* diariamente em seus diálogos, através do *Whatsapp*, aplicativo utilizado para hospedar a Duli (SWIFTKEY, 2016; LJUBESIC; FISER, 2016). Durante as conversas com a Duli,

utilizamos emojis para aproximar o diálogo com uma conversa real e demonstrar emoções com mais destaque.

Algumas características poderiam tornar o *chatbot* mais amigável e facilitar uma relação mais estreita entre *bot* e usuário, como a implementação de algumas operações que facilitariam o diálogo: botões clicáveis com palavras-chaves, reconhecimento de voz e envio de imagens ou vídeos, garantindo acessibilidade a toda população.

Apesar dos *chatbots* conterem em sua execução uma IA, ressalta-se que a *chatbot* Duli não anula e nem substitui as consultas, orientações e atribuições de um profissional de saúde e especialistas. O Robô Duli é uma ferramenta de auxílio na ampliação do conhecimento e/ou sanar dúvidas de adolescentes sobre o tema, estabelecendo, sempre que possível, diálogos com o profissional de saúde.

Os diálogos da chatbot Duli tem o objetivo de garantir que a relação máquina-humano possa ser esclarecedora, ainda que Robô Duli não seja capaz de gerar respostas inteiramente personalizada de acordo com os comandos do usuário, está programada para responder de forma autêntica e fidedigna.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da chatbot Duli apresenta-se como uma oportunidade de um novo olhar para a saúde sexual e reprodutiva. A inteligência artificial aplicada à área da Saúde mostra-se benéfica e oportuna, sobretudo na disseminação de conhecimento preciso, útil e confiável sobre sexo seguro. A chatbot Duli é um incentivo ao empoderamento dos adolescentes acerca da promoção de sua saúde, além de ser uma estratégia inovadora e acessível.

Chatbots se constituem como facilitadores na difusão de informações, que podem ser decisivas nas ações de prevenção de gravidezes não planejadas e IST em adolescentes e os profissionais da saúde passam a ter mais uma ferramenta para apoiá-los na sua prática. A partir da implantação do *chatbot Duli*, espera-se obter resultados efetivos em futuras produções acadêmicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta de saúde da adolescente*. 2. ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina.pdf. Acesso em: 23 de ago. de 2021.

BRASIL. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de *Ações programáticas estratégicas coordenações estaduais e municipais de saúde de adolescentes e jovens*. Ministério da saúde caderneta do adolescente. 2. ed. Brasília, DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2017.

CAMPOS, Helena Maria *et al.* Diálogos com adolescentes sobre direitos sexuais na escola pública: intervenções educativas emancipatórias. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 13, n. 3, p. 1-16, 2018.

CURSINO, José Ricardo Vasconcelos *et al.* Uma revisão integrativa sobre o uso de chatbot para subsidiar o ensino na área da saúde. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, v. 5, n. 1, p. 108-122, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36517/resdite.v5.n1.2020.a8>

FERREIRA, Iago Gonçalves; PIAZZA, Marina; SOUZA, Deyse. Oficina de saúde e sexualidade: residentes de saúde promovendo educação sexual entre adolescentes de escola pública. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1788, 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1788](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1788)

ILIĆ, Dejan T.; MARKOVIĆ, Branko. Possibilities, Limitations and Economic Aspects of Artificial Intelligence Applications in Healthcare. *Ecoforum Journal*, v. 5, n. 1, p. 70-77, 2016.

JONES, Vicki; JO, Jun; MARTIN, Philippe. Future Schools and How Technology can be used to support Millennial and Generation-Z Students. In: *ICUT 2007 (Proc. B), 1st Int. Conf. Ubiquitous Information Technology*. 2007. p. 14.

LJUBEŠIĆ, Nikola; FIŠER, Darja. A global analysis of emoji usage. In: 10th WEB AS CORPUS WORKSHOP (WAC-X) AND THE EMPIRIST SHARED TASK, 2016, Berlin, Germany. *Proceedings...* Berlin, Germany: 2016. p. 82-89.

MARÇÃO, N. D.; TORRENT, T. T.; MATOS, E. E. S. *Descrição e modelagem de construções interrogativas QU-em português brasileiro para o desenvolvimento de um chatbot*. Uberlândia, MG, 2017. p. 209–216. Disponível em: <https://www.aclweb.org/anthology/W17-6624>

MUSSIO, Simone Cristina; VALIDÓRIO, Valéria Cristiane; DA SILVA, William Barbosa. A influência das tecnologias no comportamento das gerações atuais: ferramentas para o aprendizado de línguas estrangeiras. *Revista CBTecLE*, v. 1, n. 1, p. 2-22, 2019.

ROCHA, Elizabeth Matos; DA SILVA LIMA, Juliana Maria. Impactos e desafios do ensino on-line decorrentes da pandemia COVID-19. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Delineamento de pesquisa em enfermagem. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, p. 247-368p, 2011.

PRENSKY, Marc. Nativos digitais, imigrantes digitais. *On the horizon*, v. 9, n. 5, p. 1-6, 2001.

SILVA, Enid Rocha Andrade da Coordenadora. *Agenda 2030: ODS-Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Prevenção da Gravidez na Adolescência*: guia prático de atualização, n. 11, jan. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf. Acesso em: 13 de mar. de 2021.

SOUSA, Francisco Lucas Leandro de. *et al.* Nursing care in the face of family planning in Primary Health Care. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e45710110506, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.10506.

SOUZA, Henrique Santos de. *A robô Eureka: desenvolvendo um chatbot de psicoeducação para o messenger do facebook*. 2017. 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SWIFTKEY. *Emoji meanings: Report reveals most-used emoji list*. 2015. Disponível em: <https://blog.swiftkey.com/americans-love-skulls-brazilians-love-cats-swiftkey-emoji-meanings-report/>. Acesso em: 16 de jun. de 2021.

SZABO, Csenger. 8 Things I Learned at ChatbotConf 2017. In: *CHATBOTCONF 2017*, 2017, Viena. Disponível em: <https://chatbotmagazine.com/8-things-ive-learnt-at-chatbotconf-2017-22cf9318828e>. Acesso em: 16 de jun. de 2021.

VIEIRA, Kleber José et al. Conhecimentos de adolescentes sobre métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, 2021.

VIEIRA, Kleber José et al. Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 3, 2021.

ZAMBIASI, Saulo Popov; PINHEIRO, Patricia Leandra Barrufi. *Persona Ex Machina: a inteligência artificial aplicada na cena teatral*. Disponível em: http://gsigma.ufsc.br/~popov/aulas/Publicacoes/Zambiasi_Pinheiro_VCO_TB2016_ANAIS.pdf. Acesso em: 11 nov. 2017.

Capítulo 18

Relações Interpessoais como Fator que Interfere no Cuidado Seguro de Mulheres Grávidas e Puerpério

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques

Isabely Silva

Waleska Benício de Oliveira Carvalho

Débora Pereira Paixão

Júlia Maria Oliveira de Sales

Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das pessoas no contexto organizacional depende do relacionamento interpessoal, afetando diretamente o modo em que esse sistema funciona. Nesse sentido, as relações interpessoais na equipe multiprofissional na área da saúde são de grande relevância, pois contribuem para a melhoria dos serviços prestados, principalmente ao enfermeiro, dado que este é o profissional que mais está em contato com os pacientes e com outros profissionais.

A comunicação é a base que sustenta as relações em saúde e que possibilita o estabelecimento de processos comunicativos e firmamento dos vínculos entre as pessoas. Esse processo de comunicação em saúde acontece desde ao campo interpessoal, grupal e coletivo social, permitindo a propagação de conteúdos verbais e não verbais, visando o entendimento dos envolvidos e a uma possível ação que promova o firmamento das relações promotoras de saúde no serviço (ALMEIDA, 2019).

Dessa forma, é de suma importância que no local de trabalho haja harmonia entre os profissionais e a valorização das relações interpessoais,

reconhecendo o papel e a necessidade dos diferentes trabalhos exercidos pelos diferentes profissionais, tendo como base o respeito e a confiança. Além disso, a comunicação efetiva é fundamental para garantir a qualidade do cuidado prestado, já que no hospital, o paciente, por vezes, passa por diferentes setores e com a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado desse paciente, ele poderá ser assistido em sua integralidade (LIMA, 2017; ÁVILA, 2020; COSTA, 2020).

A comunicação efetiva é caracterizada pelo uso correto das técnicas de comunicação verbal e não-verbal, como a escuta ativa, linguagem corporal, empatia, linguagem clara entre outras técnicas. Essas características servem para promover a segurança do paciente e um instrumento terapêutico essencial, visto que, por meio dela a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional e a família do binômio mãe-filho poderão estar sempre se atualizando sobre os procedimentos realizados, o estado de saúde e os próximos passos a serem tomados (BIASIBETTI, 2019).

Esses fatores são afetados diretamente pela relação de liderança existente no local de trabalho, visto que a boa relação entre o líder e sua equipe é responsável por promover a harmonia entre a equipe multidisciplinar. Desta forma, o enfermeiro deve assumir o papel de mediador e gerenciador de conflitos, através de uma postura facilitadora, respeitosa, empática e amigável visando conquistar a confiança da equipe de enfermagem e multiprofissional, a fim de aperfeiçoar o trabalho em grupo (NOVATO *et al.*, 2019).

As inquirições que circundam as relações interpessoais na equipe de enfermagem cada vez mais encontram-se evidentes. Na atualidade, vem se discutindo um formato padrão para se seguir no trabalho em grupo, o qual dirige-se para um complexo de ações que visam a formação e estabelecimentos de vínculos saudáveis entre profissionais, oportunizando um ambiente de trabalho e práticas coletivas e individuais (PEREIRA *et al.*, 2019). Neste estudo questionou-se como se dá às relações interpessoais entre parturientes e as equipes de trabalho que as atendem.

Teve-se como objetivo analisar as relações interpessoais entre enfermeiros, equipe multiprofissional, equipe de enfermagem e parturiente em uma maternidade pública de Fortaleza, no Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa e teve como objetivo compreender os impactos das relações interpessoais entre enfermeiras, equipe de enfermagem, equipe multiprofissional e as parturientes no processo do cuidado seguro. A pesquisa caracteriza-se como qualitativa por incorporar significado e intencionalidade inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como elaborações humanas significativas (MINAYO, 2014).

O local da pesquisa foi o Hospital Geral e Maternidade de referência em saúde da mulher e em gestantes com gravidez de alto risco localizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

Participaram do estudo sete enfermeiras que trabalhavam na emergência obstétrica no setor de acolhimento com classificação de risco. Para a escolha dos participantes, foi realizado o primeiro contato com a coordenação do hospital com a finalidade de explicar sobre os objetivos da pesquisa e a importância da contribuição dos profissionais da instituição no desenvolvimento de evidências científicas e na melhoria de ações junto à demanda de mulheres grávidas.

Incluíram-se na pesquisa as profissionais que eram enfermeiras do setor de acolhimento com classificação de risco há pelo menos seis meses. Excluíram-se as profissionais que estavam afastadas por motivos de férias, licença médica, ou outra situação, no momento da coleta. Após o aceite da instituição e liberação da carta de anuência, fizemos contato com as participantes presencialmente e de forma individual.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2021, por meio de uma entrevista semiestruturada, a qual abordou aspectos relacionados às características sociodemográficas e profissional dos enfermeiros, bem como seu papel na classificação de risco obstétrico.

As entrevistas seguiram um roteiro para direcionamento das perguntas, a fim de garantir a flexibilidade e a liberdade no discurso, os quais contemplaram os temas essenciais para atingir os objetivos deste estudo. Essa modalidade possibilita um apoio claro na sequência das questões, nos auxiliando sobretudo aos investigadores menos experientes, e que suas hipóteses ou seus pressupostos foram cobertos na conversa (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram gravadas com a finalidade de garantir a fidedignidade das respostas, em seguida, transcritas na íntegra, assegurando o anonimato das participantes. As falas foram identificadas utilizando-se as abreviações ECR (Enfermeira Classificação de Risco) ESP (Enfermeira sala de parto) e EAC (Enfermeira Alojamento Conjunto), de acordo com o setor, numeradas de acordo com a ordem de cada entrevista.

Após a leitura cuidadosa dos dados, identificamos os trechos com significados nos relatos das entrevistadas, através de interpretações que surgiram nas entrelinhas sobre a classificação de risco de acordo com sinais e sintomas da paciente. A discussão dos resultados fundamentou-se na interpretação com base na literatura.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assegura a autonomia, a preservação do sigilo e o anonimato com relação às informações coletadas. Para garantir a privacidade e o anonimato dos participantes, foram identificados por códigos — ECR (ECR1, a ECR7), acompanhados pela sequência numérica, de acordo com a ordem das entrevistas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o parecer nº 4.607.838, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Instituição coparticipante Hospital Geral Dr. César Cals/SES/SUS sob o parecer nº 4.680.150.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cotidiano do trabalho, as enfermeiras desenvolvem várias habilidades na prática assistencial diretamente ao cuidado, gestão e liderança, por isso mantém relação interpessoal com vários atores que compõem as unidades de saúde. Na maternidade acontece do mesmo modo, visto que o vínculo do enfermeiro com a mulher inicia na emergência com o acolhimento e classificação de risco até a alta da puérpera e RN no AC. Diante da premissa e dos relatos das participantes, identificamos as unidades de sentido: harmonia no ambiente de trabalho, comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional e papel do enfermeiro na liderança e resolução de conflitos.

Harmonia no ambiente de trabalho

A valorização das relações interpessoais são fundamentais para desenvolvimento do trabalho em equipe e para a melhoria dos resultados esperados no ambiente de trabalho. Na enfermagem, sobretudo o ambiente de trabalho, pode influenciar diretamente na qualidade do cuidado prestado, tendo isso em vista as relações devem ter como base a confiança, respeito e uma boa comunicação (LIMA, 2017; PEREIRA *et al.*, 2019).

De acordo com Wolfart (2020), o relacionamento interpessoal se caracteriza pela interação e vínculo estabelecido entre pessoas, grupos e times que compartilham metas e objetivos em comum. No meio profissional, esse conceito está associado à conduta dos profissionais na resolução de conflitos, crises e superação de obstáculos. No trabalho em saúde, esse relacionamento tem grande importância por estimular o senso de responsabilidade social e contribuir na melhoria dos serviços prestados.

O trabalho em equipe multiprofissional envolve fatores sociais, políticos e econômicos. Constituir-se como uma equipe é uma construção conjunta, um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão; conhecer o perfil e as necessidades de saúde do público alvo, definir de forma compartilhada os objetivos comuns da

equipe; e realizar o planejamento das ações e dos cuidados de saúde, tal como a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares para usuários e famílias em situações de saúde de maior complexidade (PE-DUZZI, AGRELI, 2018).

Quando há déficits nas relações interpessoais, o ambiente de trabalho é enfraquecido e torna-se negativo e desgastante, surgindo desentendimentos, disputas internas e, conseqüentemente, conseqüências negativas na produtividade do profissional e no cuidado ao paciente (WOLFART, 2020).

Os entrevistados compartilham dessa mesma ideia, visto que trabalham em prol da harmonia no ambiente de trabalho e atuam de forma conjunta.

Aqui os obstetras são bem acessíveis. Procuo sempre manter uma relação harmoniosa com a equipe. O trabalho flui melhor dessa forma. (ESP 4)

Nós procuramos trabalhar sempre com a valorização da equipe. Escutar e respeitar as falas de cada um. Nem sempre nós estamos em um bom momento. Sempre procuro trabalhar a humanização da equipe. (EAC 2)

Baquião *et al.*, (2020), concorda com Benincá *et al.*, (2017), que uma boa comunicação e uma boa relação interpessoal aproximam profissionais de saúde e os usuários. Essa aproximação promove a junção dos saberes interprofissionais que reduz a fragmentação no processo de cuidar e colabora para suprir as necessidades do paciente.

A pesquisa de Pereira *et al.*, (2021) também nos apresenta que a Enfermagem comparada com outras categorias profissionais (Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social, Cirurgião Dentista, Gestor, Médico, Técnicos de Enfermagem e Farmácia) apresenta uma melhor relação interprofissional, avaliando que o contato desses profissionais com os pacientes são mais estreitos e rotineiros, além de muitas vezes eles serem a ponte para o procedimento terapêutico prescrito por outras categorias profissionais. Essa melhor transmissão de informações multiprofissionais

pode diminuir a desordem na comunicação entre os profissionais e consequentemente com os usuários.

Comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional

De acordo com Biasibetti (2019), a comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são determinantes no cuidado seguro do paciente, devendo ser práticas realizadas de forma conjunta e rotineira. O paciente, no hospital, passa por diversos setores e profissionais. Nesse sentido, é fundamental que a equipe tenha uma visão de saúde complexa, auxiliando o indivíduo em toda sua integralidade, abandonando uma imagem fragmentada de alguns profissionais devido suas diferentes funções no cuidado e levando em consideração a equipe multiprofissional em toda sua importância (ÁVILA; COSTA, 2020).

Para ser uma equipe integrada, os profissionais não precisam apenas atuar no mesmo local e com os mesmos pacientes, mas reconhecer a importância das suas ações bem como as ações dos outros, visando uma boa comunicação e vivência (ÁVILA; COSTA, 2020). Uma colaboração efetiva é consolidada quando os profissionais buscam reduzir a competição e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva (PEDUZZI, AGRELI, 2018).

Um adequado trabalho em equipe apresenta características como a liberdade e autonomia de cada profissional expressar suas ideias e opiniões dentro da equipe, reconstruindo e complementando ideias, planos de tratamento e outras discussões. Dessa forma, a equipe se beneficia com a troca de saberes, havendo completude no cuidado e acolhimento prestado ao paciente (ÁVILA; COSTA, 2020).

Na fala dos entrevistados, a atuação da equipe multidisciplinar e sua comunicação é evidenciado.

A gente passa as demandas para equipe multiprofissional. Também, por exemplo, as mães que perdem seus bebês, elas recebem a visita da assistente social, serviço de psicologia. (EAC 2).

Nós temos a liberdade de poder conversar sobre problemas com determinados pacientes e buscar apoio da nutrição, fisioterapia, psicologia, de todos. (EAC 1).

Quando ocorre ineficiência na comunicação entre os profissionais, surgem consequências que afetam diretamente no cuidado e no atendimento do paciente, podendo resultar em danos que comprometam sua qualidade de vida. Apesar de a maioria dos relatos da pesquisa demonstrarem uma relação harmoniosa entre a equipe, algumas falas afirmam dificuldades (LEMOS *et al.*, 2019).

Nogueira, Rodrigues (2015), nos apresenta como conceito chave a comunicação e os impactos dela quando inadequada, resultando em um cuidado inseguro e favorecendo uma conclusão nociva do cuidado.

Em alguns plantões, têm pessoas difíceis na equipe de enfermagem, mas eu acho que cabe a cada profissional manter uma boa convivência. (EAC 6).

Compreendemos através dos depoimentos que as participantes reconhecem a importância da criação de vínculos com a equipe multiprofissional para o estabelecimento da atenção integral e de um cuidado seguro com as clientes e dessa forma mantém vínculos e boas relações com a equipe multiprofissional, promovendo dessa forma o envolvimento de todos os membros que compõem a maternidade no cuidado com a cliente.

Papel do enfermeiro na liderança e resolução de conflitos

Ademais, outro aspecto a ser analisado são as relações entre o líder e sua equipe no local de trabalho. Novato et al (2019) demonstra que um líder que cria um vínculo empático com a sua equipe os motiva frente a rotina e os obstáculos do cuidado de enfermagem, essa ação também promove a coesão e a organização da equipe por meio de boas relações com os pares e comprometimento com os pacientes.

Dentro deste contexto, é essencial que o profissional de enfermagem atue com autonomia para exercer de modo qualitativo a sua liderança.

Esta autonomia deve estar ligada não apenas aos saberes próprios da profissão, mas também direcionada ao trabalho coletivo e ao ambiente hospitalar, garantindo assim que o enfermeiro tenha a capacidade de se autogovernar, e, baseado no conhecimento técnico-científico, trabalhar em prol do cuidado qualificado e em prol da união de toda equipe, evitando que conflitos internos interfiram no serviço prestado. (BONFADA, PINNO, CAMPONOGARA, 2018).

Cabe ressaltar que ainda de acordo com Bonfada, Pinno e Camponogara (2018), a autonomia é potencializada por meio da atuação resolutiva em situações complexas e na capacidade de tomada de decisão. Esta capacidade de resolução de conflitos, propiciada através do domínio das atividades exercidas, é apontada como base para a geração de confiança de toda a equipe no enfermeiro, favorecendo ainda mais as trocas e a boa relação da equipe multiprofissional.

Os conflitos, quando são trabalhados de maneira inapropriada, podem ocasionar inconsistências nas relações, sendo capaz de gerar desvalorização, reduzindo o desempenho, causando desmotivação do profissional. As desavenças existem e tem-se, por consequência a demanda de resoluções, e quando são inadequadamente realizadas podem acarretar conflitos mais potentes do que aqueles que já existiam (FERREIRA; FREITAS, 2021).

A maior parte dos depoimentos das entrevistadas demonstra que as atitudes de resolução de conflitos e tomada de decisão realizadas na liderança do enfermeiro influenciam diretamente nas relações entre alguns membros da equipe, contudo, as entrevistadas afirmam que de modo geral as relações e o convívio entre os profissionais são harmoniosos.

Para Mendes (2020), o líder tem responsabilidade direta sobre os relacionamentos estabelecidos entre seus liderados e, na enfermagem, cada vez mais se exige que habilidades de liderança sejam utilizadas pelo enfermeiro. Essas ideias são evidenciadas nas falas dos entrevistados.

Eu sou a líder do plantão. Devemos sempre manter uma boa relação com as puérperas. Elas são nossas clientes, têm o direito de receber um tratamento digno (EAC 3)

Eu converso com a equipe. Não podemos deixar transparecer nenhum problema para as pacientes porque elas são clientes. Então, cabe a nós resolvermos os problemas (EAC1)

Se houver algum problema, no meu plantão, converso logo para resolver a situação (EAC 5)

O enfermeiro deve desenvolver a habilidade de liderança como estratégia para motivar e influenciar a sua equipe de modo que isso favoreça a melhoria das relações de trabalho, tendo em vista que isso irá repercutir no aumento da qualidade do cuidado e resolução das demandas dos usuários (AMESTOY *et al.*, 2021; RORATO *et al.*, 2021).

Osgui, *et al.*, (2020) aborda as adversidades enfrentadas pelos enfermeiros para solucionar antagonismos, já que a satisfação mútua por parte dos envolvidos, muitas vezes não é possível. Constatando assim que o conhecimento da equipe em todos os seus aspectos pode impedir novos confrontos proporcionando assim um cuidado de qualidade.

É de suma importância a equipe de enfermagem no fortalecimento de práxis de caráter humanizado e acolhedor, procurando uma atuação ativa dos colaboradores envolvidos na coordenação dos processos. Usando a liderança como sendo uma habilidade que não pode faltar na gerência do trabalho, resolução de conflitos na logística dos processos e das pessoas, assim como também certificar assistência sem danos e com excelência (GÓIS; OLIVEIRA; CRUZ; ALMEIDA; MELO, 2018).

O enfermeiro, além de seus saberes de ordem científica, precisa saber tratar com as pessoas e suas particularidades, operando o conflito de maneira favorável, usando em favor do fortalecimento, desenvolvimento e maturidade para a equipe. Da mesma forma tendo um olhar integral quanto ao seu grupo de trabalho, sendo imparcial e ajustável, reconhecendo as virtudes de seus colaboradores e adequando-se às regras organizacionais (TEIXEIRA; SILVA; DRAGANOV, 2018).

Os relatos expõem que as enfermeiras orientam a equipe, assumindo o papel de liderança, e que se preocupam em tomar as decisões de maneira equilibrada e solucionar os conflitos sem que as clientes percebam, sempre de maneira respeitosa e coesa.

Observamos também que há preocupação quanto à responsabilidade com o binômio mãe e filho e que os problemas existentes quando as relações de trabalho não interfiram nesse cuidado.

Aqui são duas vidas. Nós vamos orientando os técnicos e vai dando tudo certo (ESP 2)

Eu acredito que cabe a cada profissional tentar contornar as situações nos plantões. Nós trabalhamos com momentos de estresse, porque são duas vidas para cuidar, então é muita responsabilidade (ESP 5)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o exposto no presente estudo, possibilitou compreender a harmonia entre a equipe multidisciplinar no ambiente de trabalho, bem como a comunicação efetiva e a boa relação entre a liderança e a equipe. Esses fatores possibilitam um cuidado seguro prestado às mulheres com gravidez de alto risco.

No que diz respeito ao relacionamento interpessoal as enfermeiras possuem uma boa relação com a equipe multiprofissional, possibilitando a troca de saberes entre profissionais e o olhar especializado de cada profissional para as demandas do paciente, contribuindo positivamente para o cuidado integral das pacientes.

Destaca-se, através dos relatos das participantes o ambiente de trabalho da unidade é harmonioso, isso porque a comunicação efetiva e a liderança de enfermagem são priorizadas dentro do serviço, como forma de evitar e resolver possíveis conflitos, visando a melhoria da qualidade da assistência ao binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristina Vaz de. Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. *Literacia em saúde na prática*, p. 46-52, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7662> Acesso em: 20 nov 2012.

AMESTOY, S. C. et al. Fragilidades e potencialidades na formação de enfermeiras- líderes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200196>. Acesso em: 04 jul 2020.

ÁVILA, K. A. K. et al. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE PÚBLICA. In: XXI JORNADA DE EXTENSÃO, 3., 2020, Ijuí. Anais [...] . Ijuí: Salão do Conhecimento, 2020. p. 1-3.

BAQUIÃO, L. S. M. et al. Práticas educativas a gestantes em situação de vulnerabilidade social. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 4, p. 16903-16907, 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-018>. Acesso em: 04 maio 2020.

BENINCÁ, T. et al. *Atuação da enfermeira obstétrica no processo de parturição: percepção do médico obstetra à luz de Foucault*. 2017. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BIASIBETTI, C. et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, p.1-9, 2019.

BONFADA, Mônica Strapazzon; PINNO, Camila; CAMPONOGARA, Silviamar. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. *Rev. enferm. UFPE online*, p. 2235-2246, 2018.

COSTA, R. L. M. et al. Avaliação do perfil de mulheres que receberam assistência durante a classificação de risco obstétrica. *J. res.: fundam. care*, v. 11, p. 488-494, 2019.

FERREIRA, S.K.; FREITAS, A. S. Gerenciamento de conflitos na equipe de enfermagem: o papel da liderança. *Revista Voos Polidisciplinar*, Guarapua-

va (PR), v.8, n. 2, jan/jun, p.4-26, 2021 ISSN: 1808-9305.

GÓIS, R. M. O. de; OLIVEIRA, E. S. de; CRUZ, K. G.; ALMEIDA, H. O. C.; MELO, I. A. de. A GESTÃO DE CONFLITOS: DESAFIO NA PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE, [S. l.]*, v. 4, n. 3, p. 123, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5162>. Acesso em: 11 ago. 2022.

LIMA, E. C. et al. Critical incidents connected to nurses' leadership in Intensive Care Units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 1018-1025, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0137>. Acesso em: 05 ago. 2020.

LEMOS, D.M.P. et al. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.40, p.1-5, 2019.

MINAYO, M. C. S. et al. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde 14^o.ed. São Paulo: *Hucitec*, 2014. ISBN 978-85-271-0181.

MENDES, E. V. et al. *A gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI*. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cfc-180569>. Acesso em: 15 jun 2020.

NOGUEIRA, J. W. S. N., RODRIGUES, M.C.S. Comunicação Efetiva no Trabalho em Equipe em Saúde: Desafio para a Segurança do Paciente. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n.3, p.636- 640, 2015.

NOVATO, D. S. et al As relações interpessoais na enfermagem: Influência da liderança na motivação da equipe técnica. *Revista Saúde-UNG-Ser*, v. 13, n. 1/2, p. 8-16, 2019.

Osugui DM, Henriques SH, Dázio EMR, Resck ZMR, Leal LA, Sanches RS. Negociação de conflitos como competência do enfermeiro. *Rev bahiana enferm.* 2020;34:e-36035.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PEREIRA, T. et al. Relações interpessoais da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho. *Ciência em Foco*, v. 3, n. 1, p. 65-81, 2019.

PEREIRA, A. L. L., et al. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. e338101018942-e338101018942, 2021.

RORATO, Thaís Jaíne et al. Formação de enfermeiras líderes: Revisão Integrativa. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, v. 11, n. 33, 2021.

TEIXEIRA, N.L; SILVA, M.M; DRAGANOV. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. *Rev. Adm. Saúde* - Vol. 18, Nº 73, out. – dez. 2018.

WOLFART, J. M. et al. (2020). RELAÇÃO INTERPESSOAL EM AMBIENTE HOSPITALAR . *Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc São Miguel Do Oeste*, 5, e27039. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/27039>

Capítulo 19

Tecnologia Mobile em Apoio à Denúncia de Violência Obstétrica e Perinatal: *Benchmarking*

Conceição de Maria de Albuquerque
Ana Beatriz Mesquita da Silveira
Karla Maria Carneiro Rolim
Sílvia Cristina Guimarães Cardoso
Nilson Vieira Pinto
Jardenia Chaves Domenegueti
Mirna Albuquerque Frota

INTRODUÇÃO

Uma das experiências que a gestante vivencia com muitas incertezas, dificuldades e ansiedades é a maternidade, necessitando assim, de uma rede de apoio social, familiar e de profissionais de saúde responsáveis para acompanhá-la nessa trajetória. Deste modo, o uso das redes de apoio, proporcionarão condições de ajuda e conforto para as mulheres, colaborando com a humanização da assistência obstétrica e perinatal para o aprimoramento de conhecimentos e fornecimento de informações adequadas às condições de entendimento no cuidado individual e do feto.

Humanizar é a palavra-chave para todos os procedimentos no cenário hospitalar colaborando com a rede de apoio que deve também atuar, mantendo um diálogo e incluindo a família no cuidado à gestante, respeitando as diversidades e peculiaridades de uma assistência individual (OLIVEIRA, 2011).

No período que transcorre entre o pré-parto, o parto e o pós-parto é comum que a gestante idealize o momento da chegada do filho. Nesse

cenário, o nascimento fora dos padrões imaginados pode se transformar em um episódio de dimensões desastrosas. Assim, diante de uma intercorrência poderá haver prejuízos devido a quebra do vínculo afetivo pais/filho (SANTOS, 2015).

Com base nestes pressupostos, a escolha da temática e as reflexões resultam de uma afinidade pela problemática no tocante ao apoio e fortalecimento das mulheres no período gravídico puerperal, por intermédio das redes sociais a serem percorridos quanto a assistência obstétrica e perinatal do cuidado humanizado tornando a mulher a protagonista do seu parto.

Um acontecimento complexo e sócio-histórico, tão longo quanto a humanidade, encontra-se a “violência”. Entre as definições operacionais adotadas a respeito da violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conceitua como o uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si mesmo, contra um outro indivíduo, ou contra uma comunidade, que derive ou tenha qualquer possibilidade de se consumir em prejuízo, morte, agravo psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2020).

No tocante a Violência Obstétrica (VO) e a inserção da Violência Perinatal (VP), são consideradas como eventos complexos multifacetados que requerem enfoques multidimensionais e a união de esforços de diversas especialidades (SADLER et al., 2016; DIAZ-TELLO, 2016). Para evoluir nas discussões e realizar modificações, torna-se vital que existam iniciativas nacionais e internacionais para abordar as causas das violências estruturais no parto e nascimento.

De um lado está a parturiente que se encontra, exposta a vulnerabilidade, às incertezas e aos riscos dos seus direitos violados. E, do outro, estão as instituições e os profissionais de saúde que integram a rede de assistência hospitalar. Podendo, estes últimos, colaborarem de modo direto ou indireto para o desfecho da VO e VP, quer conscientes ou não, mediante os cuidados prestados pela assistência perinatal.

A utilização de *software* desenvolvido para ser instalado em um dispositivo eletrônico móvel - aplicativos (*apps*), na área da saúde pode ser

utilizada em várias vertentes, com também sensibilizar os profissionais de saúde acerca da vulnerabilidade em que a mãe e filho estão inseridos no contexto do nascimento hospitalar e assim, adotar a perspectiva da ótica socioantropológica “re-humanizando” suas práticas assistenciais.

Diversos países, incluindo o Brasil, realizaram esforços, como a criação de projetos de saúde e sociais, programas de políticas públicas, visando prevenir a violência em instituições de saúde devido ao significativo impacto que o evento da violência traz na vida das usuárias. Diante disto, as consequências da violência nos espaços obstétricos têm sido objeto de estudo com maior frequência em pesquisas.

Na sociedade atual, com o advento das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), percebeu-se a propagação na mídia de imagens, vídeos e notícias acerca da VO e VP. Nessa conjuntura, tem-se que (re)criar, condições para auxiliar na resolução do problema da violência em instituições hospitalares aliando com as tecnologias em favor das formas de ação contra este evento.

O emprego e a utilização de ferramentas na área da computação sobretudo na saúde estão em crescentes expansões. Entre essas aplicações podem se destacar o monitoramento remoto, o apoio ao diagnóstico e o apoio a tomada de decisão (ESPELAGE, 2013; FIGUEIREDO, 2003).

A área que trata do uso de dispositivos móveis na saúde é denominada *mobile-Health (mHealth)*, abrangendo a aplicação da computação móvel, comunicações sem fio e tecnologias em rede para melhorar diversos serviços de saúde e as funções em que o paciente tem liberdade da mobilidade, podendo esta, ser em uma área física limitada (PAWAR, 2012).

A interação da tecnologia neste estudo, ocasionará em propagar a utilização de *app* para a denúncia da VO e VP no espaço hospitalar, como também a adesão e o monitoramento da denúncia efetivada pelas usuárias, neste segmento, alinhando e balizando a parte tecnológica com a área da Saúde Coletiva, no intuito de contribuir para a compreensão e o enfrentamento de um cenário que está sendo cada vez mais acometido e até mesmo banalizado pela sociedade.

Diante desse panorama, desenvolver soluções computacionais no formato de *apps* em *smartphones*, representa meio eficaz de disponibilizar

a ferramenta e atingir a finalidade desejada. Este estudo faz parte de uma tese de doutorado intitulada “Violência Obstétrica e Perinatal: O Nascer Diferente na Perspectiva da Saúde Coletiva” que visou a criação e o desenvolvimento de uma tecnologia móvel para a área da Saúde Coletiva, acerca da VO e VP intitulada de “A Voz do Parto”.

Objetivou-se conhecer os *apps* publicados pelas redes e mídias sociais na área obstétrica; identificar e caracterizar as funcionalidades dos *apps* encontrados; comparar o *app* “A Voz do Parto” com os demais quanto as funcionalidades encontradas no mercado por meio da técnica de *benchmarking*.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório de abordagem mista, a partir de uma busca de aplicativos móveis, empregando a técnica de *benchmarking*. A ferramenta é designada como de gestão essencial para o aprimoramento de processos, produtos e serviços que procura obter vantagem comparativa.

A técnica visou conhecer e confrontar o *app* “A Voz do Parto” com os outros *apps* disponíveis no mercado, publicados em lojas virtuais nos últimos cinco anos (desde 2015) em plataformas de tecnologia mundial à respeito da VO e VP.

A abordagem qualitativa contempla as dimensões do “sujeito”, trabalha com a subjetividade, sem aprisionamentos à mensuração dos seus achados (BOGDAN; BIKLEN, 2013). E assim perpetra a análise do objeto em estudo por meio da história, da biografia, das relações, dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, presentes nas pessoas envolvidas e nas suas reproduções de vida. (MINAYO, 2013). A técnica *benchmarking*, que pode ser entendida como processo contínuo e sistemático de investigação relativo ao desempenho de processos ou produtos, comparando-os de acordo com seus requisitos, com aqueles identificados como as melhores práticas (FENNA *et al.*, 2012).

O processo de *benchmarking* envolve as etapas básicas: determinação do objeto do *benchmarking*; identificação de parceiros; coleta e análise de

dados; estabelecimento de metas; implementação das ações e; monitoramento dos resultados (MELO, CARPINETTI; SILVA, 2000).

No estudo utilizou-se tal meio mantendo o foco para apreender o que existe na tecnologia global referente à temática VO e VP, e assim contribuir para a criação das funcionalidades do aplicativo móvel que o estudo se propõe a desenvolver. Desta forma, utilizou-se as três primeiras etapas do *benchmarking* para guiar o estudo. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2019.

Na primeira etapa para determinação do objeto do *benchmarking*, formulou-se a seguinte questão: “*Quais as estratégias m-Health foram desenvolvido nas plataformas mundiais em aplicativos móveis sobre a violência obstétrica e perinatal e suas formas de denúncias?*”

Na segunda etapa - identificação de parceiros, buscou-se selecionar *apps* nos dois maiores sistemas operacionais portáteis atualmente encontrados, o *Android*® e o *iOS*®, nas seguintes plataformas de *apps* tecnológicos - *Google Play*® e *App Store*®. Estas plataformas foram consultadas no intuito de ampliar o escopo da pesquisa, abrangendo, todos os *apps* indexados.

Ainda nesta etapa, após a identificação dos *apps* sobre VO e VP, realizou-se os *downloads* das aplicações, nos dois maiores sistemas operacionais portáteis atuais: *Android*® e *iOS*®, nas seguintes plataformas de aplicativos tecnológicos respectivamente: *Google Play*® e *App Store*®. Considerou-se as palavras chaves: "gestação", "gravidez", "obstetrícia", "perinatologia", "violência obstétrica" e "violência perinatal".

Para a terceira etapa realizou-se a fase de coleta de dados, utilizando-se os critérios de inclusão dos dispositivos: aplicativos disponíveis nas plataformas *Google Play*® e *App Store*®, em língua Portuguesa, inglesa ou espanhola, *apps* gratuitos que foram selecionados de maneira atemporal. Excluiu-se os dispositivos em que não foi possível identificar relação com a temática por meio da leitura e *download* do *app*, além das aplicações pagas.

Os *apps* selecionados na coleta de dados foram analisados e agrupados de acordo com as funcionalidades desejáveis dos pesquisadores. Para

melhor visualização dos dados encontrados, a análise e discursão dos resultados estão dispostos em quadros do *benchmarking* a seguir especialmente construída para esse fim.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os *apps* selecionados na coleta de dados foram agrupados, resultando na construção de quadros para a melhor compreensão dos dados encontrados. O Quadro 1 demonstrou a busca realizada nas plataformas tecnológicas resultando em um total de vinte e sete (27) *apps*, dos quais sete (7) encontravam-se exclusivamente na *App Store*[®], cinco (05) foram descobertos na *Google Play*[®].

Quadro 1. Demonstrativos de *apps* nas plataformas tecnológicas e idiomas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

NOME DO APLICATIVO	PLATAFORMA TECNOLÓGICA	IDIOMA DO APLICATIVO
A Voz do Parto	<i>Apple Store</i> [®] e <i>Google Play</i> [®]	Português
1. Perinatal - App Institucional	<i>Apple Store</i> [®]	Português Inglês
2. Manual de Urgências Obstetricas	<i>Apple Store</i> [®]	Espanhol Inglês
3. Gravidez +	<i>Apple Store</i> [®] e <i>Google Play</i> [®]	Português Inglês Espanhol Outros
4. Minha Gravidez e Meu Bebê Hoje	<i>Apple Store</i> [®] e <i>Google Play</i> [®]	Português Inglês Espanhol Outros
5. Minha Gravidez. Calendário de Semana a Semana	<i>Google Play</i> [®]	Português
6. Amamãe	<i>Google Play</i> [®]	Português
7. Meu Pré-natal	<i>Apple Store</i> [®] e <i>Google Play</i> [®]	Português Inglês Espanhol

NOME DO APLICATIVO	PLATAFORMA TECNOLÓGICA	IDIOMA DO APLICATIVO
8. We moms	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês Espanhol Outros
9. Minha Gestação (App)	<i>Google Play</i> ®	Português
10. Guia Gestacional e Puerperal	<i>Google Play</i> ®	Português
11. Pré-Natal Emocional	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português
12. GestAção	<i>Google Play</i> ®	Português
13. Gravidez sprout	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês Espanhol Outros
14. Gravidez e contrações	<i>Apple Store</i> ®	Português Inglês Espanhol Outros
15. Minha gravidez semana a semana (neiman)	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês Espanhol Outros
16. Minha Gestação (R&A)	<i>Apple Store</i> ®	Português
17. Gravidez Semana a Semana (iOS®) / Calendário Gestacional: Calculadora do Parto (Android®)	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês Espanhol Outros
18. Pais & Filhos Interativo	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês
19. Pais&Filhos – Gravidez Semana a Semana (iOS®) / Gravidez Semana a Semana (Android®)	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês
20. Baby4you	<i>Apple Store</i> ®	Português Inglês
21. Canguru Gravidez	<i>Apple Store</i> ®	Português
22. Mãe Uberlândia	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês

NOME DO APLICATIVO	PLATAFORMA TECNOLÓGICA	IDIOMA DO APLICATIVO
23. Vivo Guia da Mamãe	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês
24. Diário de Gestação	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês
25. Gravidez de Mentor	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês Espanhol Outros
26. Gravidez Saudável	<i>Apple Store</i> ®	Português Inglês
27. Plano de Parto Fácil	<i>Apple Store</i> ® e <i>Google Play</i> ®	Português Inglês Espanhol

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Do total dos *apps* encontrados, quinze (15), estavam em ambas as plataformas. Destes, três (3) apresentaram alteração na nomenclatura a depender da plataforma a qual estavam inseridos, como pode-se constatar nas aplicações de número dezessete (17) e dezanove (19).

O Quadro 1 apresenta os *apps* selecionados na plataforma tecnológica nas quais estão disponíveis para *download* e o idioma que se desenvolveram. Identificou-se, na *App Store*®, vinte e um (21) *apps* em português, dezanove (19) em inglês e onze (11) em espanhol. Ademais, encontrou-se oito (08) *apps* em outras línguas. Na *Google Play*®, em português, foram encontrados vinte (20) *apps*, quatorze (14) em inglês, nove (09) em espanhol e sete (7) com outros diversos idiomas.

Na segunda etapa, foi reunido e comparado os *apps* selecionados quanto as funcionalidades sobre a VO e VP. Neste quesito, o *benchmarking* traz as funcionalidades para análise dos resultados em uma avaliação comparativa de *apps* que consideram os pontos em comum e as particularidades de cada um.

Analisou-se e classificou-se os *apps* coletados de acordo com seis requisitos pertinentes a funcionalidade, ou seja, aplicabilidade e serventia, que são: área de informações acerca da VO e/ou VP, denúncia da violên-

cia, acompanhamento da denúncia e *feedback* para o usuário, orientações e locais de apoio para vítimas, área de perfil do usuário e cadastro/login de usuário.

Ressalta-se que as funcionalidades caracterizam as múltiplas funções que o *app* precisa oferecer para atender aos desejos e/ou necessidades do usuário. Deste modo, o Quadro 2 demonstra o *benchmarking* no que se refere à comparação entre o *app* em construto - A Voz do Parto -, e os demais *apps* já existentes nas plataformas selecionadas, considerando as funcionalidades desejáveis mencionadas anteriormente.

Portanto, para este fim, utilizou-se a seguinte numeração para mensurar: 1 - Para as funcionalidades que não atende ao *app* VO; 2 - Para as funcionalidades que atende parcialmente ao *app* VO e 3 - Para as funcionalidades que atende ao *app* VO.

Quadro 2. *Benchmarking.* Comparação de funcionalidades do *app* em estudo. com os demais existentes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

		FUNCIONALIDADES					
Nº	Apps	Área de informação sobre VO e/ou VP	Realizar relato/denúncia de ato de violência	Acompanhamento da denúncia/ <i>feedback</i> para o usuário	Orientações e locais de apoio para vítimas	Área de perfil do usuário	Cadastro/login de usuários
	A Voz do Parto	3	3	3	3	3	3
1	Perinatal - App Institucional	1	1	1	1	1	3
2	Manual de Urgências Obstétricas	1	1	1	1	1	3
3	Gravidez +	1	1	1	1	3	3

		FUNCIONALIDADES					
Nº	Apps	Área de informação sobre VO e/ou VP	Realizar relato/denúncia de ato de violência	Acompanhamento da denúncia/feedback para o usuário	Orientações e locais de apoio para vítimas	Área de perfil do usuário	Cadastro/login de usuários
4	Minha Gravidez e Meu Bebê Hoje	1	1	1	1	3	3
5	Minha Gravidez. Calendário de Semana a Semana	1	1	1	1	1	1
6	A mamãe	1	1	1	1	1	1
7	Meu Pré-natal	1	1	1	1	3	3
8	We moms	1	1	1	1	3	3
9	Minha Gestação (Appz)	1	1	1	1	1	1
10	Guia Gestacional e Puerperal	1	1	1	1	1	1
11	Pré-natal Emocional	2	1	1	1	1	1
12	GestAção	1	1	1	1	3	3
13	Gravidez sprout	1	1	1	1	1	1
14	Gravidez e contrações	1	1	1	1	1	1
15	Minha gravidez semana a semana (neiman)	1	1	1	1	1	1

Nº	Apps	FUNCIONALIDADES					
		Área de informação sobre VO e/ou VP	Realizar relato/denúncia de ato de violência	Acompanhamento da denúncia/feedback para o usuário	Orientações e locais de apoio para vítimas	Área de perfil do usuário	Cadastro/login de usuários
16	Minha Gestação (R&A)	1	1	1	1	1	1
17	Gravidez semana a semana	1	1	1	1	3	3
18	Pais e filhos interativo	1	1	1	1	3	3
19	Gravidez Semana a Semana (iOS) / Gravidez Semana a Semana (Android)	1	1	1	1	3	3
20	Baby4you	1	1	1	1	3	1
21	Canguru Gravidez	1	1	1	1	3	1
22	Mãe Uberlândia	2	1	1	2	3	3
23	Vivo Guia da Mamãe	1	1	1	1	3	3
24	Diário de Gestação	1	1	1	1	3	3
25	Gravidez de Mentor	1	1	1	1	3	3
26	Gravidez Saudável	2	1	1	1	2	3
27	Plano de Parto Fácil	1	1	1	1	1	1

Legenda: 1 - Não atende; 2 – Atende parcialmente; 3 – Atende completamente.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Na funcionalidade “área de informação sobre VP”, três *apps* citavam a violência, entretanto, não discorriam sobre a tipologia da mesma, portanto atendiam parcialmente ao requisito – nesta foram consideradas também as seguintes nomenclaturas: “violência na gestação”, “violência na gravidez” e “violência obstétrica”.

Vale destacar, que para atender completamente a funcionalidade, o *app* deve conter pelo menos quatro tipos de VO e quatro tipos de violência ao RN – configurando, assim, a VP, permitindo a ampla percepção quanto as formas da violência. Portanto, a função supracitada permite que os usuários identifiquem os tipos de violência pelas quais possam ter sofrido ou vivenciado, seja na posição de vítimas, agressores ou testemunhas.

Identificar a VO e VP pode ser um desafio, haja vista que, estas podem se configurarem de formas diversas. Neste âmbito, vários autores trazem a tipificação e classificação sobre essa violência de acordo com a formas distintas que podem surgir na assistência a mulher. São citadas as seguintes categorias de VO: violência institucional, violência moral, violência física, violência sexual, violência psicológica e verbal (MARTINS; BARROS, 2016).

A violência dentro das instituições vincula-se a prestação de serviços, normas dos estabelecimentos e suas infraestruturas, podendo abranger desde a má qualidade do serviço prestados ou até mesmo a carência de acesso. Em se tratando de violência moral, verbal e psicológica, são descritas como a calúnia e difamação, julgamentos e culpabilização da mulher, além de ameaças de abandono (KOPERECK et al., 2018). E, ainda estão associadas ao abuso físico, intervenções sem justificativa clínica, como toques vaginais violentos e excessivos, cesárea e episiotomia sem indicação, além de episiotomia sem anestesia e imobilização física (DINIZ et al., 2015).

A violência sexual não é muito descrita na literatura, tendo como referência para tal as falas abusivas, autoritárias e moralistas de cunho sexual no momento do parto (MARTINS; BARROS, 2016). Nesse contexto, se faz necessário discorrer sobre as manifestações da VO, uma vez que a

sua compreensão estimula conceitos para buscar o enfrentamento da mesma. Para tanto, a funcionalidade “realizar relato ou denúncia caso identificado ato de violência” exige que o aplicativo ofereça um espaço para que a denúncia seja realizada. A mulher, ao entender que foi vítima de atos violentos no que diz respeito ao período perinatal, ela deve procurar seus direitos legais contra o ato ou a ação da violência (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Cita-se também que têm se fortalecido as ações que orientam a mulher acerca da importância de realizar a denúncia junto à Justiça, ouvidorias das instituições e conselhos de classe como o Conselho Regional de Medicina – CRM (ALVARENGA; KALIL, 2016). Dessa forma, quando comparados com o *app* “A Voz do Parto”, nenhum outro atendeu a funcionalidade, até mesmo os *apps* que abordam a temática, ou seja, não permitiam que o usuário relatasse em forma de denúncia se sofreram ou não VO, conseqüentemente nenhum *app* atendeu aos quesitos “acompanhamento da denúncia e *feedback* para o usuário” e “orientações e locais de apoio para a vítima”.

Ainda nessa funcionalidade, o *app* “A Voz do Parto” em construto, permite que o usuário acompanhe o estado da ação executada, que poderá ser classificada como “recebido”, “em análise” ou “concluído” de acordo com o andamento da ação. O relato, por sua vez, foi analisado, gerando o *feedback* para o usuário. Somado a este fato, o *app* “A Voz do Parto”, apresentou a “funcionalidade orientações e locais de apoio para vítimas” no qual sugeriu-se os locais que a vítima pode procurar para obter apoio e maiores informações.

No tocante a funcionalidade: “cadastro e *login* do usuário”, dentre os vinte e sete (27) *apps*, quinze (15) deles atenderam ao quesito. Compreendeu-se a mesma como o espaço no qual o usuário pode se cadastrar mediante o fornecimento de informações como endereço e-mail, telefone móvel, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e senha criada pelo usuário.

O *login* ou acesso no *app* “A Voz do Parto” é realizado por meio do endereço de e-mail cadastrado e senha criada pelo usuário, permitindo

que o mesmo navegue pelo *software* e suas interfaces como a área de informação, área de denúncia e demais funcionalidades citadas anteriormente, além do espaço do perfil. Este trata-se do espaço onde ficam armazenadas informações do usuário, como nome, identificação pessoal ou profissional, e-mail e demais atividades realizadas dentro do *app*.

Ao comparar os *apps* encontrados com o *software* “A Voz do Parto”, percebeu-se que quatorze (14) deles atenderam quesito do “*logim* do usuário”. Um (1) atendeu parcialmente e os demais não possuíam a área de perfil do usuário.

CONCLUSÃO

O estudo utilizou-se da técnica do *benchmarking* para aprimorar e inovar o desenvolvimento tecnológico de um *app* acerca da VO e VP. Neste sentido, realizou-se uma análise de vinte e sete (27) *apps* publicados nas principais plataformas tecnológicas *App Store*⁶ e *Play Store*⁶ com o escopo de conhecer e comparar com o *app* em desenvolvimento - “A Voz do Parto”.

O processo de *benchmarking* foi capaz de diagnosticar e apontar possibilidades de melhoria de desempenho para o *software*, neste caso, tendo como objetivo principal a denúncia da mulher quanto a VO e VP sofrida ou cometida. Averiguou-se que dos *apps* em análise, três (03) deles citam a violência na gestação, entretanto, trazem informações insuficientes para a percepção efetiva da usuária quanto aos tipos de violência. Constatou-se que nenhum deles abordou a temática da violência ao neonato – ou seja não fazem referências a VP.

Outro fator é que os *apps*, não apresentavam a ferramenta de denúncia que tem um fator de impacto no enfrentamento da VO e VP realizando uma conexão com os gestores e a instituição hospitalar. E desta forma, a necessidade de novos *apps* capazes de suprir essas deficiências. Portanto o *app* “A Voz do Parto” apresenta os diferenciais das variabilidades dos tipos de violências, associa a VO a VP, bem como a denúncia da mesma oferecendo o suporte da instituição hospitalar.

Diante deste panorama, constatou-se que apesar da variedade de ferramentas disponíveis no mercado digital, o *app* “A Voz do Parto”, destacou-se por apresentar ainda, subsídios e informações acerca do enfrentamento de uma temática tão complexa.

REFERÊNCIAS

BOGDAN R; BIKLEN S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria do método. 5^a ed. Porto, 2013.

ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, 2016.

Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. v. 24, n. 47, p. 56-64, 2016.

DINIZ, S. G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377, 2015.

ESPELAGE, Dorothy *et al.* Understanding and preventing violence directed against teachers: recommendations for a national research, practice, and policy agenda. *American Psychologist*, [S.L.], v. 68, n. 2, p. 75-87, 2013.

FENNA. A.; KNUPLING F.; BENCHMARKING in the federal systems. Canberra: Productivity Commission; 2012. Acesso em: 16 maio 2021.

FIGUEIREDO C. M. S, Nakamura E. Computação móvel: novas oportunidades e desafios. *Rev T&C Amazônia*. v. 1, n. 2, p. 16-28, 2003.

MELO AM.*et al.* *Proposta de metodologia para identificação de objeto de estudo de benchmarking*. ENEGEP, 2000. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2000_E0207.PDF

KOPERECK, C. da S. *et al.* A violência obstétrica no contexto multinacional. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, Recife, v. 12, n. 7, p. 2050, 2018.

MARTINS, A. de C.; BARROS, G. M. Parirás na dor? Revisão integrativa

da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev. dor*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, 2016.

MELO, E. M. de. *Podemos prevenir a violência: teorias e práticas*. Minas Gerais: Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde – OPAS/OMS, 2010. 278 p.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31 ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

OLIVEIRA, A.S.S. *et al.* O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. *Rev. Cogitare Enfermagem*, v. 2, n. 16, p. 247-253, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 21 maio. 2020.

PAWAR, Pravin *et al.* A framework for the comparison of mobile patient monitoring systems. *Journal Of Biomedical Informatics*, [S.L.], v. 45, n. 3, p. 544-556, jun. 2012.

SADLER M. *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.*, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Revista Estação científica*, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.

Sobre os Autores

Aldecira Uchoa Monteiro Rangel

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Aline Sales Nunes Félix

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Aline Veras Moraes Brilhante

Médica. Pós-doutora em Sociologia pela Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Diretora Técnica do Núcleo de Atendimento Médico Integrado - NAMI/UNIFOR.

Amanda de Oliveira Toledo

Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Amanda dos Santos Pinheiro

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Ana Beatriz Mesquita da Silveira

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Ana Fátima Braga Rocha

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Terra Nordeste.

Ana Karinne Dantas de Oliveira

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Ana Paula Vasconcellos Abdon

Fisioterapeuta. Doutora em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade de Fortaleza.

Andrea Cíntia Laurindo Porto

Fonoaudióloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Bruna Rodrigues Nunes

Psicóloga residente em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Caroline Ferreira Martins Lessa

Odontóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do curso de graduação em Odontologia da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Charleston Teixeira Palmeira

Fonoaudiólogo. Doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Estadual do Ceará. Professor do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Christina César Praça Brasil

Fonoaudióloga. Pós-Doutora em Tecnologias e Serviços de Saúde pelo CINTESIS - Center for Health Technology and Services, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Christine Guesdon Caltero

Universidade de Rouen - Rouen (NORMANDIE) – França.

Cláudia Belém Moura Cabral

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará. Fonoaudióloga da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Ceará.

Conceição de Maria de Albuquerque

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza e do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. Professora da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Dayse Lorrane Gonçalves Alves

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

Débora Pereira Paixão

Graduanda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Débora Silveira de Lima

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará.

Erika Ravena Batista Gomes

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Psicóloga efetiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica do município de Picos-PI. Professora do Instituto de Educação Superior Raimundo Sá.

Fátima Maia

Coordenadora do Ciclo de Estudos em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Fernanda Veras Vieira Feitosa Marta

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Francisco Valter Miranda Silva

Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Geraldo Bezerra da Silva Junior

Médico. Pós-Doutor em Saúde Coletiva/Epidemiologia pela Universidade Federal da Bahia. Professor Titular do Curso de Medicina e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Ciências Médicas da Universidade de Fortaleza. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Heloísa Beatriz Cordeiro Moreira

Engenheira Química. Doutora em Engenharia Civil pela Universidade Federal do Ceará. Professora efetiva do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

Heraldo Simões Ferreira

Profissional de Educação Física. Pós-doutor em Desenvolvimento Humano e Tecnologias pela Universidade Estadual Paulista. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará.

Ilvana Lima Verde Gomes

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia/ Instituto de Saúde Coletiva. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará.

Isabely Silva

Graduanda de Psicologia da Universidade de Fortaleza.

Itamárcia Oliveira de Melo

Profissional de Educação Física. Mestre em Educação pela Universidade Estadual do Ceará. Professora da rede municipal de ensino de São Gonçalo do Amarante, Ceará.

Jacqueline Aguiar da Silva

Enfermeira. Coordenadora de Cursos da Saúde no Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza e Edufor.

Jardenia Chaves Domeneguetti

Profissional de Educação Física. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

Joice Fabricio de Souza

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Jordânea Freitas Ponte

Psicóloga e Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

José Bruno Malaquias

Engenheiro Agrônomo. Doutor em Entomologia pela Universidade de São Paulo. Pesquisador Visitante na University of Arizona, Estados Unidos.

Júlia Maria Oliveira de Sales

Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Karla Maria Carneiro Rolim

Enfermeira. Pós-doutora em IHumanisation des Soins en Néonatalogie pela Universidade de Rouen - CHU/Rouen, França. Professora Titular do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Kiarelle Lourenço Penaforte

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade de Fortaleza, Ceará.

Lara Borges de Vasconcelos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Leonardo Fonseca Maia

Médico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí.

Liana Maria Moreno Moreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Lucas Fernandes de Oliveira

Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Professora Titular da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Luiza Luana de Araújo Lira Bezerra

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário da Grande Fortaleza. Enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Maria Alix Leite Araújo

Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Maria dos Remédios Beserra

Graduada em Serviço Social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Coordenadora do Núcleo de Pós-graduação e professora do curso de Serviço Social do Instituto de Educação Superior Raimundo Sá.

Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Maria Petrólia Rocha Fernandes

Profissional de Educação Física. Doutoranda em Educação pela Universidade Estadual do Ceará. Professora efetiva pela Secretaria de Educação do Estado do Ceará.

Maria Vieira de Lima Saintrain

Graduada em Odontologia. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas. Professora Titular da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Marta Maria Soares Herculano

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do Centro Universitário Christus e enfermeira obstetra da MEAC-UFC, Ceará.

Míria Conceição Lavinias Santos

Enfermeira. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora Visitante da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

Mirna Albuquerque Frota

Enfermeira. Pós-doutora em Pédiopsychiatrie pela Universidade de Rouen – França e Pós-doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Professora Titular do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza.

Moezio Xavier Santos

Especialista em Enfermagem Terapia Intensiva. Enfermeiro do Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Ceará.

Moisés Andrade dos Santos de Queiroz

Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Monalisa Silva Fontenele Colares

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará.

Nadia Louisa Cherchem

Universidade de Rouen - Rouen (NORMANDIE) – França.

Nilson Vieira Pinto

Profissional de Educação Física. Pós-doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professor efetivo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

Patrícia Ribeiro Feitosa Lima

Profissional de Educação Física. Pós-doutoranda em Educação pela Universidade Estadual Paulista. Professora efetiva do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

Rachel Cassiano de Sousa

Fonoaudióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza.

Raimunda Magalhães da Silva

Enfermeira. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas. Professora titular do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Universidade de Fortaleza. Professora emérita da Universidade Federal do Ceará.

Raimundo Fernandes da Silva

Profissional de Educação Física. Mestre em Educação Profissional e Tecnológica. Professor efetivo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí.

Raisa Pinheiro Arruda

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Raquel Sampaio Florêncio

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará.

Rodrigo Tavares Dantas

Pós-doutorando em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará e do Hospital Doutor Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Ceará.

Rosana Iorio Ferreira

Fonoaudióloga. Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Coordenadora e professora do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza.

Silvia Cristina Guimarães Cardoso

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Assessora Técnica em Gestão em Enfermagem no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Fortaleza, Ceará.

Susana Vaz Freitas

Doutora em Engenharia Biomédica, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Portugal.

Thaidys da Conceição Lima do Monte

Profissional de Educação Física. Doutora em Educação pela Universidade Estadual do Ceará. Professora efetiva do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

Thuanny Mikaella Conceição Silva

Psicóloga e Pedagoga. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Servidora Pública nos municípios de Vila Nova do Piauí (Secretaria Municipal de Assistência Social) e Padre Marcos (Secretaria Municipal de Saúde).

Tiago Nunes de Aguiar

Fonoaudiólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professor do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Ticiania Mesquita de Oliveira Fontenele

Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Professora do curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Vanderlânia Macêdo Coêlho Marques

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Enfermeira Intensivista do Hospital São Camilo, Fortaleza, Ceará.

Waleska Benício de Oliveira Carvalho

Graduanda de Enfermagem na Universidade de Fortaleza.

Zélia Caçador Anastácio

Graduada em Biologia / Geologia pela Universidade de Trás-os-Montes/Alta Douro. Doutora em Estudos da Criança, pela Universidade do Minho, Portugal. Professora Auxiliar da Universidade do Minho, Portugal.



Composto e Impresso no Brasil
Impressão Sob Demanda

21 2236-0844

www.podeditora.com.br
contato@podeditora.com.br

2022