



# I PICS NE

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

**30/05 a 02/06**

**UNIVASF - Juazeiro - BA**

**Anais**



ISBN: 978-85-60382-24-8

**Alexandre Franca Barreto**

**Rafaela Santos de Melo**

**Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho**

**(Organizadores)**

# **I PICs NE**

**I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde**

**Pela reconstrução do modelo de cuidado**

**Complexo Multieventos - campus da Universidade Federal do Vale do São  
Francisco (UNIVASF)**

**30 de maio a 02 de junho de 2013**

**Juazeiro/BA**

# I PICs NE

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

	Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (1, 2013, Juazeiro, BA)
E56	Anais do I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (I PIC's NE): pela reconstrução do modelo de cuidado / Organizado por Alexandre Franca Barreto, Rafaela Santos de Melo e Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho. Petrolina, PE: UNIVASF, 2013.
	1 CD-ROM
	Vários autores.
	ISBN: 978-85-60382-24-8
	1. Saúde – Atenção integral - Juazeiro-BA. 2. Serviços de saúde comunitária. I. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.
	CDD 362.10981

# I PICs NE

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

### **ORGANIZAÇÃO GERAL**

Prof. M.Sc. Alexandre Franca Barreto

(Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF)

### **COMISSÃO CIENTÍFICA**

Prof<sup>a</sup>. M.Sc. Rafaela Santos de Melo – UNIVASF

Prof<sup>a</sup>. M.Sc. Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho – UNIVASF

Deisiluce Miron Cavalcante – UNIVASF

Emília Cristina F. de Carvalho – UNIVASF

Jeanne Aiko de Souza Nakagawa – UNIVASF

Thayne Mayra Dantas de Andrade – UNIVASF

Prof. M.Sc. Alexandre Franca Barreto

Prof. Dra. Anamélia Lins e Silva Franco – UFBA

Prof. Dra. Barbara Cabral – UNIVASF

Prof. Dra. Berta Kluppel – UFPB

Prof. Dr. Marcelo Castellanos – UFBA

Prof. Dr. Marcelo Pelizzoli – UFPE

Prof. Dr. Juracy Marques - UNEB

Prof. M.Sc. Maria José Etelvina dos Santos – UNEB

Profa. Dra. Ana Tânia Sampaio – UFRN

Júlio Lins – Coordenador da Política de PICs na SMS Recife/PE

Olindina Ferreira Melo – SMS Sobral/CE

Rejane Amaral – SMS Sobral/CE

Vanessa Vieira – Coordenadora de PICs da SMS João Pessoa/PB

### **AValiação DE TRABALHOS**

Dra. Elzenita Falcão – UNIVASF

Júlio Lins – Coordenador da Política de PICs na SMS Recife/PE  
Luciana Florintino – Secretária Municipal de Saúde - Juazeiro/BA  
Maria Thereza Morais – Diretora de Assistência farmacêutica da SMS Petrolina/PE  
Olindina Ferreira Melo – SMS Sobral/CE  
Rejane Amaral – SMS Sobral/CE  
Vanessa Vieira – Coordenadora de PICs da SMS João Pessoa/PB  
Prof. M.Sc. Alexandre Franca Barreto – UNIVASF  
Prof. Dra. Anamélia Lins e Silva Franco – UFBA  
Prof. Dra. Maria Antonieta Albuquerque de Souza – UPE  
Profª. M.Sc. Audimar Alves – UNIVASF  
Prof. Dra. Barbara Cabral – UNIVASF  
Prof. Dra. Berta Kluppel – UFPB  
Prof. Esp. Bruno Klecius – NASF, UNIVASF  
Profª. Dra. Clarice Mota – UFBA  
Prof. Dr. Darlindo Ferreira de Lima – UNIVASF  
Prof. M.Sc. Erik Cristóvão – UFC  
Prof. M.Sc. Fátima Aguiar – UNIVASF  
Profª. M.Sc. Glória Coelho – UNIVASF  
Prof. M.Sc. Hermógenes Moura – UNIVASF  
Prof. Dr. Jackson Guedes – UNIVASF  
Prof. Dr. Juracy Marques – UNEB  
Prof. Dra. Katia Brandão Cavalcanti – UFRN  
Profª. Esp. Luiza Taciana R. Moura – UNIVASF  
Prof. Dr. Marcelo Castellanos – UFBA  
Prof. Dr. Marcelo Pelizzoli – UFPE  
Prof. M.Sc. Maria José Etelvina dos Santos – UNEB  
Profª. M.Sc. Margaret Olinda Lira – UNIVASF  
Prof. Dra. Shirley Macedo Melo – UNIVASF  
Prof. M.Sc. Rafaela Melo – UNIVASF

Prof. Dra. Susanne Pinheiro Costa e Silva – UNIVASF

Prof. M.Sc. Valdecir Carneiro – UEPB

Prof. Dra. Xirley Pereira Nunes – UNIVASF

### **COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO**

Sâmara Pâmela Ferreira Paes – UNIVASF

Grécia Rejane Nonato de Lima – UNIVASF

Jessica Richelle Santos Melo – UNIVASF

Michele Lorena de Souza Costa – UNIVASF

Laís Duarte Ferrari da Rocha – RMSF/UNIVASF/SESAB

Loyane Amorim Almeida – UNIVASF

Rebeca Guimarães Reis Veras – UNIVASF

Anne Caroline de Medeiros Mesquita – UNIVASF

Railma Dantas – UNIVASF

Rondinelli de Sousa Ribeiro – UNIVASF

Lívia Francielle de Almeida Menezes – UNIVASF

Samara Gabriele Barros Soares de Oliveira – UNIVASF

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde  
Pela reconstrução do modelo de cuidado

### **COMISSÃO DE CULTURA**

Thassio Vinicius Candeias do Nascimento – UNIVASF

Rebeca Cruz Porto – UNIVASF

### **COMISSÃO DE ESTRUTURA**

Tiago Pires de Campos – DAB/CGAT -MS

Ana Vitória Teixeira de Medeiros Gomes – UNIVASF

Vick Brito – RMSF/UNIVASF/SESAB

Bruno Sodré de Araújo – RMSF/UNIVASF/SESAB

Isabel Dielle Souza Lima Pio – RMSF/UNIVASF/SESAB

Maiara Rocha Silva – UNIVASF

Maryla Pinto Almeida – RMSF/UNIVASF/SESAB

Romário Alves Leite – UNIVASF

Jamille Vivian Ramos Vieira – UNIVASF

Daniele Oliveira Simão – UNIVASF

Liberalina Santos de Souza Gondim – UNIVASF

Nayanne Maria Magalhaes Bringel – RMSF/UNIVASF/SESAB

Edio Bartolomeu Mesquita Maia – UNIVASF

Júlia Maria Sousa Rocha – UNIVASF

Clara Raqueline Rodrigues – Secretaria Municipal de Saúde - Juazeiro/BA

Izabella Maria Pereira Virgínio – Secretaria Municipal de Saúde- Juazeiro/BA

Ananda Ariane Januário do Nascimento – RMSF/UNIVASF/SESAB

Sabrina Campos Dias Pedrosa – RMSF/UNIVASF/SESAB

Mariana Alves Nascimento – UNIVASF

Lívia Dias Mangueira Bastos – RMSF/UNIVASF/SESAB

### **COMISSÃO FINANCEIRA**

Anne Crystie da Silva Miranda – UNIVASF

Lourivan Batista de Sousa – UNIVASF

### **APOIO**

Fabiana Araújo Miranda – UNIVASF

Euristela Barreto Sodré – UNIVASF

Fernanda Gomes de Amorim de Souza – RMSF/UNIVASF/SESAB



## APRESENTAÇÃO

Grupos de Pesquisa ligados a diversas Universidades e Profissionais de instâncias distintas do Sistema Único de Saúde - SUS promoveram o I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (I PIC's NE), entre os dias 30 de maio e 02 de junho de 2013, no Complexo Multieventos no campus da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), na cidade de Juazeiro/BA.

O evento trouxe como tema principal “Pela reconstrução do modelo de cuidado”, com o objetivo de criar um espaço de debate pioneiro no Nordeste sobre o estudo e a prática de sistemas complexos de cuidado humano, tradicionais e modernos, em um momento de reconhecida limitação da racionalidade biomédica para dar respostas resolutivas às necessidades em saúde da população, especialmente no âmbito da Atenção Primária. Nesse cenário, ficou reforçada a importância de reconhecermos a diversidade de racionalidades médicas e práticas integrativas existentes e de analisarmos e potencializarmos suas inter-relações em sistemas formais e informais de saúde, com ênfase nas suas contribuições ao SUS.

O I PICs NE consistiu em um espaço de diálogo, formação, análise e fortalecimento de trocas entre diferentes experiências e estudos sobre a temática, destinado a profissionais, professores, pesquisadores e estudantes de diversas áreas da saúde e campos afins, abertos para refletir sobre a ética do cuidado humano, integralidade, sistemas de cuidado e cura não invasivos, valorização do saber tradicional e políticas públicas de saúde.

Esta iniciativa envolveu laboratórios de pesquisa de diversas Universidades do Nordeste brasileiro (UFBA, UNEB, UFPE, UNIVASF, UFPB, UFRN, UFC) e outras localidades (UNICAMP, UNIFESP, UNESP), bem como profissionais de diversos serviços municipais de saúde (Juazeiro/BA, Recife/PE, Petrolina/PE, João Pessoa/PB, Sobral/CE, Maracanaú/CE) e, ainda, Secretarias de Estado (BA, PB, RN, SE) e os Ministérios da Saúde e da Educação.

Forão realizadas conferências, mesas redondas, rodas de diálogo, minicursos, práticas corporais, grupos de trabalho com apresentações orais e exposições em painéis de estudos e relatos de experiências em diversas áreas, além de lançamentos e divulgação de livros, apresentações culturais e muitas outras ações pedagógicas e de troca de saberes e práticas.

Nosso evento foi construído a partir de quatro eixos temáticos principais e buscou-se priorizar debates verticais e transversais. Abaixo procuramos descrever cada um dos eixos principais com subtemas aprofundados ao longo do evento:

**Eixo 01 – Epistemologia do cuidado: Crise Planetária, Saúde e Desenvolvimento Integral/Sustentável:**

- Transição epistemológica e seus impactos nos modos de cuidado;
- PICS, visões alargadas da cronicidade e saúde mental;
- Economia da saúde;
- Complexidade do sentido de saúde para diversos segmentos (profissionais, estudantes, usuários/pacientes) e grupos étnicos/raciais, gênero, geração e classe;
- Práticas Tradicionais de cuidado integral alternativos ao modelo biomédico.

### **Eixo 02 – Formação/Educação para o Cuidado Integrativo:**

- Aspectos variados da formação em saúde e da educação integral com a inclusão das PICS;
- Educação permanente de profissionais;
- Educação Popular, memória e experiência Integral;
- Aspectos éticos, diversidade cultural, epistemológica e prática no campo da saúde;
- Intersetorialidade e transdisciplinaridade na formação, prática de saúde e gestão do cuidado integral;
- Resultados e desafios da inclusão das PICS no processo de formação em saúde.

### **Eixo 03 – Produção de Conhecimento e Pesquisas no contexto da PIC's :**

- Racionalidades Médicas;
- Ética do cuidado e da produção do conhecimento: perspectivas emancipatórias;
- Práticas tradicionais de cuidado/cura;
- Metodologias e processos de pesquisa em PICS;
- Novas Práticas de Cuidado e de compreender o binômio saúde-doença;
- Práticas vitalistas, energéticas, pautadas na unidade mente-corpo, psicoterapias e práticas corporais, experienciais e que abordem aspectos espirituais e religiosos do processo de saúde, doença e cura/cuidado.

### **Eixo 04 – Experiências, Práticas/Institucionalização das PICS como estratégia/forma de cuidado:**

- PICS nos serviços de saúde - delimitações, expansões e relações;
- Transversalidade das PICS nas Políticas de saúde (PNPIC, Política de Promoção, Ciência e Tecnologia, Educação Popular, etc.);

- Tecnologias leves em saúde: estudos sobre acolhimento, vínculo, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular - PTS, matriciamento, apoio institucional e territorial;
- Gestão do Trabalho em Saúde e as PICs.

Ficamos imensamente felizes em trazer um evento como este para o Semiárido Nordeste! Desejamos construir uma rede para aprender, ensinar e instituir formas de cuidado humano que contribuam para a consolidação de uma rede de atenção universal à saúde sensível às diversidades sociais e culturais, comprometida com a valorização das relações entre os saberes tradicionais/locais e o conhecimento científico.

Damos boas-vindas a todos os participantes do I Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e certos do sucesso do evento, em nome da comissão organizadora, agradecemos a todos/as pela participação.

# I PICs NE

I Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## AGRADECIMENTOS

Como agradecer a um movimento, ao vento, ao ar que respiramos, ou ainda o que há mais sutil e anterior a esta singela ação que preserva a vida e nosso contato íntimo com a natureza e o mundo. Ao sopro gratuito e misterioso em sua essência e origem, mas que nos anima e pode ser enunciado em diversos símbolos, devemos nossa gratidão primeira.

Em seguida, agradecemos fraternalmente a todas as pessoas e instituições que de alguma forma contribuíram para realização deste evento, desde o trabalho técnico específico das diversas comissões, até o trabalho terno e afetivo de nossos familiares que utilizam da compreensão e de apoio incondicional para alimentar nossos sonhos de realização e auxiliar para que tudo possa ocorrer de forma bela e plena.

As inúmeras instituições, através de representantes (docentes, gestores, profissionais da atenção direta à saúde, estudantes, usuários, etc.) que nutriram a concepção, o planejamento, e a execução desta empreitada, esperando que o benefício e continuidade desta rede possam valer o esforço de cada um em estar presente e ativo no I PICs NE.

Em especial, precisamos destacar o apoio incondicional da UNIVASF, que se mostrou acolhedora, disponível e parceira indispensável através dos seus diversos profissionais em vários setores institucionais que se mostraram continuamente compreensivos, efetivos, colaborativos, resolutivos e de coragem pioneira neste campo em assumir e propor um evento desta magnitude. Estendemos este agradecimento ao Ministério da Educação, que por meio do Programa de Extensão Universitária (PROEXT), também favoreceu a execução do evento.

Precisamos também destacar o valioso apoio do Ministério da Saúde, em especial a Coordenação Geral de Áreas Técnicas da Diretoria de Atenção Básica (MS/DAB/CGAT) que desde o início teve uma participação valiosa para a realização deste nosso encontro. O apoio técnico e financeiro foi valioso para ampliarmos a capacidade do evento e a amplitude de temáticas e de convidados qualificados.

## SUMÁRIO

---

<b>PROGRAMAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>LISTA DE TRABALHOS – MODALIDADE ORAL – GRUPOS DE TRABALHOS – GT’s.</b>	<b>34</b>
<b>LISTA DE TRABALHOS – MODALIDADE BANNER</b>	<b>41</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE ORAL – EIXO 01</b>	<b>45</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE ORAL – EIXO 02</b>	<b>78</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE ORAL – EIXO 03</b>	<b>167</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE ORAL – EIXO 04</b>	<b>271</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE BANNER – EIXO 01</b>	<b>369</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE BANNER – EIXO 02</b>	<b>384</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE BANNER – EIXO 03</b>	<b>426</b>
<b>RESUMOS EXPANDIDOS – MODALIDADE BANNER – EIXO 04</b>	<b>462</b>

---

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

Programação Atualizada I PICs NE	
Dia - 30/05	
8h-12h/14h-18:30h	Credenciamento -Hall do Complexo Multi Eventos
8:30h às 12:30h – 14:00h às 18h	<p>Mini Cursos (manhã e tarde):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Bioenergética Social: Corpo, Expressão e Saúde Integral (4h)</b> – Regina Araujo (Psicóloga Analista Bioenergética e Mestre em Psicologia Clínica, Libertas/PE) – manhã. <i>Auditório Principal</i></li> <li><b>Palhaçoterapia (8h)</b> – Rafael Barreiros (Arte Educador, formador em clown de profissionais de saúde em diversas universidades do NE/PE) – manhã e tarde. <i>Sala A</i></li> <li><b>Respiração Holotrópica (8h)</b> – Álvaro Jardim e Dora Jardim (Psicoterapeutas Transpessoais, CTP/GO, GTT/Brasil) – manhã e tarde. <i>Sala C</i></li> <li><b>O Parto Natural Seguro, Amoroso e Digno: Facilitando a vida com qualidade originária (8h):</b> Suely Carvalho (Parteira Tradicional, Enfermeira Obstetra, EAPT/BA) – manhã e tarde. <i>Auditório 08</i></li> <li><b>Constelação Sistêmica um resgate de si (4h)</b> – Ana da Fonte (Terapeuta Sistêmica com formação internacional em Constelações, Constelar/PE) – tarde. <i>Sala 09</i></li> <li><b>Educação Biocêntrica: ética para a saúde (4h)</b> – Carla Coelho (Filósofa, Doutora em Educação, Facilitadora Didáta em Biodanza formada pela EGB e IBF (UNIT/SE) – tarde. <i>Mesainho</i></li> <li><b>Farmácias Vivas: uma ideia que deu certo (4h)</b> – Júlio Peixe (Farmacêutico, gerente do Laboratório de Produtos Fitoterápicos e Oficinas - Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE) – tarde. <i>Sala 08</i></li> <li><b>Vivência em Yoga (4h)</b> – Vitor Lima (Biólogo, Doutor em Bioquímica, instrutor de Yoga, UFAL) – tarde. <i>Sala 07</i></li> <li><b>Informativo sobre HOMEOPATIA (4h)</b> - Berta Klüppel (Médica homeopata e fitoterapeuta, Doutora em Patologia Experimental, UFPB) – tarde. <i>Auditório 01</i></li> <li><b>Quando a boca cala os órgãos falam: desvendando as mensagens dos sintomas (4h)</b> – Adalberto Barreto (Médico, Doutor em Medicina e Antropologia (UFC/CE) – tarde. <i>Auditório 02</i></li> <li><b>Auriculopuntura: Como uma pratica integrativa e complementar (4h)</b> – Rogélia Herculano Pinto (Enfermeira, Especialista em Acupuntura, Mestre em Enfermagem, UFPE-CAV) e Bartolomeu Santos (Enfermeiro, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Ciências da Saúde, UFPE-CAV) – tarde. <i>Sala 06</i></li> <li><b>Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (4h)</b> – Nelson Filice de Barros (Cientista Social, Doutor em Saúde Coletiva, UNICAMP-SP) – tarde. <i>Auditório 03</i></li> <li><b>Nova Medicina Germânica – um novo paradigma em saúde (4h)</b> –</li> </ol>

	<p>Maria José Etelvina (Psicóloga, Mestra em Educação Emocional, UNEB-BA) – tarde. <i>Auditório 04</i></p> <p>14. <b>Educação Popular em Saúde (4h)</b> – Carlos Silvan (Sanitarista, Especialista em Antropologia da Saúde, Mestre em Educação. SGETS-MS e CNEPS-MS/DF), Tiago Parada (Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Colegiado do MobilizaSUS - DGETS-SUPERH-SESAB/BA) e Osvaldo Bonetti (Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva. Coordenação do CNEPS-MS/DF) – tarde. <i>Sala 05</i></p> <p>15. <b>Fitoterapia na atenção básica à saúde (4h)</b> – Raquel Moreira (Farmacêutica Bioquímica, mestra em Ciências Biológicas e doutora em Ciências Farmacêuticas, UNESP) – tarde. <i>Auditório 05</i></p> <p>16. <b>Qigong - Exercícios Terapêuticos Chineses (4h)</b> – Gutembergue Livramento (Fisioterapeuta, Mestrado em Medicina e Saúde Humana, com Cursos de formação e aperfeiçoamento em Medicina Chinesa (Brasil/China), IBRAPEQ/BA) – tarde. <i>Sala 04</i></p> <p>17. <b>Ambientes e recursos naturais do nordeste (BRA) com potenciais aplicações terapêuticas em termalismo – CRENOTERAPIA (4h)</b> - Fabio Tadeu Lazzerini (Geólogo, Doutorando em Componentes Biologicamente Ativos Naturais do Brasil pela UNESP, Vice-presidente da Organização Mundial de Termalismo/SP) – tarde. <i>Auditório 06</i></p> <p>18. <b>Corpo e Arte no trabalho psicocorporal com crianças e adolescentes (4h)</b>- Ana Sacerdote / Edna Ferreira Lopes / Fernanda Andrade Lima / Reveca Bouqvar (Psicólogas, Analistas em Bioenergética, Arteterapeutas e Terapeutas de Família e Casal. Espaço Horizonte/PE) – tarde. <i>Sala NT</i></p> <p>19. <b>Saúde coletiva, Alimentação e Medicina Tradicional Brasileira (4h)</b> - Márcio Bontempo (Médico homeopata, sanitarista, especialista nutrologia, Presidente da Federação Brasileira de Medicina Tradicional - FBMT/DF) – tarde. <i>Auditório 07</i></p>
18h – 18:45h	<p>Intervalo</p> <p>Apresentação Cultural: Dança dos Praiás Pankararé (Encantados da Natureza)</p> <p><i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
18:45h – 19:15h	Mesa Institucional de Abertura do Evento
19:15h – 21h	<p>Mesa Redonda: Pela Reconstrução do Modelo de Atenção: Caminhos para o Cuidado Integral e Desenvolvimento Sustentável na Saúde (<i>Auditório Principal</i>)</p> <p>Marcelo Pelizzoli (Filósofo, Pós-doutor em Bioética, UFPE)</p> <p>Adalberto Barreto (Médico, Doutor em Medicina e Antropologia, UFC)</p> <p>Pajé Afonso Pankararé (Território Indígena Pankararé – Paulo Afonso/BA)</p> <p>Alexandre Barreto (Especialista em Psicologia Clínica, Mestre em</p>

	<p>Antropologia, doutorando em Educação, UNIVASF)</p> <p>Anamélia Franco (Doutora em Saúde Pública, IHAC/UFBA) – Mediadora</p>
21h	<p>Coquetel com Atividade Cultural e Lançamento de Livros</p> <p><i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
Dia 31/05	
8:30h – 9:30h	<p>Práticas Corporais:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Compartilhamento do Curso de Respiração Holotrópica</b> – Atividade de fechamento do curso (Álvaro Jardim e Dora Jardim). <i>Sala B</i></li> <li>2. <b>Vivência de Yoga</b> – (Vitor Lima – Doutor em Bioquímica, Mestre de Yoga, UFAL). <i>Sala A</i></li> <li>3. <b>Dança Terapia</b> - (Rejane Amaral – Psicóloga, Especialista em Arte Educação com ênfase no ensino de dança, SSAS de Sobral/CE). <i>Mesanino</i></li> <li>4. <b>Vivência de Tai chi chuan</b> – (Equipe NAPI da SMS de Recife/PE). <i>Entrada do Complexo Multi Eventos</i></li> <li>5. <b>Corpo e Movimento – Sistema Rio Aberto</b> (Carmem de Simoni – Médica de Família e Comunidade, Mestra em Saúde Coletiva, SES/DF). <i>Auditório Principal</i></li> <li>6. <b>TRE - Exercícios para Libertação do Trauma</b> (Ivanluza Rodrigues – Psicóloga Clínica, Especialista em Prevenção de Trauma, com Formação Internacional em TRE/ PE). <i>Sala C</i></li> <li>7. <b>Gigong</b> – Gutembergue Livramento (Fisioterapeuta, Mestrado em Medicina e Saúde Humana, com Cursos de formação e aperfeiçoamento em Medicina Chinesa, IBRAPEQ-BA). <i>Quadra</i></li> </ol>
9:45h – 12h	<p>Mesa Redonda: <b>Educação em Saúde: Caminhos para a Formação Integrativa.</b> <i>Auditório Principal</i></p> <p>Ana Tânia Sampaio (Enfermeira, Doutora em Educação, UFRN)</p> <p>Aurino Lima Ferreira (Doutor em Educação, UFPE)</p> <p>Carla Coelho (Filósofa, Doutora em Educação, UNIT/SE)</p> <p>Carlos Silvan (Sanitarista, Especialista em Antropologia da Saúde, Mestre em Educação, SGETS-MS e CNEPS-MS/DF)</p>



	Barbara Cabral (Doutora em Psicologia, UNIVASF) – mediadora
12h – 13:30h	Intervalo para Almoço
13:30h – 15:15h	<p>Rodas de Diálogos</p> <p><b>01. Educação Popular em Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares: encontros possíveis. Auditório 01</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carlos Silvan (Sanitarista, Especialista em Antropologia da Saúde, Mestre em Educação, SGETS-MS e CNEPS-MS/DF)</li> <li>- Simoni Maria Leite Batista (Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, MOPS/ ANEPS, Aracaju-SE)</li> <li>- Osvaldo Peralta Bonetti (Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva. Coordenação do CNEPS-MS/DF)</li> <li>- Graça Machado (Psicóloga, Mestre em Educação, SESAB/BA)</li> </ul> <p><b>02. As PICs na Formação em Saúde: Componentes inter e transdisciplinares, Educação pelo Trabalho e inserção curricular em nível técnico, graduação e pós-graduação. Auditório 02</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rogélia Herculano (Enfermeira obstetra, Especialista em Acupuntura, Mestre em Enfermagem, UFPE-CAV)</li> <li>- Anamélia Franco (Psicóloga, Doutora em Saúde Pública, IHAC/UFBA)</li> <li>- Berta Klüppel (Médica homeopata e Fitoterapeuta, Doutora em Patologia Experimental, UFPB)</li> <li>- Andréa Aguiar (Bióloga, Especialista em Yoga e Dança, Doutora em Educação, UFRN)</li> </ul> <p><b>03. As Tecnologias Integrativas como via de Educação Permanente e Humanização no SUS: Centros de Referência e Matriciamento com as PICs. Auditório 07</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Júlio Lins (Médico de Família e Comunidade, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Saúde Coletiva, Gestor de PICs SMS - Recife/PE)</li> <li>- Jarbas Nunes (Biomédico, Mestre em Saúde Coletiva, NAPI – SMS Recife/PE e CIS/UFPE)</li> <li>- Karina Pertili ((Enfermeira, massoterapeuta e terapeuta em</li> </ul>

	<p>Ayurveda, Canto da Harmonia - SMS João Pessoa/PB)</p> <p>- Andréa Carrer (Pedagoga, Mestre em Educação e Terapeuta Holista, Equilíbrio do Ser – SMS João Pessoa/PB)</p> <p><b>04. Interculturalidade, modos formativos e ampliação repertórios nos cuidados à saúde. Auditório 08</b></p> <p>- Carmen de Simoni (Médica de Família e Comunidade, Mestre em Saúde Coletiva, SES-DF)</p> <p>- Herlon Bezerra (Psicólogo, Mestre em Filosofia Contemporânea, IFET – Sertão)</p> <p>- Karine de Oliveira Gomes (Mestra em Nutrição, doutoranda em Saúde Pública, UFBA - Vitória da Conquista)</p>
15:15h – 15:35h	Intervalo
15:35h – 17:15h	<b>Grupos de Trabalho:</b> Apresentações simultâneas dos GTs <i>Auditórios 1,2,3,4,5,6,7,8 e sala I</i>
17:15h – 19:15h	<p>Mesa-Redonda: <b>Caminhos do Conhecimento e da Pesquisa nas PICs.</b> <i>Auditório Principal</i></p> <p>Paulo Henrique Martins (Doutor em Sociologia, UFPE)</p> <p>Nelson Filice de Barros (Doutor em Saúde Coletiva, UNICAMP)</p> <p>Jackson Guedes de Almeida (Farmacêutico, Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, UNIVASF)</p> <p>Ricardo Ghelman (Médico Antroposófico, Mestre em Anatomia Comparada e Doutor em Medicina, UNIFESP)</p> <p>Rafaela Melo (Mestre em Enfermagem, UNIVASF) – mediadora</p>
19:15h – 19:30h	Intervalo
19:30h- 20:30h	<p>Atividade Cultural – <b>Espectáculo Teatral “Romeu, romanticamente eu”.</b></p> <p>Com Rafael Barreiros. <i>Auditório 02</i></p>
Dia – 01/06	
13h-15h	<p>Rodas de Diálogos:</p> <p><b>01. Alargando a noção de “Cronicidade” da medicina moderna – algumas perspectivas possíveis. Auditório 01</b></p> <p>- Marcelo Castellanos (Sociólogo, Doutor em Saúde Coletiva,</p>

ISC/UFBA).

- Maria José Etelvina (Psicóloga, Mestre em Educação Emocional, UNEB-BA).

- Álvaro Jardim (Psicólogo Clínico, Especialista em Transdisciplinaridade, Coordena o GGT/Brasil, CTP-GO)

- Ana da Fonte (Terapeuta Sistêmica com formação internacional em Constelações, Constelar/PE )

**02. Espiritualidade e Religiosidade: Diversidade cultural, subjetividade e possibilidades Terapêuticas Resolutivas.**

*Auditório 02*

- Juracy Marques (Doutor em Cultura e Sociedade, Pós Doutor em Ecologia Humana, UNEB-BA)

- Berta Klüppel (Médica Homeopata e Fitoterapeuta, Doutora em Patologia Experimental, docente do Programa de Pós Graduação de Ciências das Religiões da UFPB)

- Karla Danielle Luz (Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica, UNIVASF)

**03. Corpo, Movimento e Saúde: Aproximações integrativas.**

*Auditório 07*

- Regina Araújo (Analista Bioenergética, Mestre em Psicologia Clínica, Libertas/PE)

- Marcelo Nascimento (Educador Físico, Doutor em Ciências da Dança, UNIVASF)

- Vitor Lima (Doutor em Bioquímica, Instrutor de Yoga, UFAL)

- Louisa Huber (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Medicina Tradicional Chinesa, Salvador/BA)

**04. O Parto como experiência amorosa: Um retorno às raízes e a naturalidade do corpo. Auditório 08**

- Suely Carvalho (Parteira Tradicional, Enfermeira obstetra, BA)

- Janaina Matias (Psicoterapeuta Corporal, Especialista em Psicologia Clínica, doula, Integrar/PE)

- Dora Jardim (Psicoterapeuta, Especialista em Psicologia Transpessoal, GTT/Brasil e CTP/GO)

	- Claudia Aguiar (Médica de Família e Comunidade, Mestra em Educação Médica, UNIVASF)
15h – 16:40h	Apresentações Científicas dos Painéis <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i>
16:40h – 17h	Intervalo
17h – 19h	<p>Mesa Redonda: <b>Desafios na Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.</b> <i>Auditório Principal</i></p> <p>Felipe Cavalcanti (Médico Sanitarista, doutorando e mestre em Saúde Coletiva, Coordenador da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica, SAS/MS)</p> <p>Mychelle Kytchia (Nutricionista, Coordenadora Estadual das Práticas Integrativas e Complementares, SES-RN)</p> <p>Júlio Lins (Médico de Família e Comunidade, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Saúde Coletiva, Coordenador de PICs SMS - Recife/PE)</p> <p>Márcio Bontempo (Médico homeopata e sanitarista, especialista em naturologia, Presidente da Federação Brasileira de Medicinal Tradicional/DF)</p> <p>Luciana Florintino (Psicóloga Sanitarista, Coordenadora do Núcleo de Humanização e Educação Permanente da SESAU – Juazeiro/BA) – mediadora</p>
19h – 19:30h	Atividade Cultural <b>Show Musical: Banda Chico Livre</b> <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i>
19:30 – 21h	<b>Reunião para Construção de Rede Colaborativa de PICs Ne</b> <i>Auditório 01</i>
Dia - 02/06	
8:30h – 9:30h	<p>Práticas Corporais:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Dança Criativa</b> – (Marcelo Nascimento – Educador Físico, Doutor em Ciências da Dança, UNIVASF). <i>Sala C</i></li> <li><b>Vivência de Yoga</b> – (Vitor Lima – Doutor em Bioquímica, Mestre de Yoga, UFAL). <i>Sala A</i></li> <li><b>Vivência de Tai chi chuan</b> – (Equipe NAPI da SMS de Recife/PE). <i>Quadra</i></li> </ol>

	<p>4. <b>Biodança</b> – (Cledson Reis – Psicólogo, Facilitador em Biodança e Educador Popular Biocêntrico, e, Luciana Castro – Psicóloga Facilitadora de Biodança e Terapeuta Comunitária – Recife/PE). <i>Mesanino</i></p> <p>5. <b>Grupo de Movimento em Bioenergética</b> (Equipe do Espaço Horizonte – Recife/PE). <i>Auditório Principal</i></p> <p>8. <b>Gigong</b> – (Louisa Ruber – Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Medicina Tradicional Chinesa, Salvador/BA). <i>Entrada do Complexo Multi Eventos</i></p>
9:30h – 11h	<p>Rodas de Diálogo:</p> <p><b>01. Experiências da gestão em Políticas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Auditório 01</b></p> <p>Vanessa Vieira Santos (Farmacêutica homeopata, Yogaterapeuta, Coordenadora da Política de PICs SMS João Pessoa- PB)</p> <p>Rejane Amaral (Psicóloga, Especialista em Arte Educação com ênfase no ensino de dança, Coordenadora da Política de PICs na SMS Sobral - CE)</p> <p>Graça Machado (Psicóloga, Mestre em Educação, Membro do GT PICs da SASAB-BA)</p> <p>Júlio Peixe (Farmacêutico, gerente do Laboratório de Produtos Fitoterápicos e Oficinas - Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE)</p> <p><b>02. Experiências do Manejo da Fitoterapia e da Medicina Natural na Atenção Primária. Auditório 03</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celerino Carriconde (Médico sanitário e fitoterapeuta, CNMP – PE)</li> <li>- Aureo Augusto (Médico de família, naturopata, Seabra- BA)</li> <li>- Olindina Chaves (Farmacêutica, Mestre em Bioquímica, INTA/CE)</li> <li>- Raquel Moreira (Doutora em Ciências Farmacêuticas, UNESP)</li> </ul> <p><b>03. Experiências de Cuidado integral: O manejo clínico da Medicina Tradicional Chinesa e homeopatia nos serviços públicos. Auditório 07</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gutembergue Livramento –( Fisioterapeuta, Mestre em Medicina e Saúde Humana, IBRAPEQ - BA)</li> <li>- Dulce Ribeiro (Médica cardiologista, com formação em homeopatia,</li> </ul>

	<p>MTC/Acupuntura e FAO, Juazeiro-BA).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bartolomeu Santos (Enfermeiro, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Ciências da Saúde, UFPE-CAV)</li> <li>- Martha Guimarães Cavalcanti (Médica homeopata e pediatra, da SMS de Petrolina e UNIVASF)</li> </ul> <p><b>04. A Emergência do Cuidado Integrativo: experiências na atenção integrativa em ambientes hospitalares e na modalidade de plantão.</b> Auditório 08</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rafael Barreiros (Arte Educador, formador em clown de profissionais de Saúde, Recife/PE – UPI/UNIVASF)</li> <li>- Diana Pedral Sampaio (Médica, Doutora em Medicina e Saúde, Coordena Ambulatório de PICs no Hospital Universitário – Salvador)</li> <li>- Ivanluza Rodrigues (Psicóloga Clínica, Especialista em Prevenção de Trauma, com Formação Internacional em TRE/ PE)</li> <li>- Darlindo Ferreira (Psicólogo Clínico, Doutor em Psicologia, UNIVASF)</li> </ul>
11h – 11:20h	Intervalo
11:20h – 13:00h	<b>Grupos de Trabalho:</b> Apresentações simultâneas <i>Auditórios 1,2,3,4,5,6,7,8 e sala I</i>
13h – 14:30h	Almoço
14:30h – 16:30h	<p>Mesa de Encerramento: <b>Histórias do Pioneirismo das PICs no Nordeste Brasileiro.</b> <i>Auditório Principal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celerino Carriconde (Médico fitoterapeuta, Centro Nordestino de Medicina Popular, Olinda-PE)</li> <li>- Suely Carvalho (Parteira Tradicional, Enfermeira Obstetra/BA)</li> <li>- Aureo Augusto (Médico de família e comunidade, naturopata, Seabra/BA)</li> <li>- Israel Filho (Fisioterapeuta, Especialista em MTC/Acupuntura, Petrolina/PE)</li> <li>- Glória Coelho (Enfermeira, Mestre em Ciências, UNIVASF) – mediadora</li> </ul>
16:30h – 18h	<b>Solenidade de Encerramento.</b> <i>Auditório Principal</i> Homenagem aos Pioneiros da PICs no Nordeste - Profissionais

	<p>Homenageados:</p> <p>Adalberto Barreto, Aureo Augusto, Celerino Carricone, Dulce Ribeiro, Israel Filho e Suely Carvalho.</p> <p><b>Show Musical: Dalmo Funchal</b> <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
<b>Programação Atualizada I PICs NE</b>	
Dia - 30/05	
8h-12h/14h-18:30h	Credenciamento - <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i>
8:30h às 12:30h – 14:00h às 18h	<p>Mini Cursos (manhã e tarde):</p> <p>20. <b>Bioenergética Social: Corpo, Expressão e Saúde Integral</b> (4h) – Regina Araujo (Psicóloga Analista Bioenergética e Mestre em Psicologia Clínica, Libertas/PE) – manhã. <i>Auditório Principal</i></p> <p>21. <b>Palhaçoterapia</b> (8h) – Rafael Barreiros (Arte Educador, formador em clown de profissionais de saúde em diversas universidades do NE/PE) – manhã e tarde. <i>Sala A</i></p> <p>22. <b>Respiração Holotrópica</b> (8h) – Álvaro Jardim e Dora Jardim (Psicoterapeutas Transpessoais, CTP/GO, GTT/Brasil) – manhã e tarde. <i>Sala C</i></p> <p>23. <b>O Parto Natural Seguro, Amoroso e Digno: Facilitando a vida com qualidade originária</b> (8h): Suely Carvalho (Parteira Tradicional, Enfermeira Obstetra, EAPT/BA) – manhã e tarde. <i>Auditório 08</i></p> <p>24. <b>Constelação Sistêmica um resgate de si</b> (4h) – Ana da Fonte (Terapeuta Sistêmica com formação internacional em Constelações, Constelar/PE) – tarde. <i>Sala 09</i></p> <p>25. <b>Educação Biocêntrica: ética para a saúde</b> (4h) – Carla Coelho (Filósofa, Doutora em Educação, Facilitadora Didáta em Biodanza formada pela EGB e IBF (UNIT/SE) – tarde. <i>Mesainho</i></p> <p>26. <b>Farmácias Vivas: uma ideia que deu certo</b> (4h) – Júlio Peixe (Farmacêutico, gerente do Laboratório de Produtos Fitoterápicos e Oficinas - Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE) – tarde. <i>Sala 08</i></p> <p>27. <b>Vivência em Yoga</b> (4h) – Vitor Lima (Biólogo, Doutor em Bioquímica, instrutor de Yoga, UFAL) – tarde. <i>Sala 07</i></p> <p>28. <b>Informativo sobre HOMEOPATIA</b> (4h) - Berta Klüppel (Médica homeopata e fitoterapeuta, Doutora em Patologia Experimental, UFPB) – tarde. <i>Auditório 01</i></p> <p>29. <b>Quando a boca cala os órgãos falam: desvendando as mensagens dos sintomas</b> (4h) – Adalberto Barreto (Médico, Doutor em Medicina e Antropologia (UFC/CE) – tarde. <i>Auditório 02</i></p> <p>30. <b>Auriculopuntura: Como uma pratica integrativa e complementar</b> (4h) – Rogélia Herculano Pinto (Enfermeira, Especialista em Acupuntura, Mestre em Enfermagem, UFPE-CAV) e Bartolomeu</p>

	<p>Santos (Enfermeiro, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Ciências da Saúde, UFPE-CAV) – tarde. <i>Sala 06</i></p> <p>31. <b>Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares (4h)</b> – Nelson Filice de Barros (Cientista Social, Doutor em Saúde Coletiva, UNICAMP-SP) – tarde. <i>Auditório 03</i></p> <p>32. <b>Nova Medicina Germânica – um novo paradigma em saúde (4h)</b> – Maria José Etelvina (Psicóloga, Mestra em Educação Emocional, UNEB-BA) – tarde. <i>Auditório 04</i></p> <p>33. <b>Educação Popular em Saúde (4h)</b> – Carlos Silvan (Sanitarista, Especialista em Antropologia da Saúde, Mestre em Educação. SGETS-MS e CNEPS-MS/DF), Tiago Parada (Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva. Colegiado do MobilizaSUS - DGETS-SUPERH-SESAB/BA) e Osvaldo Bonetti (Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva. Coordenação do CNEPS-MS/DF) – tarde. <i>Sala 05</i></p> <p>34. <b>Fitoterapia na atenção básica à saúde (4h)</b> – Raquel Moreira (Farmacêutica Bioquímica, mestra em Ciências Biológicas e doutora em Ciências Farmacêuticas, UNESP) – tarde. <i>Auditório 05</i></p> <p>35. <b>Qigong - Exercícios Terapêuticos Chineses (4h)</b> – Gutembergue Livramento (Fisioterapeuta, Mestrado em Medicina e Saúde Humana, com Cursos de formação e aperfeiçoamento em Medicina Chinesa (Brasil/China), IBRAPEQ/BA) – tarde. <i>Sala 04</i></p> <p>36. <b>Ambientes e recursos naturais do nordeste (BRA) com potenciais aplicações terapêuticas em termalismo – CRENOTERAPIA (4h)</b> - Fabio Tadeu Lazzerini (Geólogo, Doutorando em Componentes Biologicamente Ativos Naturais do Brasil pela UNESP, Vice-presidente da Organização Mundial de Termalismo/SP) – tarde. <i>Auditório 06</i></p> <p>37. <b>Corpo e Arte no trabalho psicocorporal com crianças e adolescentes (4h)</b>- Ana Sacerdote / Edna Ferreira Lopes / Fernanda Andrade Lima / Rebeca Bouqvar (Psicólogas, Analistas em Bioenergética, Arteterapeutas e Terapeutas de Família e Casal. Espaço Horizonte/PE) – tarde. <i>Sala NT</i></p> <p>38. <b>Saúde coletiva, Alimentação e Medicina Tradicional Brasileira (4h)</b> - Márcio Bontempo (Médico homeopata, sanitarista, especialista nutrologia, Presidente da Federação Brasileira de Medicina Tradicional - FBMT/DF) – tarde. <i>Auditório 07</i></p>
18h – 18:45h	<p>Intervalo</p> <p>Apresentação Cultural: Dança dos Praiás Pankararé (Encantados da Natureza)</p> <p><i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
18:45h – 19:15h	Mesa Institucional de Abertura do Evento
19:15h – 21h	Mesa Redonda: Pela Reconstrução do Modelo de Atenção: Caminhos para o Cuidado Integral e Desenvolvimento Sustentável na Saúde ( <i>Auditório Principal</i> )



	<p>Marcelo Pelizzoli (Filósofo, Pós-doutor em Bioética, UFPE)</p> <p>Adalberto Barreto (Médico, Doutor em Medicina e Antropologia, UFC)</p> <p>Pajé Afonso Pankararé (Território Indígena Pankararé – Paulo Afonso/BA)</p> <p>Alexandre Barreto (Especialista em Psicologia Clínica, Mestre em Antropologia, doutorando em Educação, UNIVASF)</p> <p>Anamélia Franco (Doutora em Saúde Pública, IHAC/UFBA) – Mediadora</p>
21h	<p>Coquetel com Atividade Cultural e Lançamento de Livros</p> <p><i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
Dia 31/05	
8:30h – 9:30h	<p>Práticas Corporais:</p> <p>9. <b>Compartilhamento do Curso de Respiração Holotrópica</b> – Atividade de fechamento do curso (Álvaro Jardim e Dora Jardim). <i>Sala B</i></p> <p>10. <b>Vivência de Yoga</b> – (Vitor Lima – Doutor em Bioquímica, Mestre de Yoga, UFAL). <i>Sala A</i></p> <p>11. <b>Dança Terapia</b> - (Rejane Amaral – Psicóloga, Especialista em Arte Educação com ênfase no ensino de dança, SSAS de Sobral/CE). <i>Mesário</i></p> <p>12. <b>Vivência de Tai chi chuan</b> – (Equipe NAPI da SMS de Recife/PE). <i>Entrada do Complexo Multi Eventos</i></p> <p>13. <b>Corpo e Movimento – Sistema Rio Aberto</b> (Carmem de Simoni – Médica de Família e Comunidade, Mestre em Saúde Coletiva, SES/DF). <i>Auditório Principal</i></p> <p>14. <b>TRE - Exercícios para Libertação do Trauma</b> (Ivanluzia Rodrigues – Psicóloga Clínica, Especialista em Prevenção de Trauma, com Formação Internacional em TRE/ PE). <i>Sala C</i></p> <p>15. <b>Gigong</b> – Gutembergue Livramento (Fisioterapeuta, Mestrado em Medicina e Saúde Humana, com Cursos de formação e aperfeiçoamento em Medicina Chinesa, IBRAPEQ-BA). <i>Quadra</i></p>
9:45h – 12h	<p>Mesa Redonda: <b>Educação em Saúde: Caminhos para a Formação Integrativa</b>. <i>Auditório Principal</i></p> <p>Ana Tânia Sampaio (Enfermeira, Doutora em Educação, UFRN)</p>

	<p>Aurino Lima Ferreira (Doutor em Educação, UFPE)</p> <p>Carla Coelho (Filósofa, Doutora em Educação, UNIT/SE)</p> <p>Carlos Silvan (Sanitarista, Especialista em Antropologia da Saúde, Mestre em Educação, SGEP-MS e CNEPS-MS/DF)</p> <p>Barbara Cabral (Doutora em Psicologia, UNIVASF) – mediadora</p>
12h – 13:30h	Intervalo para Almoço
13:30h – 15:15h	<p>Rodas de Diálogos</p> <p><b>03. Educação Popular em Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares: encontros possíveis. Auditório 01</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carlos Silvan (Sanitarista, Especialista em Antropologia da Saúde, Mestre em Educação, SGETS-MS e CNEPS-MS/DF)</li> <li>- Simoni Maria Leite Batista (Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, MOPS/ ANEPS, Aracaju-SE)</li> <li>- Osvaldo Peralta Bonetti (Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva. Coordenação do CNEPS-MS/DF)</li> <li>- Graça Machado (Psicóloga, Mestra em Educação, SESAB/BA)</li> </ul> <p><b>04. As PICs na Formação em Saúde: Componentes inter e transdisciplinares, Educação pelo Trabalho e inserção curricular em nível técnico, graduação e pós-graduação. Auditório 02</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rogélia Herculano (Enfermeira obstetra, Especialista em Acupuntura, Mestra em Enfermagem, UFPE-CAV)</li> <li>- Anamélia Franco (Psicóloga, Doutora em Saúde Pública, IHAC/UFBA)</li> <li>- Berta Klüppel (Médica homeopata e Fitoterapeuta, Doutora em Patologia Experimental, UFPB)</li> <li>- Andréa Aguiar (Bióloga, Especialista em Yoga e Dança, Doutora em Educação, UFRN)</li> </ul> <p><b>05. As Tecnologias Integrativas como via de Educação Permanente e Humanização no SUS: Centros de Referência e Matriciamento com as PICs. Auditório 07</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Júlio Lins (Médico de Família e Comunidade, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Saúde Coletiva, Gestor de PICs SMS -</li> </ul>

	<p>Recife/PE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jarbas Nunes (Biomédico, Mestre em Saúde Coletiva, NAPI – SMS Recife/PE e CIS/UFPE)</li> <li>- Karina Pertili ((Enfermeira, massoterapeuta e terapeuta em Ayurveda, Canto da Harmonia - SMS João Pessoa/PB)</li> <li>- Andréa Carrer (Pedagoga, Mestra em Educação e Terapeuta Holista, Equilíbrio do Ser – SMS João Pessoa/PB)</li> </ul> <p><b>06. Interculturalidade, modos formativos e ampliação repertórios nos cuidados à saúde. Auditório 08</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carmen de Simoni (Médica de Família e Comunidade, Mestra em Saúde Coletiva, SES-DF)</li> <li>- Herlon Bezerra (Psicólogo, Mestre em Filosofia Contemporânea, IFET – Sertão)</li> <li>- Karine de Oliveira Gomes (Mestra em Nutrição, doutoranda em Saúde Pública, UFBA - Vitória da Conquista)</li> </ul>
15:15h – 15:35h	Intervalo
15:35h – 17:15h	<b>Grupos de Trabalho:</b> Apresentações simultâneas dos GTs <i>Auditórios 1,2,3,4,5,6,7,8 e sala I</i>
17:15h – 19:15h	<p>Mesa-Redonda: <b>Caminhos do Conhecimento e da Pesquisa nas PICs.</b> <i>Auditório Principal</i></p> <p>Paulo Henrique Martins (Doutor em Sociologia, UFPE)</p> <p>Nelson Filice de Barros (Doutor em Saúde Coletiva, UNICAMP)</p> <p>Jackson Guedes de Almeida (Farmacêutico, Doutor em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, UNIVASF)</p> <p>Ricardo Ghelman (Médico Antroposófico, Mestre em Anatomia Comparada e Doutor em Medicina, UNIFESP)</p> <p>Rafaela Mello (Mestra em Enfermagem, UNIVASF) – mediadora</p>
19:15h – 19:30h	Intervalo
19:30h- 20:30h	<p>Atividade Cultural – <b>Espetáculo Teatral “Romeu, romanticamente eu”.</b></p> <p>Com Rafael Barreiros. <i>Auditório 02</i></p>
Dia – 01/06	

13h-15h	<p>Rodas de Diálogos:</p> <p><b>05. Alargando a noção de “Cronicidade” da medicina moderna – algumas perspectivas possíveis. Auditório 01</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcelo Castellanos (Sociólogo, Doutor em Saúde Coletiva, ISC/UFBA).</li> <li>- Maria José Etelvina (Psicóloga, Mestre em Educação Emocional, UNEB-BA).</li> <li>- Álvaro Jardim (Psicólogo Clínico, Especialista em Transdisciplinaridade, Coordena o GGT/Brasil, CTP-GO)</li> <li>- Ana da Fonte (Terapeuta Sistêmica com formação internacional em Constelações, Constelar/PE )</li> </ul> <p><b>06. Espiritualidade e Religiosidade: Diversidade cultural, subjetividade e possibilidades Terapêuticas Resolutivas. Auditório 02</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juracy Marques (Doutor em Cultura e Sociedade, Pós Doutor em Ecologia Humana, UNEB-BA)</li> <li>- Berta Klüppel (Médica Homeopata e Fitoterapeuta, Doutora em Patologia Experimental, docente do Programa de Pós Graduação de Ciências das Religiões da UFPB)</li> <li>- Karla Danielle Luz (Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica, UNIVASF)</li> </ul> <p><b>07. Corpo, Movimento e Saúde: Aproximações integrativas. Auditório 07</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regina Araújo (Analista Bioenergética, Mestre em Psicologia Clínica, Libertas/PE)</li> <li>- Marcelo Nascimento (Educador Físico, Doutor em Ciências da Dança, UNIVASF)</li> <li>- Vitor Lima (Doutor em Bioquímica, Instrutor de Yoga, UFAL)</li> <li>- Louisa Huber (Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Medicina Tradicional Chinesa, Salvador/BA)</li> </ul> <p><b>08. O Parto como experiência amorosa: Um retorno às raízes e a naturalidade do corpo. Auditório 08</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suely Carvalho (Parteira Tradicional, Enfermeira obstetra, BA)</li> </ul>
---------	--

	<p>- Janaina Matias (Psicoterapeuta Corporal, Especialista em Psicologia Clínica, doula, Integrar/PE)</p> <p>- Dora Jardim (Psicoterapeuta, Especialista em Psicologia Transpessoal, GTT/Brasil e CTP/GO)</p> <p>- Claudia Aguiar (Médica de Família e Comunidade, Mestra em Educação Médica, UNIVASF)</p>
15h – 16:40h	<p>Apresentações Científicas dos Painéis <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
16:40h – 17h	Intervalo
17h – 19h	<p><b>Mesa Redonda: Desafios na Política de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.</b> <i>Auditório Principal</i></p> <p>Felipe Cavalcanti (Médico Sanitarista, doutorando e mestre em Saúde Coletiva, Coordenador da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica, SAS/MS)</p> <p>Mychelle Kytchia (Nutricionista, Coordenadora Estadual das Práticas Integrativas e Complementares, SES-RN)</p> <p>Júlio Lins (Médico de Família e Comunidade, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Saúde Coletiva, Coordenador de PICs SMS - Recife/PE)</p> <p>Márcio Bontempo (Médico homeopata e sanitaria, especialista em naturologia, Presidente da Federação Brasileira de Medicina Tradicional/DF)</p> <p>Luciana Florintino (Psicóloga Sanitarista, Coordenadora da Diretoria de Humanização e Educação Permanente da SESAU – Juazeiro/BA) – mediadora</p>
19h – 19:30h	<p>Atividade Cultural <b>Show Musical: Banda Chico Livre</b> <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i></p>
19:30 – 21h	<p><b>Reunião para Construção de Rede Colaborativa de PICs Ne</b> <i>Auditório 01</i></p>
Dia - 02/06	
8:30h – 9:30h	<p>Práticas Corporais:</p> <p>6. <b>Dança Criativa</b> – (Marcelo Nascimento – Educador Físico, Doutor em Ciências da Dança, UNIVASF). <i>Sala C</i></p>

	<p>7. <b>Vivência de Yoga</b> – (Vitor Lima – Doutor em Bioquímica, Mestre de Yoga, UFAL). <i>Sala A</i></p> <p>8. <b>Vivência de Tai chi chuan</b> – (Equipe NAPI da SMS de Recife/PE). <i>Quadra</i></p> <p>9. <b>Biodança</b> – (Cledson Reis – Psicólogo, Facilitador em Biodança e Educador Popular Biocêntrico, e, Luciana Castro – Psicóloga Facilitadora de Biodança e Terapeuta Comunitária – Recife/PE). <i>Mesanino</i></p> <p>10. <b>Grupo de Movimento em Bioenergética</b> (Equipe do Espaço Horizonte – Recife/PE). <i>Auditório Principal</i></p> <p>16. <b>Gigong</b> – (Louisa Reuber – Enfermeira, Mestra em Saúde Coletiva, Especialista em Medicina Tradicional Chinesa, Salvador/BA). <i>Entrada do Complexo Multi Eventos</i></p>
9:30h – 11h	<p>Rodas de Diálogo:</p> <p><b>01. Experiências da gestão em Políticas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.</b> <i>Auditório 01</i></p> <p>Vanessa Vieira Santos (Farmacêutica homeopata, Yogaterapeuta, Coordenadora da Política de PICs SMS João Pessoa- PB)</p> <p>Rejane Amaral (Psicóloga, Especialista em Arte Educação com ênfase no ensino de dança, Coordenadora da Política de PICs na SMS Sobral - CE)</p> <p>Graça Machado (Psicóloga, Mestra em Educação, Membro do GT PICs da SASAB-BA)</p> <p>Júlio Peixe (Farmacêutico, gerente do Laboratório de Produtos Fitoterápicos e Oficinas - Farmácia Viva da Prefeitura Municipal de Maracanaú/CE)</p> <p><b>02. Experiências do Manejo da Fitoterapia e da Medicina Natural na Atenção Primária.</b> <i>Auditório 03</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celerino Carriconde (Médico sanitário e fitoterapeuta, CNMP – PE)</li> <li>- Aureo Augusto (Médico de família, naturopata, Seabra- BA)</li> <li>- Olindina Chaves (Farmacêutica, Mestra em Bioquímica, INTA/CE)</li> <li>- Raquel Moreira (Doutora em Ciências Farmacêuticas, UNESP)</li> </ul> <p><b>03. Experiências de Cuidado integral: O manejo clínico da Medicina</b></p>

	<p><b>Tradicional Chinesa e homeopatia nos serviços públicos. Auditório 07</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gutembergue Livramento –( Fisioterapeuta, Mestre em Medicina e Saúde Humana, IBRAPEQ - BA)</li> <li>- Dulce Ribeiro (Médica cardiologista, com formação em homeopatia, MTC/Acupuntura e FAO, Juazeiro-BA).</li> <li>- Bartolomeu Santos (Enfermeiro, Especialista em Acupuntura, Mestrando em Ciências da Saúde, UFPE-CAV)</li> <li>- Martha Guimarães Cavalcanti (Médica homeopata e pediatra, da SMS de Petrolina e UNIVASF)</li> </ul> <p><b>04. A Emergência do Cuidado Integrativo: experiências na atenção integrativa em ambientes hospitalares e na modalidade de plantão. Auditório 08</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rafael Barreiros (Arte Educador, formador em clown de profissionais de Saúde, Recife/PE – UPI/UNIVASF)</li> <li>- Diana Pedral Sampaio (Médica, Doutora em Medicina e Saúde, Coordena Ambulatório de PICs no Hospital Universitário – Salvador)</li> <li>- Ivanluza Rodrigues (Psicóloga Clínica, Especialista em Prevenção de Trauma, com Formação Internacional em TRE/ PE)</li> <li>- Darlindo Ferreira (Psicólogo Clínico, Doutor em Psicologia, UNIVASF)</li> </ul>
11h – 11:20h	Intervalo
11:20h – 13:00h	<b>Grupos de Trabalho:</b> Apresentações simultâneas <i>Auditórios 1,2,3,4,5,6,7,8 e sala I</i>
13h – 14:30h	Almoço
14:30h – 16:30h	<p>Mesa de Encerramento: <b>Histórias do Pioneirismo das PICs no Nordeste Brasileiro. Auditório Principal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Celerino Carriconde (Médico fitoterapeuta, Centro Nordestino de Medicina Popular, Olinda-PE)</li> <li>- Suely Carvalho (Parteira Tradicional, Enfermeira Obstetra/BA)</li> <li>- Aureo Augusto (Médico de família e comunidade, naturopata, Seabra/BA)</li> <li>- Israel Filho (Fisioterapeuta, Especialista em MTC/Acupuntura,</li> </ul>

	Petrolina/PE  - Glória Coelho (Enfermeira, Mestre em Ciências, UNIVASF) – mediadora
16:30h – 18h	<b>Solenidade de Encerramento.</b> <i>Auditório Principal</i> Homenagem aos Pioneiros da PICs no Nordeste - Profissionais Homenageados:  Adalberto Barreto, Aureo Augusto, Celerino Carricone, Dulce Ribeiro, Israel Filho e Suely Carvalho.  <b>Show Musical: Dalmo Funchal</b> <i>Hall do Complexo Multi Eventos</i>

# I PICs NE

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado



## LISTA DE TRABALHOS - MODALIDADE ORAL - GRUPOS DE TRABALHOS (GT's)

## EIXO TEMÁTICO 01

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG.
1.	PRÁTICA INTEGRATIVA EM LAR GERIÁTRICO: MELHOR QUALIDADE DE VIDA	Aline Maria dos Santos Soares	
2.	DIA DE ATENÇÃO À PESSOAS COM LÚPUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	Fabiana da Conceição Bezerra	
3.	IMPACTO DA DANÇA NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS HIPERTENSAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE	Marcílio Rodrigues Ribeiro	
4.	CUIDADO MÉDICO E AUTOCUIDADO: EXPERIÊNCIA COM "USUÁRIOS DE CRACK"	Monique da Silva Ribeiro	
5.	SUS NA ATENÇÃO A TRAVESTIS: ESTADO DA ARTE	Tiago da Conceição Sousa	
6.	BENEFÍCIOS BIOPSISSOCIAIS ATRAVÉS DAS DANÇAS DE SALÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROJETO DE EXTENSÃO ENVELHECER COM QUALIDADE/UFPE/CAV	Wedja Carneiro da Silva	
7.	AS PIS COMO EXERCÍCIO DE AUTONOMIA EM EMPODERAMENTO PARA OS USUÁRIOS DO SUS/DF	Ana Beatriz Duarte Vieira	
8.	A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA E VALORIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS	Eduarda Barbosa de Barros	
9.	TRIPÉ EPISTEMOLÓGICO-CRÍTICO: POSSIBILIDADE DE ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL DA PNPICS	Isis Daniella Carvalho Silva	
10.	UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMIDADE CRÔNICA E SEU ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	Jacqueline de Sousa Lima	
11.	PRÁTICAS ANCESTRAIS AFRICANAS NA SAÚDE MENTAL	Kelma Nunes	

## EIXO TEMÁTICO 02

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG.
1.	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	Ana Cláudia Chagas Lopes	
2.	A MELHORIA DA VIDA LABORAL DE SERVIDORES PÚBLICOS	Maria Ligia de Lima	
3.	IMPLANTANDO A TERAPIA COMUNITÁRIA EM UMA COMUNIDADE ASSISTIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista	
4.	ENCONTROS SOBRE ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA:	Régia Sofia Wanderley Silva	

5.	UMA EXPERIÊNCIA PIONEIRA NO SUS RECIFE REPERCUSSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA EM USUÁRIOS DO SUS	de Azevedo Silvia Neide Rodrigues Pereira
6.	EXPERIÊNCIA SOMÁTICA ENTRE AS ABORDAGENS POSSÍVEIS PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	Arleide Araújo Bezerra de Menezes
7.	NATUROPATIA NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E A VALORIZAÇÃO DO SABER POPULAR	Camila Carneiro
8.	SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA	Luanna dos Santos Rocha
9.	PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	Maria Francinete de Oliveira
10.	OS GUARDIÕES DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM JUAZEIRO/ BA	Rosa De Cássia Miguelino Silva
11.	ACEITAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM NOVO CUIDAR: O PARTO ATIVO	Bárbara Régia Oliveira de Araújo
12.	A PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE O CLOWN NA SUA FORMAÇÃO PSICOSSOCIAL E PROFISSIONAL	Emanuelle de Cândida Soares Pereira
13.	NARIZES VERMELHOS NO HOSPITAL? CONSTRUINDO MODELOS DE CUIDADO EM SAÚDE	Hortênsia Oliveira Lima
14.	TERAPIA DO RISO NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM	Milena Oliveira Coutinho
15.	NOVO OLHAR SOBRE SAÚDE: UNIDADE DE PALHAÇADA INTENSIVA- UPI	Priscila de Lima Souza
16.	A UTILIZAÇÃO DA MÚSICA DURANTE A QUIMIOTERAPIA: CUIDAR EM ENFERMAGEM	Karla Lessa Barros
17.	USO DA MÚSICA E DE OUTROS SONS FAMILIARES NA UTI	Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto
18.	A MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA PARA O ALÍVIO DA DOR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Rafaela do Carmo de Carvalho
19.	ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA CEFALÉIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL	Jacqueline de Sousa Lima
20.	AYURVEDA NO SUS: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES E COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS	Karina Cenci Pertile
21.	CENTRALIDADE MÉDICA NA INDICAÇÃO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES EM UM AMBULATÓRIO DE DOR	Paula Fernanda Almeida de Menezes
22.	A ACUPUNTURA COMO PIC NA COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA NA USF CANDEAL	Renata Roseghini
23.	ANÁLISE DOS EFEITOS DA ACUPUNTURA AURICULAR E SISTÊMICA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO ANTITABAGISMO	Roberta Dórea
24.	RELAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DAS LER/ DORT'S	Valéria Karlly Gomes Rocha de Souza

## EIXO TEMÁTICO 03

<b>Nº</b>	<b>TÍTULO DO PROJETO</b>	<b>AUTOR PRINCIPAL</b>	<b>PÁG</b>
1.	QUALIFICAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	Ermeson Moreira Campos	
2.	A INTERDISCIPLINARIDADE E O PET SAÚDE VOLTADO ÀS PROFISSIONAIS DO SEXO	Tatiana Aline de Souza Carvalho	
3.	DESVELANDO ESTEREÓTIPOS: VIVÊNCIAS DE GRADUANDOS (AS) COM MULHERES QUE SE PROSTITUEM	Sinara Inácia Melo Santana	
4.	PSICOPATOLOGIA, SAÚDE MENTAL E FORMAÇÃO INTEGRATIVA: ALIANÇAS E CONCILIAÇÕES POSSÍVEIS	Alice Chaves de Carvalho Gomes	
5.	FORMAÇÃO TÉCNICA EM 'PICS': UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA EM NATAL/ UFRN	Andréa C. Viana V. Aguiar	
6.	RACIONALIDADES EM SAÚDE, SISTEMAS MÉDICOS E PRÁTICAS ALTERNATIVAS: EXPERIÊNCIA DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, UFBA	Carmen Fontes de Souza Teixeira	
7.	PRÁTICAS COMPLEMENTARES: EXPERIENCIA ACADEMICA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA BAHIANA	Indiara Campos Lima	
8.	CONHECIMENTO E VIVÊNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM	Matilde Baracat	
9.	CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DA UFAL SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARES	Bruna Luizy dos Santos Guedes	
10.	TERAPIAS COMPLEMENTARES: CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO PELOS DOCENTES DE ENFERMAGEM, 2011	Luana Batista da Silva	
11.	SAÚDE E BEM-ESTAR DOS TRABALHADORES HOMENS DA FEIRA LIVRE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BAHIA	Joanderson dos Santos Cruz	
12.	EDUCAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL DO SUS: CAMINHOS EM CONSTRUÇÃO	Caio Fernandes Santos	
13.	ATIVANDO A FORMAÇÃO PARA PROMOVER O CUIDADO EM SAÚDE	Karine de Oliveira Gomes	

14.	CUIDANDO DE QUEM CUIDA: O ACOLHIMENTO PELA TERAPIA COMUNITÁRIA	Karine de Oliveira Gomes
15.	A RÁDIO COMO IMPORTANTE FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Carlos Antonio Guimarães
16.	QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO NA ESCOLA: CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE PARA A INTERSETORIALIDADE EM JUAZEIRO-BA	Saionara Thaise Carvalho do Amarante
17.	SIGNIFICAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL PERCALÇOS DE UMA ECOLOGIA DE SABERES NO ENSINO DE SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA PROFISSIONALIZAÇÃO	Leila Massiere
18.	INTERDISCIPLINARIDADE E USO DAS PLANTAS MEDICINAIS EM JUAZEIRO/ BA	Rosa de Cássia Miguelino
19.	CURSO DE AURICULOTERAPIA NA ESF: EXPERIÊNCIA PILOTO EM RECIFE	Régia Sofia Wanderley Silva de Azevedo
20.	BIOENERGÉTICA E ACUPUNTURA: AMPLIANDO REPERTÓRIOS DE CUIDADO VIA CUIDADO DE SI	Anne Crystie da Silva
21.	FILA ATIVA: EDUCAÇÃO E SAÚDE NOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA	Hortênsia Coutinho da Rocha
22.	ENSINO E ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	FÁTIMA BRANDÃO
23.	ARTETERAPIA NA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	Maria de Fátima Ferreira Caio
24.	AMAMENTAÇÃO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO	DÉBORA REIS DA CRUZ
25.	MANDALAS DE FRUTAS E ARTETERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	Rafaela Fernandes do Nascimento
26.	OFICINAS DE ALIMENTAÇÃO VIVA: PROMOÇÃO DE SAÚDE NO SUS	Rafaela Fernandes do Nascimento
27.	A RELEVÂNCIA DO PET-AD DA UFRB PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA	Carla Geline de Oliveira Campos
28.	MEDIAÇÃO DE APRENDIZAGEM NO EV SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Josélia Silva Carneiro
29.	O PET SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA	Sinara Vera

UFRB		
30.	PET EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES/ SAÚDE DA FAMÍLIA	Janiely Tinoco Rapozo
31.	VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E PSICOLOGIA DO PRÓ-SAÚDE E DO PET-ÁLCOOL E DROGAS NA UFRB	Josélia Silva Carneiro
32.	REDUÇÃO DE DANOS: ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA NO ESCOPO DO PET-ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	Raíssa Figueiredo dos Santos

#### EIXO TEMÁTICO 04

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG.
1.	CIRANDA GRÁVIDA: UMA EXPERIÊNCIA INTEGRATIVA NA HUMANIZAÇÃO DA GRAVIDEZ EM NATAL-RN	BEATRIZ FERREIRA BARBALHO	
2.	AS DOULAS E SUAS PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA GESTÃO E PARTO	BEATRIZ FERREIRA BARBALHO	
3.	MULHERES, PROSTITUIÇÃO E INTEGRALIDADE: A (IN)VISIBILIDADE NAS REDES DE CUIDADO	SINARA INÁCIA DE MELO SANTANA	
4.	ESCUA DOS DESEJOS DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO SEU PARTO: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE PARTO	LUCIANNA COSTA DE ALMEIDA BARBOSA	
5.	PROGRAMA MAIS - HUMANIZANDO ATRAVÉS DA ARTE	Leníee Campos Maia	
6.	OFICINA DE PLANTAS MEDICINAIS E HORTICULTURA NO CAPS II EM VITÓRIA DA CONQUISTA, BA	Bárbara Emanuely de Brito Guimarães	
7.	O TOQUE TERAPÊUTICO COMO UMA FORMA DE CUIDAR EM ENFERMAGEM	Larissa Lages Ferrer de Oliveira	
8.	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE YOGA NO SUS-DF	Isabela Ribeiro Lessa da Silva	
9.	RELATOS DE EXPERIÊNCIAS SOBRE A	Sílvia Miguel de Paula	

	<b>IMPLANTAÇÃO DA HOMEOPATIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPINAS-SP</b>	<b>Peres</b>
<b>10.</b>	<b>IMPLANTAÇÃO DA PRIMEIRA FARMÁCIA VIVA NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA, TO</b>	<b>Juliana de Faria Lima Santos</b>
<b>11.</b>	<b>PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	<b>Maísa Mônica Flores Martins</b>
<b>12.</b>	<b>HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E O PERMANECER SUS RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	<b>Eugênia da Silva Dourado</b>
<b>13.</b>	<b>O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: CONSTRUINDO VÍNCULOS E LAÇOS SOCIAIS</b>	<b>Kézia de Oliveira Nascimento Souza</b>
<b>14.</b>	<b>VIVÊNCIAS LÚDICAS COMO FERRAMENTA DE EDUCACAO POPULAR EM SAUDE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP/RN</b>	<b>Guierta Rosane Alves</b>
<b>15.</b>	<b>DANÇA CIRCULAR SAGRADA ACOLHIMENTO MAIS HUMANIZADO NO MUNICÍPIO DE RECIFE</b>	<b>Maria Ignês de Araújo Mendes</b>
<b>16.</b>	<b>APOIO MATRICIAL COMO UMA PRÁTICA INOVADORA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>Thiago Rebouças Peixoto de Almeida</b>
<b>17.</b>	<b>PRÁTICAS CLÍNICAS HOSPITALARES RELATO DE EXPERIENCIA DE UM PLANTÃO PSICOLÓGICO</b>	<b>Ramessa Florêncio Pereira da Silva</b>
<b>18.</b>	<b>A PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA PROPOSTA DIALÓGICA</b>	<b>Samara Gabriele Barros Soares de Oliveira</b>
<b>19.</b>	<b>RELAXAMENTO DE BENSON CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO DOS HIPERTENSOS</b>	<b>Amuzza Aylla Pereira dos Santos</b>
<b>20.</b>	<b>PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE – A SALA DE CUIDADO ANTÔNIO PIRANEMA CONTRIBUINDO COM A QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA</b>	<b>Maria Edna Bezerra da Silva</b>
<b>21.</b>	<b>O USO DO TEATRO COMO TECNOLOGIA DE SAÚDE NO CAPS</b>	<b>Paula Larissa Simões Moreira Santos</b>
<b>22.</b>	<b>EQUOTERAPIA AUXILIANDO O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM PARALISIA</b>	<b>Pablo Mateus dos Santos</b>

	<b>CEREBRAL</b>	<b>Jacinto</b>
<b>23.</b>	<b>CENTRO DE PIC NO SUS: UMA EXPERIÊNCIA EM JOÃO PESSOA</b>	<b>Francisco Douglas Cabral Leite</b>
<b>24.</b>	<b>NASF ESPAÇO VIABILIZADOR PARA IMPLANTAÇÃO DAS PICS – SHANTALA</b>	<b>José Rodrigues Freie Filho</b>
<b>25.</b>	<b>MASSOTERAPIA: EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE ENFERMAGEM DA UEFS</b>	<b>Indiara Campos Lima</b>
<b>26.</b>	<b>NOVO MOMENTO NO SUS: REALIDADE DAS PIC EM JOÃO PESSOA</b>	<b>Francisco Douglas Cabral Leite</b>
<b>27.</b>	<b>SENSIBILIZAR PARA O NOVO CICLO: UM OLHAR INTEGRATIVO PARA SERVIDORES EM PROCESSO DE APOSENTADORIA DA SES-DF</b>	<b>Verônica Carneiro Ferrer</b>
<b>28.</b>	<b>GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS: DEVOLUTIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO</b>	<b>Laila Angélica de Lima</b>

**I PICS NE**

**I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**

**Pela reconstrução do modelo de cuidado**

## LISTA DE TRABALHOS – MODALIDADE BANNER

## EIXO TEMÁTICO 01

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG
01	MST E UMA NOVA ALTERNATIVA DE CUIDADO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO	Bárbara Régia Oliveira de Araújo	
02	CONTRIBUIÇÕES DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE CUIDADO	Elvira Rodrigues de Santana	
03	ATO MÉDICO E SUAS INFLEXÕES: DISPUTAS POR AUTONOMIA E JURISDIÇÃO NO CONTEXTO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO BRASIL	Leila Massière Carneiro	
04	REIKI COMO FERRAMENTA NOS CUIDADOS INTEGRATIVOS DO SUS	Rafaelle Santa dos Santos	

## EIXO TEMÁTICO 02

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG
01	“...CONTROLANDO MINHA MALUQUEZ...”- DANÇANDO A VIDA NO CAPS BOA VISTA, RECIFE/ PE	Cledson Reis dos Santos	
02	PRÁTICA VOLUNTÁRIA DE SAÚDE EM MEIO A SELVA CENTRAL PERUANA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	Djulian Diego Ribeiro do Carmo Canário	
03	PROJETO PSICOALEGRIA	Edileuza Sobreira Viana da Silva	
04	ACUPUNTURA COMO UMA FERRAMENTA NO TRATAMENTO DE FERIDAS: ESTUDO EM RATOS	Eltonreges Francisco Ribeiro da Silva	
05	A MASSAGEM COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO ALÍVIO IMEDIATO DA DOR	Ermeson Moreira Campos	
06	PLANTAS MEDICINAIS EM PREPARAÇÕES CASEIRAS: AUTO-ESTIMA E CUIDADOS CORPORAIS	Gleycielle Alexandre Cavalcante	
07	YOGA COMO INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA COM GESTANTES, MÃES E BEBÊS: UMA EXPERIÊNCIA EM RECIFE	Heliane Ferreira Azevedo Garcia	
08	A ACUPUNTURA NA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO ÉTICO- LEGAL	Jefferson Silva Barbosa	
09	CONCEPÇÕES E MANEJO DO LIXO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM MORADORES DO CONJUNTO HABITACIONAL CAJUEIRO I EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA	Joice Naiane Santos Lima	
10	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA PREVENÇÃO DAS PSICOPATOLOGIAS DO COTIDIANO	José Washington A. Bezerra	
11	A BIOENERGÉTICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA CUIDAR DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	Julianna Caffé Lima Moreira	



12	BENZEDEIRAS DO BRASIL: IMAGEM VEICULADA NA LITERATURA CIENTÍFICA	Luanna dos Santos Rocha
13	TERAPÊUTICA FAMILIAR: CUIDANDO DA VIDA DE FORMA CULTURAL HUMANIZADA	Maria Francinete de Oliveira
14	PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO, TRATADOS COM AURICULOACUPUNTURA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	Rhuanna Kamilla da Silva Santos
15	REIKI, UMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR: EXPERIÊNCIA EM SALVADOR, BAHIA	Ronali Iris Santana Oliveira
16	O LIAN GONG EM 18 TERAPIAS SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA	Tiago Veloso Neves

### EIXO TEMÁTICO 03

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG.
01	TRAJETÓRIAS SINGULARES: A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO SABER MÉDICO	Euarda Barros	
02	PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA E PET-SAÚDE: UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL?	Sílvia Raquel Santos de Morais	
03	QUALIFICAÇÃO DE ESF COM RELAÇÃO AO USO RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS: UMA EXPERIÊNCIA DO NAPI	Luciana Ramos De Lima	
04	LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA: O QUE PENSAM SEUS INTEGRANTES?	Rivana Moraes Santos	
05	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA SAÚDE DA MULHER	Alexsandra Xavier do Nascimento	
06	ATIVIDADES RECREATIVAS COM IDOSOS EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA	Daniela Oliveira Souza	
07	INFORMATIVO VERDE VIDA: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO	Leduard Leon B. Soares Silva	
08	OS PRINCIPAIS FITOTERÁPICOS UTILIZADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: UMA REVISÃO	Yolanda Andrade Maron de Freitas	
09	UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NO PROGRAMA HIPERDIA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Leduard Leon B. Soares Silva	
10	CUIDAR: ÉTICA OU TÉCNICA? SOBRE UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO INTEGRAL	Silas Carlos Rocha da Silva	
11	CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE: A ENFERMAGEM RESPEITO A INTEGRIDADE DO INDIVÍDUO	Daniela Oliveira Souza	

12	PROJETO “SOCORRO ACS”: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Carlos Antonio Santos Guimarães
13	RELATO DE CASO: ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	Maria Lisiane da Silva
14	EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES	Layanna Dryelle da S. Vasconcelos

#### EIXO TEMÁTICO 04

Nº	TÍTULO DO PROJETO	AUTOR PRINCIPAL	PÁG.
01	PRÁTICAS INTEGRATIVAS: A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO RECURSO NA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS SOLIDÁRIOS E PROMOÇÃO DA VIDA	Katiana Kruschewsky Coutinho Santos	
02	O ACOLHIMENTO ENQUANTO PRÁTICA COTIDIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	Maísa Mônica Flores Martins	
03	PLANTAS MEDICINAIS COM PROPRIEDADE TERMOGÊNICA	Gláucia Gabrielle Leão Santos	
04	CHÁ DE PARTO: NOVA METODOLOGIA DE PREPARO PARA O PARTO	Maria Cristina Soares Trezza	
05	A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	Marcella Martins Barbosa Ferreira	
06	A CONTRIBUIÇÃO DO RELAXAMENTO DE JACOBSON NO COTIDIANO DA ENFERMAGEM	Fabiani Tenório Xavier Póvoas	
07	ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	Emilly Sales Sala Gomes	
08	ACOLHIMENTO COLETIVO COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO	Karina Cenci Pertile	
09	EDUCAÇÃO QUE PRODUZ SAÚDE: REFLETINDO A CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS	Viviane Maria Leite	
10	1º CURSO BÁSICO DE CAPACITAÇÃO EM MEDITAÇÃO NA SES-DF	Ana Beatriz Duarte Vieira	

11	SENTINDO A SAÚDE MENTAL NA PELE: UM DUETO MUSICOEXPERIENCIAL NO CAPS VIDA NOVA	Herberth Mascarenhas da Silva
12	HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA A BRINQUEDOTECA	Evellyne Augusto Melo
13	PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO SUS-DF	Ozélia Pereira Evangelista

# I PICs NE

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## RESUMOS EXPANDIIDOS - MODALIDADE ORAL - GRUPOS DE TRABALHO (GT's)

### EIXO TEMÁTICO – 01

#### PRÁTICA INTEGRATIVA EM LAR GERIÁTRICO: MELHOR QUALIDADE DE VIDA

**Aline Maria dos Santos Soares** (UFPE-CAV, Discente);  
**Deibson Fernando da Silva** (UFPE-CAV, Discente); **Marivanio José da Silva**  
(UFPE-CAV, Discente); **Jéssica Natália Gomes Silva** (UFPE-CAV, Discente);  
**Flávio Campos de Moraes** (UFPE-CAV, Professor).

**Introdução:** Com o aumento da população de idosos, têm se observado significativo aumento na incidência de várias doenças que comprometem a qualidade de vida e autonomia desse segmento da população. Doenças tais como hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares, entre outras desenvolvidas ao longo do tempo. Em contrapartida, mudanças no estilo de vida dessas pessoas, incluindo programas de exercício físico regular e atividades lúdico-motoras, assumem um papel de destaque na relação saúde-doença, diminuindo a incidência e prevenindo várias doenças decorrentes do processo de envelhecimento, entre elas a depressão.

**Objetivo:** O presente relato tem como objetivo assinalar as práticas integrativas do projeto de extensão envelhecer com qualidade, realizadas por estudantes de educação física em lar geriátrico e apresentar as experiências vividas através desse trabalho com idosos na sua maioria literalmente abandonados pelos seus familiares. Trazendo como experiência vivida a vida da maioria de idosos que vivem em Lares Geriátricos.

**Método:** As Práticas são realizadas 2 vezes na semana (terças e quintas) por estudantes de Educação física do CAV UFPE, na Casa de repouso, denominada de Lar São Francisco, situado no município de Vitória de Santo Antão PE. Dentre os 23 idosos que participam das atividades 7 deambulam sem auxílio, 5 + 1 com deficiência visual deambulam com auxílio de muletas e 10 são cadeirantes todos com faixa etária entre 60 e 87 anos.

A maioria desses idosos por necessitarem de outras pessoas para se locomoverem, e alguns deles para se alimentarem, viviam em abstinência total, e com isso seu aspecto motor diminuía cada vez mais rápido já que passavam a maior parte do tempo sentados em cadeiras ou nas suas camas, tornando – se deprimidos, por se

verem sozinhos sua auto – estima também diminuía gradativamente, e já não queriam mais ingerir os seus medicamentos diários. Além do seu psicológico afetado, eles tinham ainda que lidar com a falta do diálogo e do convívio com outras pessoas, já que entre eles não existia, isso vinha contribuindo para o aumento dos idosos com sintomas depressivos.

Ao ser analisado as características e problemas de cada um, foi observado que já não havia a interação entre eles, e que por conta disso estavam se mantendo praticamente isolados, já que as visitas já não viam mais para alguns eles também estavam perdendo o contato entre si. Além disso, perderam o interesse em cuidar da própria saúde deixando assim de querer tomar os seus medicamentos.

São submetidos às atividades de dança utilizando as músicas culturais (como o forró e o frevo), desenho, pintura, e canto, onde há um momento de plena interação tanto com os seus colegas quanto com o seu próprio eu, e jogos de movimentos com a utilização de bambolês, cones, bolas, e cordas, trabalhados para melhor desenvolvimento das suas atividades motoras cotidianas, além de brincadeiras de rodas podendo ser utilizada a bola e a música como implementos, onde o lúdico e o motor estão diretamente ligados o que faz com que a autoestima deles melhore gradualmente.

Todas as atividades são elaboradas de acordo com as capacidades funcionais dos idosos e com o ambiente o qual é desenvolvida as práticas. O trabalho é realizado em um pátio ( espaço aberto) onde o mesmo é o local de visita desse lar geriátrico. Onde podemos fazer uso dos sofás e cadeiras que estão disponíveis no local.

Todos os idosos cadeirantes, deficientes visuais, participam de todas as atividades, inclusive a dança para os cadeirantes e o desenho e a pintura para os deficientes visuais, com a ajuda dos estudantes, assim, eles se sentem mais motivados e capazes. É proporcionado também um momento de diálogo, entre estudante e idoso, e, idoso e idoso, um trabalho que visa a troca de experiências vividas durante suas vidas, onde falam sobre família, amigos, lugares e outros, trazendo o diálogo de volta para o dia – a – dia deles afim de melhorar as relações sociais de cada idoso.

**Resultados:** A partir desse trabalho foi observado melhora na qualidade de vida dos idosos, através do controle da hipertensão e da diabetes, nos domínios social, psicológico, físicos e motores. Já que agora eles se readaptaram a vida social, sabendo que interagir com outros é uma forma de entretenimento e troca de experiências, aprenderam que se movimentar associado com seus medicamentos os proporcionam mais saúde e bem estar, do que ficarem cada um em seu quarto sem contato com o outro.

Podemos perceber que as práticas integrativa com o uso de jogos de movimento, música e dança são importantes para o segmento do idoso, permite ao idoso, se

relacionar com o ambiente em questão além de melhorar as praticas dos movimentos básicos de controle do seu próprio corpo. Valoriza sua participação nas atividades cotidianas, autonomia e conseqüentemente repercutindo positivamente em sua qualidade de vida.

Conclui-se com esse trabalho que, as praticas desenvolvidas desde o inicio desse projeto de extensão, além de progredir nos aspectos motores e físicos desses idosos, a ludicidade também proporciona aos mesmos diversão e entretenimento, fazendo com que o seu estado psíquico seja amplamente melhorado.

Tendo em vista que o seu psicológico, motor e físico, sendo trabalhado regularmente de acordo com suas capacidades, junto com os medicamentos adequados para cada problema individual, e o acompanhamento do seu medico, ajuda diretamente na recuperação e até mesmo na prevenção e diminuição desses problemas relacionados a saúde do idoso.

**Referencias:** Projeto de extensão envelhecer com qualidade, CAV – UFPE , Vitoria de Santo Antão  
Orientador Flávio Campos de Morais

**IPICs NE**

**I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**

**Pela reconstrução do modelo de cuidado**

## **DIA DE ATENÇÃO A PESSOAS COM LÚPUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**André L. Maturano Barbosa** (UNIVASF, discente); **Anne Grazielle A. Almeida** (UNIVASF, discente); **Fabiana da Conceição Bezerra** (UNIVASF, discente); **Sílvia Raquel Santos de Morais** (UNIVASF, professora doutora).

### **INTRODUÇÃO**

No século XVIII, o termo Lúpus era utilizado para nomear diversas doenças com acometimento cutâneo. De acordo com Araújo (2004), o nome “Lúpus” deriva da semelhança das lesões que apareciam nos corpos dos pacientes, que se assemelhavam a “feridinhas”. O médico francês Pierre Cazenave comparou-as com as mordidas de lobo, nomeando a doença como: “Lúpus Eritematoso”: Lúpus=lobo;

Eritematoso= vermelho (MOREIRA; CARVALHO, 2001). Apesar dos primeiros casos identificados terem surgido a mais de três séculos, ainda não se sabe muito a respeito das causas do Lúpus.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), o Lúpus pode se manifestar de forma cutânea ou sistêmica. A forma cutânea apresenta-se através de lesões na pele e a sistêmica acomete os mais variados sistemas do corpo. É uma doença crônica, autoimune e com sintomatologia multivariada. As relações causais do Lúpus ainda são desconhecidas, porém, sabe-se que o mecanismo desencadeador da doença ocorre da seguinte maneira: o sistema imunológico (responsável pelas defesas do organismo) de uma pessoa com Lúpus sofre alterações e passa a não reconhecer e lesionar os diversos sistemas do corpo. (SBR, 2011).

A sintomatologia diversa dificulta o diagnóstico preciso, já que o lúpus confunde-se com outras patologias. Segundo a SBR “alguns sintomas são gerais como a febre, emagrecimento, perda de apetite, fraqueza e desânimo. Outros, específicos de cada órgão como dor nas juntas, manchas na pele, inflamação da pleura, hipertensão e/ou problemas nos rins” (2011, p. 5).

Moreira e Carvalho (2001) afirmam a predominância de alguns fatores como etnia, sexo, idade e situação socioeconômica na expressão da doença, tornando-a mais acentuada em hispânicos e afro- americanos, podendo estar ligado a fatores genéticos e socioeconômicos. Embora havendo divergências na literatura quanto a isso, há um ponto em comum: a doença acomete, predominantemente, o sexo feminino numa proporção de nove mulheres para cada homem com a doença.

No Brasil não há estatísticas atuais sobre a população com Lúpus. Porém, dados da SBR no ano de 2011 estimam que há cerca de 65.000 pessoas com lúpus, sendo a maioria mulheres. Acredita-se, assim, que uma a cada 1.700 mulheres no Brasil tenha a doença (SBR,2011). A prevalência em mulheres, segundo alguns pesquisadores, pode estar relacionada com a presença do estrógeno, hormônio feminino. Não há certezas quanto a isso, sendo necessárias mais pesquisas para confirmar tal hipótese (ZERBINI; FIDELIX, 1989 apud ARAÚJO, 2004).

O Lúpus é uma doença crônica que pode trazer comprometimentos físicos e emocionais, pois exige numerosas modificações no estilo de vida, principalmente quando o diagnóstico é apresentado durante a idade produtiva. Muitas pessoas precisam parar de trabalhar durante as fases mais críticas da doença ou até afastar-se definitivamente de atividades laborais em prol de uma melhor qualidade de vida. Segundo Cal, Borges, e Santiago (2006) o diagnóstico ocorre numa época da vida em que as pessoas estão fazendo diversos investimentos “sociais, econômicos e afetivos”, o que pode explicar alguns quadros depressivos. Os mesmos autores ainda afirmam que uma das manifestações possíveis nos casos de Lúpus são acometimentos neuropsiquiátricos, tais como: psicoses, convulsão, distúrbios de humor e cefaleia; havendo predominância da depressão. Outra característica que pode aparecer em pessoas com lúpus é a baixa autoestima, ocasionada pelas diversas alterações corpóreas que alguns pacientes apresentam como inchaço ou perda de peso, manchas erosivas na pele, queda de cabelo, dificuldade de locomoção e crises de dores articulares. Esses sintomas implicam no modo como os

doentes se percebem, afeta a auto-estima e o convívio social, já que ainda é uma doença pouco conhecida e muitos não sabem que não há risco de contaminação no contato. Esses fatores trazem grande sofrimento para as pessoas com essa patologia.

## **OBJETIVOS**

A partir dessa breve pesquisa bibliográfica, objetivamos, através das atividades obrigatórias da disciplina Práticas Clínicas em contextos institucionais do curso de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), promover o “1º dia de atenção a pessoas com Lúpus” no município de Juazeiro-BA. O trabalho consistiu no planejamento, organização e execução de atividade socioeducativa voltada para pacientes com lúpus e seus familiares, ambos assistidos pelo Programa de Tratamento fora do domicílio – TFD. O encontro ocorreu em um Centro de Saúde municipal no dia 07 de novembro de 2012, das 18h30 às 21h30min e contou com a participação de um médico dermatologista e de três graduandos em Psicologia, que esclareceram a respeito do lúpus e seus significados através de uma roda de conversa e de uma oficina de criatividade.

O objetivo desse encontro foi proporcionar um momento de escuta qualificada, expressão de sentimentos, acolhimento e informação; trazendo o discurso do ser com Lúpus e de seu vínculo afetivo como forma de cuidado, de modo a sensibilizar e co-construir uma compreensão mais alargada do processo de adoecimento e enfrentamento. Partiu-se de uma visão integral da experiência humana, levando em consideração aspectos que transcendem os sinais/sintomas clínicos da doença.

## **METODOLOGIA**

Sabe-se que a ausência de uma atenção integral a pessoa com Lúpus, considerando todas as variáveis que envolvem o processo do adoecer é uma lacuna comum nos serviços de saúde. A falta de espaços onde o usuário possa expressar suas emoções e sentimentos dificultam, dentre outros fatores, o processo de adesão ao tratamento, além de influenciar negativamente no prognóstico da patologia.

Diante disso, tomamos com base a Educação Popular em Saúde para construir o primeiro contato com lúpicos na cidade de Juazeiro-BA. Segundo Brasil (2007), essa perspectiva utilizada de forma pedagógica em espaços de vivências e aprendizagem possibilita um estreitamento entre “a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro” (p.16.2007). Sendo assim, o encontro foi dividido em dois momentos. Primeiramente houve uma roda de conversa mediada pelo dermatologista, sobre os aspectos relativos ao aparecimento de manchas e feridas na pele, seus cuidados e mitos, valorizando a experiência dos presentes. Posteriormente, conduzimos uma oficina de criatividade em que cada participante foi convidado a expressar, através de desenhos ou produção escrita como era a vivência com o Lúpus. Logo após as produções foram coladas em uma grande borboleta, que é o símbolo do Lúpus.



## RESULTADOS

Durante a construção das produções no desenho da borboleta, o grupo criou um movimento próprio de articulação. Ao externarem suas percepções sobre o lúpus e compartilharem os sentidos da vivência do processo do adoecimento, houve uma implicação com o cuidado do outro, de modo que as pessoas que convivem há mais tempo com a doença e “reaprenderam” a conviver com a mesma, acolheram o sofrimento dos que ainda não aceitaram essa nova condição, legitimando assim, o espaço da fala/escuta e produção de sentidos. Atividades como essa favorecem a ampliação da rede social de apoio ao doente crônico. As pessoas que não relataram esse apoio se mostravam mais fragilizadas com o adoecer do que os demais. Os familiares e amigos presentes expressaram como era conviver com uma patologia tão complexa e imprevisível, e o quanto tiveram que reaprender/reinventar modos de vida. Ao final da atividade, os presentes verbalizaram gratidão pela atividade proposta, sugerindo a continuidade de atividades sistemáticas voltadas para esse público.

## DISCUSSÃO

Corroboramos com Araújo, Travesso e Yépez (2007) o afirmarem que para o controle de uma doença crônica não basta saber quais as orientações devem ser seguidas, mas também, a *in-corporação e a compreensão do que ajuda e prejudica* o processo de adoecimento. Assim, a tentativa de se agregar ao tratamento do lúpus, atividades de caráter socioeducativo e terapêutico é válida, pois agrega valores importantes no quesito “lidar com doenças crônicas”. E isso acaba contribuindo para a adesão ao tratamento, para a resignificação do sofrimento, influenciando assim, a qualidade de vida percebida pelos pacientes e pela sua rede social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de atividades sistemáticas de co-construção grupal com auxílio da educação em saúde e de atividades terapêuticas sistemáticas voltadas para doentes crônicos ainda não é uma prerrogativa das políticas de saúde locais. Contudo, compreendemos que atividades como essa deveriam ser incorporadas pelas redes de saúde, pois ajudam a integrar a rede de cuidados e a desmistificar concepções equivocadas sobre o processo de saúde-doença. Ademais, faz-se necessário suporte psicológico à pessoa com Lúpus de modo a facilitar a resignificação do processo de adoecimento; sendo este um desafio que precisa de atores disponíveis a implicar-se no contexto. Além disso, tal iniciativa, pioneira na região, realçou ainda mais a ausência de psicólogos atuantes nos setores que gerenciam a saúde pública como o TFD.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Adriana Dias; TRAVERSO-YEPEZ, Martha Azucena. **Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES)**. Estudos em Psicologia. Natal: vol.12, n.2, p. 119-127, 2007.

ARAUJO, Adriana Dias. (2004). **A doença como ponto de mutação: o processo de significação em mulheres portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico**. 170

páginas. Dissertação (Mestrado em psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p.16, 2007.

CAL, Sílvia Fernanda; BORGES, Ana Patrícia; SANTIAGO, Mittermayer Barreto. **Prevalência e classificação da depressão em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos em um serviço de referência da cidade de Salvador**. J Lirne, Salvador, vol. 02, nº02, p.36-42, jul. 2006.

MOREIRA, Caio; CARVALHO, Marco Antônio P. **Reumatologia diagnóstico e tratamento**. Medsi, 2001, 2º Ed.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Lúpus Eritematoso Sistêmico**. Cartilha para pacientes. Letra Capital, 2011.

### **IMPACTO DAS DANÇAS DE SALÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS HIPERTENSAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE.**

**Marcílio Rodrigues Ribeiro** (UFPE-CAV, Discente); **Liliane Tamyres dos Santos Coelho** (UFPE-CAV, Discente); **Rayane Maria do Socorro Ramos** (UFPE-CAV, Discente); **Silverlândia Djanira de Oliveira** (UFPE-CAV, Discente);

**Flávio Campos de Moraes** (UFPE-CAV, Professor).

#### **INTRODUÇÃO**

No Brasil, a população idosa vem crescendo de forma rápida, podendo até ser comparada a população dos países desenvolvidos. Pelas características da sociedade atual, estima-se que no ano de 2025 a população idosa no Brasil chegue a 32 milhões, levando o país a ter a sexta população de idosos no mundo em números absolutos (PINHEIRO, COUTO E SILVA, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem mostrado que o aumento da população idosa está aumentando, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Nesse contexto, tornam-se necessárias não só informações sobre a qualidade de vida na terceira idade, mas também programas coletivos atuante no processo de envelhecimento, sendo de baixo custo e fácil implantação, com resultado de prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas melhorando qualidade de e bem-estar subjetivo.

As doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica é apontada como um dos fatores de risco mais significativo para o desenvolvimento de doenças no sistema cardiovascular, atingindo cerca de 65% de pessoas acima de 60 anos. Em contrapartida, mudanças no estilo de vida, incluindo programas de exercício físico regular, assumem um papel de destaque na relação saúde-doença, diminuindo a incidência e prevenindo doenças decorrentes do processo de envelhecimento.

Para os idosos portadores dessas doenças, o exercício físico em sua totalidade quando aplicado de forma correta, em seu tipo, duração e intensidade conforme todos os indivíduos que apresentam esse quadro degenerativo vários são os benefícios, diminuição dos níveis pressóricos, melhora da capacidade aeróbica, da flexibilidade, do equilíbrio e da força muscular. Porém, o tipo de atividade tem uma grande influência nos resultados, sendo recomendada prazerosa e lúdica para haver uma maior adesão aos benefícios e melhorias na qualidade de vida. Estudos deixam evidente a importância das danças de salão como forma de terapia, auxiliando o bem estar mental, emocional, no equilíbrio, e na força muscular, repercutindo positivamente na qualidade de vida da população idosa.

### **OBJETIVO**

Investigar os efeitos das danças de salão na qualidade de vida das idosas hipertensas no bairro da Bela Vista, zona urbana, do município de Vitória de Santo Antão, região da Zona da Mata do Estado de Pernambuco.

### **MÉTODOS**

Para avaliar a percepção da Qualidade de Vida (QV), foi utilizado o instrumento proposto pela OMS, o *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-Bref). Este instrumento tem sido utilizado para mensurar a QV relacionada à saúde em vários indivíduos, sendo enfermos, sadios e idosos.

A amostra foi composta por 40 Mulheres ( $68,03 \pm 6,15$  anos) participantes de um programa de dança de salão ministrado por um profissional de Educação Física. O programa teve 45 sessões de dança, duas vezes por semana, com duração de 35 - 40 minutos cada. Todos os participantes foram avaliados pelo instrumento de qualidade de vida World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) no início e ao término da intervenção de 16 semanas. Realizou-se a estatística descritiva por meio de distribuição de frequência, aplicou-se o teste t de Student pareado ( $p = 5\%$ ), e correlação de spearman's. As análises foram realizadas no programa statistical package for the social science versão 16.0.

### **RESULTADOS**

Verificou-se que com a prática de exercício físico, como a dança de salão, obteve melhoras significativa no nível de qualidade de vida de acordo com o resultado geral do WHOQOL-bref nos quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e nas questões iniciais: "Como você avaliaria sua qualidade de vida?" e "Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?" do WHOQOL-bref. Embora o domínio social tenha apresentado menor contribuição na qualidade de vida dos idosos estudados, e o psicológico tenha sido somente o terceiro domínio que mais influenciou significativamente na qualidade de vida global das idosas. É importante salientar que a qualidade de vida das idosas depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos estando intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida.

### **CONCLUSÃO**

Os impactos das danças de salão na qualidade de vida de idosas hipertensas são positivos como mostra este estudo, precisando ser investigados por mais pesquisadores, através da interação e intervenção multiprofissional, legitimando a prática da dança de maneira sistematizada promovendo saúde para sociedade entendendo que os efeitos da prática de atividades físicas lúdicas como a dança, estão além dos resultados aqui obtidos, contribuindo positivamente em vários aspectos (psicológico, físico e social) da população.

## REFERÊNCIAS

ANGERMEYER, M.C. *et al*; **Depression and quality of life: results of a follow-up study**. The International Journal of Social Psychiatry, v.48, n.3, p. 189-99, 2002.

ALMEIDA, C. M. Um **olhar sobre a prática de dança de salão**. Movimento & percepção, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.5, n.6, p.64-71, jan/jun. 2005.

ALLEN, C.; IRISH C. **Dance and elderly dancers**. American Journal of Dance Therapy, v.2, n.25, p.111-122, 2003.

BERLIM, M.T.; FLECK, M.P.A. **Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry**. Rev Bras Psiquiatr, v.25, n.4, p.249 – 252, 2003.

FERINATTI, Paulo de Tarso Veras; **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício**; Bases Teóricas e Metodológicas; Barueri, SP: Monole, 2008.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al*; **A avaliação de qualidade de vida, guia para profissionais**; Porto Alegre: Artmed, 2008.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto; **Qualidade de vida e Atividade Física, explorando teoria e prática**; Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

GOLDSTEIN, L.L. **Stress e coping na vida adulta e na velhice**. In: NERI, A.L. (Org). Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida. Campinas: Papirus, 1995.

HOUSTON, S. **Dance For Older People**. Primary Health Care, v.8, n.15, p.18-19, 2005.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: Síntese de Indicadores Sociais. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003html.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003html.shtm)>. Acesso em: 03 jan. 2011.

PINHEIRO, L. A.; COUTO, A. A.; SILVA, E. N. Sobrevida e morbidade na hipertensão arterial tratada:um estudo crítico. **Programa formação continuada da sociedade brasileira de cardiologia**, n.3, p.16-26, 2003.

THE WHOQOL GROUP. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL)**. In: ORLEY J, Kuyken W (Ed.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41- 60.

ZAGO, Anderson Saranz. **Rev. Bras. de Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v.13, n.1,

p.53-58, 2010.

## **CUIDADO MÉDICO E AUTOCUIDADO: EXPERIÊNCIAS COM “USUÁRIOS DE CRACK”**

**Monique da Silva Ribeiro**<sup>1</sup>; Luzania Barreto Rodrigues<sup>2</sup>

### **INTRODUÇÃO**

Neste trabalho procurou-se explorar a relação entre os sentidos produzidos sobre autocuidado e cuidado médico, tendo como base exploratória dois estudos realizados com “usuários de crack” acessados em áreas públicas de Juazeiro (Bahia) e no CAPSad da mesma cidade. Nesses contextos, percebe-se uma crescente perda de autonomia dos sujeitos quanto ao cuidado consigo, e a noção de saúde é concebida, sobretudo, a partir do domínio médico. Essa postura acaba por reforçar a desvalorização das formas de autocuidado nos mais diversos espaços e inviabiliza a disseminação, por exemplo, de políticas como a redução de danos em contextos de uso de substâncias psicoativas (SPA), nos quais são fundamentais tanto o desenvolvimento de estratégias próprias quanto à utilização destas.

Nesse processo, as formas de autocuidado não são valorizadas ou não são concebidas como relevantes práticas de saúde pelos indivíduos em geral, que se submetem a uma concepção de cuidado estritamente medicalizada, “dependente do saber de especialistas” (Ivan Illich, 1975 *apud* Gaudenzi, P. e Ortega, F., 2012). Esse posicionamento frente a um cuidado autônomo acaba por reforçar a lógica de controle sobre os corpos no contexto das relações de poder e através de seus dispositivos. É nessa perspectiva que Foucault desenvolve os conceitos de biopoder e biopolítica (1988), definidos como a prática de controle sob os corpos por meio de dispositivos que possibilitam ou favorecem a gerência da vida no intento de promover o que envolve a definição do que se convencionou chamar saúde.

Por outro lado, percebe-se certo grau de autonomia dos sujeitos no próprio processo de busca pelo medicamento, seguindo essa perspectiva de medicalização que está posta e reforçando a lógica dessa supremacia biologicista que impregna a noção de bem-estar. Quando contrário, os indivíduos se sujeitam a outro tipo de biopolítica, pautada no controle religioso sobre os corpos em uma espécie de cura religiosa, pautada na conversão espiritual. No que respeita a pessoa que usa SPA, é dessa forma que o número de comunidades terapêuticas embasadas pela moral

---

<sup>1</sup> Graduanda de Psicologia, Bolsista de iniciação científica (CNPq), vinculada ao Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar sobre o Uso de Substâncias Psicoativas/LAPIS/UNIVASF.

<sup>2</sup> Antropóloga. Professora Adjunta III do Colegiado de Ciências Sociais e coordenadora do Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar sobre o Uso de Substâncias Psicoativas/LAPIS/UNIVASF.

espiritual/religiosa vem crescendo, ganhando força e adeptos, ainda que temporários, uma vez que, ao oferecer um tratamento alternativo dessa natureza, acaba por desresponsabilizar o sujeito em sua relação com a “droga”. Ademais, é nesse processo que cabem indagações e respostas sobre como, em plena Reforma Psiquiátrica, essas instituições de base manicomial se mostram como alternativa atraente frente ao “problema das drogas”.

Quanto a um processo inverso, como o proposto no CAPSad, por exemplo, o sujeito não deve ser culpabilizado por sua busca ativa pela substância psicoativa, mas responsabilizado. Em tese, essa instituição tem como base os preceitos e orientações da Política de Redução de Danos, os quais visam minimizar e prevenir os riscos que surjam no consumo de SPA por meio de estratégias desenvolvidas pelos próprios indivíduos em sua experiência com a “droga”. Ainda assim, vale questionar até que ponto os profissionais envolvidos no funcionamento da instituição não acabam por seguir a mesma lógica que vislumbra a supremacia de psicofármacos para a eficácia do tratamento e desvalorizam os outros recursos terapêuticos que deveriam estar integrados.

Observa-se, ainda, no contexto dos dispositivos de “saúde”, uma desenfreada prescrição de comportamentos corretos e, em contrapartida, uma listagem de comportamentos lesivos à saúde. Assim, o consumo de alguma substância psicoativa (prevalendo as ilícitas) é considerado um problema extremamente prejudicial à saúde que deve ser tratado por um viés tradicional, que visa extinguir o agente invasor por meio da eficácia de compostos farmacológicos. A medicina acaba por ampliar, arbitrariamente, o campo de domínio de suas concepções de patologia e normalidade, empenhando-se em subsumir aspectos que dizem respeito à dimensão social. Dessa forma, a dicotomia saúde-doença invade outros campos, contamina e toma para si como semelhante a dicotomia regra-crime ao definir um código correto a ser seguido e sanções, ainda que sociais, para aqueles que se desviem do que foi estabelecido como indispensável a uma vida saudável, ignorando as particularidades culturais.

### Pela reconstrução do modelo de cuidado

#### **OBJETIVO**

A partir da análise de dois estudos qualitativos, de caráter etnográfico, realizados no CAPSad e em duas áreas públicas de Juazeiro, uma feira-livre e uma praça do centro da cidade, este trabalho busca explorar a relação entre os significados atribuídos às práticas de cuidado médico e autocuidado por parte desses dois grupos.

Assim, surgiram algumas questões norteadoras, que envolvem indagações sobre como uma instituição, cujas diretrizes se baseiam na política pragmática da Redução de Danos, além de um trabalho integrado entre os diversos segmentos da área de saúde, acaba por legitimar uma concepção estritamente medicalizada de cuidado. Ademais, em que aspectos percebe-se, nos usuários, uma noção fundamentada pela mesma lógica de supremacia do medicamento, bem como de submissão da vida no intento de alcançar o que se convencionou, arbitrariamente, chamar saúde? E, no que concerne a refratariedade diante da política de Redução de Danos, o que impulsiona, em plena reforma psiquiátrica, a busca cada vez mais ávida por centros “terapêuticos” de cunho religioso por parte dos usuários?

## MÉTODO

Este trabalho foi desenvolvido com um viés qualitativo, de caráter etnográfico, tendo como base dois estudos da mesma natureza, desenvolvidos no CAPSad e em dois locais públicos da cidade de Juazeiro (Bahia) - uma feira livre e uma praça no centro da cidade<sup>3</sup>. A amostra desses estudos envolveu homens, majoritariamente, e mulheres com idade entre dezesseis e cinquenta e seis anos que consomem ou consumiram crack.

Nesses locais, a observação participante foi um dos recursos metodológicos utilizados, aliada a conversas informais com os profissionais da instituição e os usuários de Substâncias Psicoativas (SPA), frequentadores dos referidos espaços. Outra ferramenta utilizada na construção deste trabalho foi a análise dos dados por meio da leitura e categorização dos diários de campo, confeccionados após cada observação e diálogo com os interlocutores.

As áreas públicas nas quais se deram as observações são aquelas onde estagiários e bolsistas do Curso de Psicologia e de Ciências Sociais atuam, por meio do Coletivo de Redução de Danos Ciranda de Rua. Esse projeto, vinculado ao Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar sobre o Uso de Substâncias Psicoativas (LAPIS), foi desenvolvido pela professora Me. Mariana Souza e é orientado pela professora Dr<sup>a</sup> Luzania Barreto Rodrigues e visa estender os campos de pesquisa e disseminar a perspectiva da Redução de Danos em espaços de uso de SPA.

## RESULTADOS PARCIAIS E/OU CONCLUSIVOS

As diretrizes do Ministério da Saúde, do Brasil, para alcançar “usuários de drogas” baseiam-se, em tese, na Política de Redução de Danos, seus princípios e estratégias de atenção e prevenção que visam minimizar possíveis consequências danosas do uso de substâncias psicoativas. No entanto, sua efetiva implementação encontra resistência tanto entre os profissionais de saúde quanto entre o seu potencial público-alvo.

Verificou-se entre os sujeitos dos referidos estudos, desenvolvidos entre os anos de 2010/2011 e 2012/2013, a continuidade de práticas que seguem a lógica de disciplinarização dos corpos apontada por Foucault, através de um cuidado que se restringe à medicina tradicionalista, focada no plano fisiológico. Essa problemática envolve não apenas os profissionais da instituição em questão – o CAPSad – como também os usuários do serviço, o que inclui tanto a pessoa que usa crack quanto

---

<sup>3</sup> Modalidades e Estratégias de Ação dos Profissionais do CAPSad/Juazeiro-BA e sua Recepção por parte dos Usuários do Serviço. Pesquisa realizada entre 2010-2011. E *Obtenção de renda pelo “usuário de crack”*: uma relação entre qualificação para o mercado de trabalho e compulsão pelo consumo da substância, 2012-2013, ambos sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luzania Barreto Rodrigues/LAPIS/UNIVASF.

seus familiares.

Entre os primeiros, verificou-se uma internalização de práticas e percepções medicalizadas da saúde e, assim, o tratamento farmacológico é posto como central no processo terapêutico. Além disso, são considerados somente os aspectos químicos da substância e, dessa forma, os aspectos culturais e concernentes às modalidades de uso são negligenciados. Ademais, os diversos profissionais da saúde que compõem o serviço são postos como secundários ou se mantêm inertes no cuidado em função do saber ou da prática dos profissionais da medicina – nesse caso, o/a psiquiatra da instituição.

Percebeu-se que todas as deliberações sobre a modalidade de tratamento do usuário (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) perpassavam o campo de domínio do profissional da psiquiatria, colocado como central nesse processo. Outro ponto observado a partir das visitas à instituição e que reforça a importância concedida à medicalização pode ser observada em uma das regras que visam impor o compromisso do usuário. Assim, quando um usuário do serviço não comparece ao espaço no horário fixado, ele é proibido de permanecer no local e, no entanto, recebe a medicação referente ao dia e, em caso de fim de semana, também a que deve ser ingerida nesse período. Por fim, grande parte dos profissionais dissemina um discurso que prega a abstinência total e, portanto, vai de encontro à política nacional que, teoricamente, orienta os dispositivos públicos de saúde.

Por outro lado, entre os denominados “usuários de crack”, notou-se a prevalência de diferentes graus de refratariedade aos princípios e estratégias que orientam a Política de Redução de Danos. Como enfatizado pelos profissionais, os usuários do serviço em questão também trazem consigo concepções moralistas em relação ao uso da substância, definido como “vergonhoso”, “feio”, “errado” e socialmente reprovável. É através dessa perspectiva que a pessoa que usa crack busca por uma solução imediata que o obrigue a um afastamento da “droga” como forma de livrar-se do estigma a ela associado e não em decorrência da relação que é estabelecida (cf. GOFFMAN, E., 1988 e BECKER, H., 2008). É, possivelmente, dessa forma, que muitos dos recursos terapêuticos se mostram ineficazes, uma vez que os de efeito imediato – e sem durabilidade – são os mais valorizados e essa relação não é levada em conta.

Além disso, observou-se que, para os usuários que frequentam o espaço, a ingestão de medicamentos é encarada como solução essencial no processo de cuidado com a saúde por se constituir como o que há de concreto no tratamento recebido na instituição. No que concerne aos demais recursos terapêuticos, os usuários, em contrapartida, reclamam da falta de atividades que envolvam capacitação e lazer, como futebol, cultivo de plantas etc., mas, aparentemente, não identificam isso como um cuidado com a saúde mental, mas como um passatempo. Relata-se, também, a carência de diálogos que priorizem as singularidades de cada sujeito através de outras formas de intervenção e que ultrapassem o consumo de medicamentos e a estadia no CAPSad durante um determinado período de tempo.

Com relação às pessoas que usam crack acessadas pelo Coletivo Ciranda de Rua nas áreas públicas de Juazeiro (Bahia), verificou-se tanto o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos no intento de minimizar os riscos à saúde durante



o uso quanto uma negligência nesse aspecto. Além disso, foi possível observar que muitas das formas de autocuidado não perpassam a noção de cuidado com a saúde, esta vista como algo de domínio da medicina – não apenas no que concerne à prática médica em si, mas, também, às orientações generalistas que não consideram as particularidades individuais e culturais imbricadas no uso. Nesses contextos, houve, também, a prevalência discursiva da necessidade de abstinência total como única forma de cuidado eficaz com a saúde. Assim, nenhum usuário demonstrou importância quanto à diminuição progressiva na quantidade de crack utilizada, priorizando um tratamento abstinentemente e reclusivo como eficiente. Por fim, nas ruas, verificou-se uma resistência quanto a inserção nos serviços públicos de saúde, como o CAPSad, sob a justificativa de se “trocar uma droga por outra”.

Dessa forma, faz-se imperativo o desenvolvimento de alternativas que busquem a construção não de um tratamento, mas de um efetivo acompanhamento terapêutico multidisciplinar e que tenha como parâmetro de êxito não apenas as noções estabelecidas como saudáveis, mas, com igual importância, o que o usuário encara como relevante para sua saúde. Assim, a terapia farmacológica não é dispensável nesse acompanhamento – tendo sua importância e necessidade reconhecidas – sendo, antes, identificada como um recurso complementar diante das demais possibilidades terapêuticas ofertadas pelo serviço público de saúde em geral.

## REFERÊNCIAS

BECKER, H. S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O Estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

## O SUS NA ATENÇÃO A TRAVESTIS: ESTADO DA ARTE

**Tiago da Conceição Sousa; Rafael Silva dos Santos** (discentes integrantes do Programa de Permanência Qualificada da Pró-reitoria de Políticas Afirmativas e Assuntos Estudantis -PROPAAE- da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia UFRB);

**Philippi Rios da Silva** (UFRB, Docente Orientador).

## RESUMO

Ser travesti na contemporaneidade diz respeito a um processo subjetivo de normatização disciplinadora do corpo. Todavia, assumir características do sexo oposto implica no enfrentamento de diversas violências de ordem física e/ou psicológica vividas no cotidiano. Os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade preconizados pelo SUS visam garantir o acesso irrestrito das diversas camadas populares ao cuidado à saúde. Esta pesquisa tem como finalidade discorrer sobre o que tem sido produzido acerca da saúde de travestis no âmbito do SUS. Para tanto, elegeu-se o levantamento bibliográfico como importante ferramenta para a obtenção de estudos na temática. Nesse sentido, o indexador Scielo foi elencado por receber a maior quantidade de publicações de artigos. Considerando o tema proposto, os artigos foram selecionados através da leitura de seus resumos, abordagem da temática e que respeitassem a data de publicação entre os anos 2008 e 2013. O material levantado foi analisado a partir da leitura e fichamento dos artigos e atribuição de sentido teórico às informações obtidas. Assim, foi possível verificar que a produção que versa sobre o atendimento do SUS retrata a constância de notificações de atendimentos a travestis e que os profissionais da área da saúde tem se voltado apenas para os problemas relacionados à DST/AIDS, não se atentando, em muitos casos, para a gravidade dos outros tipos de agressão e para o peso do estigma social afixado sob as (os) travestis.

**Palavras-chave:** travestis; cuidado a saúde; sus.

Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## **BENEFÍCIOS BIOPSISSOCIAIS ATRAVÉS DAS DANÇAS DE SALÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROJETO DE EXTENSÃO ENVELHECER COM QUALIDADE/UFPE/CAV**

**Wedja da Silva Carneiro; Ramon Wagner Barbosa de Holanda; Maria José Fernanda Lima Pereira da Silva; Pablo Rudá Ferreira Barros de Souza** – (Discentes de licenciatura em Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco UFPE/CAV)

**Flávio Campos de Moraes** – (Docente da licenciatura em Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco UFPE/CAV)

### **INTRODUÇÃO**

O projeto de pesquisa e extensão envelhece com qualidade do Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte/UFPE/CAV, iniciado em 2010, oferece ao segmento idoso atividades de danças de salão e ginástica aeróbica, dentre outras atividades

como: passeios, palestras e sobre saúde e educação e participação em eventos comunitários. O projeto atende 150 idosas. As oficinas de danças de salão são realizadas três vezes por semana, em dias alternados, sendo trabalhada com uma intensidade de leve a moderada do consumo de oxigênio máximo ou Vo2 máx..

A música se torna o recurso pedagógico básico, sendo sempre usada nas aulas, de modo que a vivência se torna cada vez mais atrativa. Para que realmente funcione como um instrumento de trabalho. Por fim, o idoso é trabalhado em sua totalidade, considerando suas limitações e suas capacidades, sendo sempre avaliado. Para isso a parceria existente entre os profissionais da área da saúde, como Enfermeiros, Educadores Físicos e Nutricionistas, vem contribuir no amplo auxílio aos idosos, beneficiando a saúde dos mesmos, e promovendo uma melhor qualidade de vida.

### **Objetivo**

Avaliar os benefícios biopsicossociais através da dança de salão em idosas. Para atingir tais objetivos, as aulas consistem na prática da dança de salão, com uso de elementos e recursos que são de extrema importância, além do uso da ludicidade e criatividade nas atividades propostas, possibilitando ao idoso uma vivência prazerosa por meio do movimento.

### **Metodologia**

A pesquisa do tipo exploratória teve por escopo levantar e analisar informações sobre os impactos dessas práticas corporais na qualidade de vida dos usuários do projeto. A amostra foi composta por 16 idosas de o projeto envelhecer com qualidade, desenvolvido no Bairro da Bela Vista, Vitória de Santo Antão/PE. Utilizaram-se questionários contendo perguntas abertas e fechadas. Todos os participantes foram avaliados pelo instrumento de qualidade de vida World Health Organization Quality of Life -bref.

### **Resultados**

Melhora significativa do nível de qualidade de vida de acordo com o resultado geral do WHOQOL-bref.

### **Conclusão**

As respostas indicam o favorecimento das atividades do projeto na melhoria dos domínios físico e psicossociais das idosas, repercutindo de maneira positiva na qualidade de vida desse segmento. Verificou-se que com a prática da dança em sua globalidade, praticada de forma adequada e levando em consideração as capacidades físicas e motoras dos idosos, apresenta diversos benefícios no condicionamento físico, aumentando sua eficiência e consciência corporal, mecânica e motora. Acredita-se que a mesma, seja agente facilitador para maior adesão dos idosos à prática da atividade física. A dança, por sua vez, também tem influência na melhoria de fatores psicológicos, promovendo uma descontração psíquica, reduzindo o estresse, e ao mesmo tempo, estimulando a criatividade.

Os fatores citados são provenientes em sua grande parte, do enfoque coletivo, pois quando praticada de forma lúdica e com interação social, acarretará na melhoria da

qualidade de vida desses indivíduos, proporcionando-lhes um maior longevidade.

## REFERÊNCIAS

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: ORLEY J, Kuyken W (Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41- 60.

ZAGO, Anderson Saranz. Rev.Bras.de Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.53-58, 2010.

Camara LC, Santarém JM, Jacob-Filho W. **Atualização de conhecimentos sobre a prática de exercícios resistidos por indivíduos idosos**. Acta Fisiatr. 2008;15(4):257-62.

Williams MA, Haskell WL, Ades PA, Amsterdam EA, Bittner V, Franklin BA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2007;116(5):572-84. doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185214 [

Kushi LH, Byers T, Doyle C, Bandera EV, McCullough M, McTiernan A, et al. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2006;56(5): 254-81. doi.org/10.3322/canjclin.56.5.254 [ da Nóbrega ACL, de Freitas EV, de Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM, et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. *Rev Bras Med Esporte* 1999;5(6):207-11.

Borst SE. Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people. *Age and ageing*. 2004;33(6): 548-55. doi.org/10.1093/ageing/afh201.

American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(7):1510-30.

Binder EF, Yarasheski KE, Steger-May K, Sinacore DR, Brown M, Schechtman KB, et al. Effects of progressive resistance training on body composition in frail older adults: results of a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(11):1425-31.

## AS PIS COMO EXERCÍCIO DE AUTONOMIA E EMPODERAMENTO PARA OS USUÁRIOS DO SUS/DF<sup>4</sup>

Ana Beatriz Duarte Vieira<sup>1</sup>; Pedro Sadi Monteiro<sup>2</sup>; Ozélia Evangelista<sup>3</sup>.

### INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas em Saúde oferecem uma concepção ampliada de saúde, de sujeito e de coletividade, pois trazem consigo a possibilidade de superar a fragmentação das ações, a multiplicidade de especializações e as dificuldades do acesso aos serviços.

Constitui-se uma racionalidade terapêutica com uma visão de integralidade do ser humano considerando-o na sua complexidade, pois seu modelo de atenção à saúde está organizado de maneira transdisciplinar buscando a integralidade do cuidado por meio da atuação multiprofissional, de acordo com as especificidades de cada categoria.<sup>1</sup>

Considera-se esta visão da atenção à saúde centrada no exercício da atitude que é compreendida como o acolhimento e a consideração do sujeito como um todo indivisível, complexo e organizado em sistemas integrados, que envolvem fatores físicos, psico-afetivos, etnoculturais, sociais, ambientais e espirituais, solidários e cooperativos que condicionam e influenciam a criação de vínculos, o autocuidado e a responsabilização pelas dimensões que condicionam à vida e a saúde.

Dessa forma, as PIS acolhem os atores sociais que compõem o sistema de saúde - usuários, trabalhadores e gestores - respeitando as subjetividades e as singularidades e propondo ações que promovem o exercício da autonomia e o fortalecimento destes atores em relação a sua estrutura existencial. Neste movimento, estes sujeitos passam a compreender melhor o papel determinante do poder, os desafios das políticas públicas e as iniquidades presentes no âmbito da saúde, apesar dos avanços obtidos com o advento do SUS. Tornam-se então, protagonistas, tanto no campo privado/individual quanto no público/coletivo, na busca de soluções viáveis frente ao contexto da saúde.

Assim entende-se como autonomia, a capacidade dos indivíduos ou de uma coletividade tomar suas próprias decisões com base nas suas racionalidades. O sujeito assume posição central a construção de projetos e modos de vida que visam atender as demandas, as necessidades, as expectativas e a fortalecer as escolhas concretas para garantia do acesso aos recursos que caracterizam melhoria das relações humanas e sociais. Desta forma, tornam-se *empoderados* e trazem à cena

---

<sup>4</sup>Ana Beatriz Duarte Vieira (Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Professora Assistente da Universidade de Brasília. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética).

<sup>2</sup>Pedro Sadi Monteiro (Professor Adjunto da Universidade de Brasília. Orientador do Programa de Pós-Graduação em Bioética).

<sup>3</sup>Ozélia Evangelista (Médica Homeopata. Gerente das Práticas Integrativas em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal).

discussões sobre ações locais que respeitem a capacidade das pessoas de decidirem sobre a melhoria da sua qualidade de vida, do seu modo de ser, estar e viver.

Neste sentido, a Bioética contribui, desde a sua gênese, num pensar global sobre a ética da vida como uma ferramenta que direciona o compromisso com a complexidade social incorporando em sua base epistemológica temas que envolvem as situações persistentes em relação às iniquidades sociais e as políticas públicas, em especial, de saúde, como também aqueles ligados às situações emergentes frente ao desenvolvimento biotecnológico. Considera-se então, que contribui para a reflexão dos sujeitos na perspectiva do exercício da cidadania em busca da condição do ser no mundo. Tal percepção, aproxima-se à ideia da Bioética de Intervenção - *hards ethics* - elaborada por Garrafa e Porto (2003), que defende a totalidade somática, ou seja, o resultado das relações entre pessoa, grupos e segmentos e a diversidade inerente de cada um articuladas às condições sanitárias, sociais e ambientais. Explicita-se como uma proposta inclusiva que incorpora ações, politicamente comprometidas, capazes de transformar a práxis social.<sup>2-3-4</sup>

Assim, as escolhas e ações dos sujeitos caracterizam-se como um processo dinâmico, no qual promover saúde envolve um espaço de participação, empoderamento, libertação e emancipação como também elaboração de ações por parte do Estado que objetiva a conquista da justiça como equidade em saúde.

Neste trabalho, buscou-se como objetivo repensar as PIS como estratégia de saúde que empodera os usuários do SUS/DF. Para tal, descrevem-se as PIS como ferramenta que estabelece o diálogo com a diversidade dos problemas de saúde, com a dimensão global do cuidado humano, social e planetário e com os princípios fundamentais do SUS.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Estudo de aporte reflexivo que contextualiza as PIS em interface com a epistemologia da Bioética de Intervenção (BI). Articula-se, portanto, as PIS com a bioética considerando o discurso da cidadania expandida, na qual se legitima os referenciais dos direitos individuais e coletivos. Uma ética da vida que se fundamenta não puramente em decisões individuais, mas que fazem referência aos valores e princípios para manutenção da vida e saúde para as gerações atuais e futuras.

## **RESULTADOS**

A Bioética de Intervenção caracteriza-se pela discussão plural, voltada à complexidade das inter-relações nas sociedades contemporâneas. Os estudos sobre a Bioética de Intervenção explicitam as relações capazes de responder as questões das assimetrias econômicas, sociais, políticas, além de romper com os limites cartesianos do saber e do poder nas práticas de saúde. Como interface com as PIS, delineia-se a partir do reconhecimento da ideia de saúde como processos históricos e culturais que condicionam à vida social e sua organização coletiva. Estimula os usuários a terem uma visão ampliada de saúde na busca de mecanismos eficazes

de autocuidado, tornando-os sujeitos protagonistas dentro da cultura sanitária vigente, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na interface, PIS e Bioética, infere-se que o poder sobre si mesmo fortalece a autonomia e a corresponsabilidade dos usuários do SUS, repercutindo na sua realidade individual e coletiva e no aprimoramento de ser, estar e viver saudável no mundo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, 2006.

Potter, VR. Bioethics, Bridge to the Future. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1971.

Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics; 2003, 17(5-6):399-416

Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética. 2005;13(1):125-34

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA E A VALORIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS

**Eduarda Barros** (UFBA, discente); **Camila Carneiro** (UFBA, discente); **Daniela Carvalho** (UFBA, discente); **Sérgio Santos** (UFBA, discente); **Anamélia Franco** (UFBA, professora).

Palavras chave: mudança de paradigma; modelo biomédico; práticas integrativas

O paradigma biomédico, caracterizado pela medicalização e pelo hospitalocentrismo, tem paulatinamente demonstrado suas limitações na resolução dos problemas de saúde das populações de maneira integral. Cada vez mais tem sido comprovada a eficácia de plantas, a importância da fé nos tratamentos e das redes de cuidado nos processos de atenção à saúde. Dessa forma nota-se que um novo paradigma holístico e integral vem sendo reestabelecido. O próprio sistema de

saúde brasileiro constituiu-se a partir de uma reforma ativa e participativa da sociedade que deu um passo no sentido de abandonar o modelo assistencial privatista, em direção a um sistema único e integral e posteriormente aprovou a inclusão de práticas não biomédicas a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Para entender como se dá esta mudança paradigmática no campo científico, realizaremos entrevistas semi-estruturadas com professores, de diversas formações universitárias, regularmente vinculados ao colegiado do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde - UFBA, no intuito de identificar fatores e consequências do momento de transição paradigmática, na qual se encontra a área de saúde. A adoção de outras racionalidades médicas, tanto quanto o reaparecimento de outras mais antigas, e a legitimação como mecanismos de saúde são os principais fatores impulsionantes desta crise transitória. Assim, os resultados serão processados, analisados e correlacionados com a literatura sobre o tema a fim de tentar estabelecer as limitações do paradigma biomédico sob a visão desses profissionais e estabelecer referenciais teóricos que nortearam essa mudança de paradigma.

## **TRIPÉ EPISTEMOLÓGICO-CRÍTICO: POSSIBILIDADE DE ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL DA PNPICS**

**Isis Daniella Carvalho Silva** (Autora: mestranda/PPGISC-UFPE);

**Marcelo Luiz Pelizzoli** (Orientador: docente/PPGISC-UFPE).

### **INTRODUÇÃO**

A Saúde, enquanto instituição social moderna, é marcada eminentemente pelo modelo de ciência que a direciona (PELIZZOLI, 2011).

Reconhece-se que, no século XX, as Ciências Sociais/Humanas trouxeram à tona grandes contribuições críticas, ao propor a escavação filosófica e sociológica sobre o saber instituído, a fim de dar visibilidade às formas soterradas de saber e sociabilidade. No campo da saúde, essa escavação tem permitido emergir explicações diferentes das visões técnicas dominantes, no sentido de buscar a integralidade e a humanização; bem como, compreender como a exclusividade epistêmica/paradigmática produziu um conhecimento-regulação normativo e excludente, ou reducionista (PELIZZOLI, 2011).

Na atualidade pode-se afirmar que o campo da Saúde encontra-se em crise, são incontáveis os problemas pelos quais o paradigma vigente não pode apresentar soluções efetivas (FONTES, 1999).

O molde cartesiano é o grande condutor paradigmático dos procedimentos biomédicos e cuja abordagem físico-química (e alopática) e cirúrgica interventora é apontado como o fundo do problema no modo dominante de combater doenças, que



lida com as dimensões parciais e fragmentárias de abordagem do corpo humano físico-químico-mecânico, que apenas combate aspectos da doença e parece estar a favor do mercado (PELIZZOLI, 2003; 2010; 2011).

Trata-se, pois, de um modelo disciplinador e especializador que não alcançou uma verdadeira prática inter, trans ou metadisciplinar e cuja predominância na saúde considera a medicina apenas como uma ciência mecânico-físico-química, além de se configurar em uma mera superposição de disciplinas (PELIZZOLI, 2011).

Essa lógica da estrutura especializadora justifica-se por se tratar da saúde enquanto um campo complexo que necessita de muitos especialistas, mas que ao invés de fazerem dialogar os seus núcleos e compreenderem-se enquanto partes de um todo maior que a própria união das partes, promovem a fragmentação do ser humano e de seu contexto (PELIZZOLI, 2011).

Defende-se que no campo da saúde a noção de cuidado deve ser o centro, abordando-se a saúde, diferente do modelo biomédico e medicalizador que enfatiza a doença e falha na promoção e condições de saúde. (PELIZZOLI, 2011).

O foco na doença enquanto disfunção meramente físico-química e mecanicista não traz ao modelo biomédico o sucesso científico, à medida que a tendência dos seus paradigmas ao fechamento desconsidera as abordagens não cartesianas, ou seja, abre mão dos modelos de abordagem tradicionais, sistêmicos, integrativos, entre outros. Dessa forma, além da falta de um fazer ciência verdadeiro, pode-se explicar que o fracasso do modelo de saúde dominante se deve ao investimento excessivo na abordagem físico-química objetificadora e na intervenção tecnológica baseada em uma medicina alopática e hospitalocêntrica, cuja visão de saúde, como já foi dito, é reducionista-cartesiana (PELIZZOLI, 2007;2011).

Reconhecidos os seus altos custos e necessidade de sanar obstáculos que põem em xeque a sua segurança, viabilidade e eficácia, ainda assim o modelo biomédico é chamado de avançado tecnologicamente, pois se aprimora. No entanto, aqui, afirma-se que as práticas em saúde podem estar afastadas da atualização em pesquisa (PELIZZOLI, 2011).

O olhar cartesiano não questiona o paradigma reducionista do qual fazem parte as tecnologias invasivas, hospitalocêntricas, medicalizantes, e cujos custos são grandes, bem como são os ganhos para poucos (PELIZZOLI, 2003; 2010; 2011).

Esse modelo de saúde não se propõe a ser um modelo de ciência aberto a verdade; livre de interesses mercantis; capaz de permitir o diálogo dos diversos saberes, métodos e abordagens, pois é conduzido pela lógica do mercado e não considera essa diversidade, essa complexidade (PELIZZOLI,2007; 2011).

A ciência, para ser verdadeira e corresponder ao seu escopo social, deve encarnar o ideal de objetividade, o aspecto crítico e histórico. Isto significa colocar-se questionamentos *epistemológicos* (filosófico-críticos) contínuos, estruturando constantemente uma *teoria ampliada e crítica do conhecimento* a ser aceito, na medida em que o que sustenta uma ciência são os paradigmas escolhidos e validados (PELIZZOLI, 2011). Pois, a partir do que prega Kuhn, sendo a base da ciência a resolução de problemas, fica a cargo dos paradigmas determinar quais as

questões que deverão estar sujeitas ao exame científico, assim como quais as perguntas e metodologias devem ser aplicadas para a sua resolução (KUHN, 2003; PIM, 2009).

Kuhn assume a existência de anomalias em todos os paradigmas, estejam essas anomalias em níveis aceitáveis de erro ao ponto em que possam ser ignoradas, ou em um nível excessivo quando põem em dúvida os paradigmas dominantes e esses entram em estado de crise (KUHN, 2003; PIM, 2009).

O campo da saúde em sua amplitude carrega consigo conflitos que ilustram bem a sua crise: estabeleceu-se a dependência de um modelo que não para de encarecer e são cada vez mais produzidos medicamentos alopáticos que prometem mais avanços; ao mesmo tempo em que as plantas e outros elementos da natureza, além de um bom cultivo do corpo têm prevenido e curado patologias. Então, não vem a ser saúde o mero crescimento de tecnologias invasivas, hospitalocêntricas e medicalizantes, mas um estilo de vida que envolvam ambiente e corpo saudáveis (PELIZZOLI, 2007; 2011).

Assim reconhece-se a complexidade do campo da saúde e por isso esse deva ser continuamente analisado sob diversos âmbitos (epistemológico, político e ético), para dessa forma ser apontada como uma “ciência com consciência” (HUSSERL; MORIN, 2000) e não estar sujeita ao reducionismo cuja abordagem dos problemas e soluções é unilateral (PELIZZOLI, 2011).

Quando se conduz uma discussão de paradigmas epistemológicos, se chega naturalmente às dimensões políticas/sociais e éticas envolvidas (tripé epistemológico-crítico).

Faz-se necessária uma reflexão epistemológica profunda a fim de analisar as conquistas e os obstáculos dos modelos adotados nas Ciências da Saúde, e apesar de apostar na epísteme enquanto raiz do conhecimento e da verdade como prática social (FOUCAULT, 2004) defende-se que essa análise deva adotar uma perspectiva ampla que aborde os problemas e as soluções do campo da saúde multidimensionalmente e de forma conjugada. Para tanto propõe-se o uso do tripé epistemológico, crendo-se ser este um instrumento investigativo capaz de abrir o olhar para os princípios da saúde integrativa, para a qual o bom agente de saúde enfatiza e promove a saúde e deve estar contra o mercado da doença (PELIZZOLI, 2011).

O tripé epistemológico- crítico de análise se constitui de três dimensões, a saber: a dimensão epistemológica, a dimensão político-econômica e institucional e a dimensão ética, que conduzem a uma discussão nesses três níveis de entendimento conjugados (PELIZZOLI, 2011).

O momento atual traz consigo uma gama cada vez mais ampla de políticas nacionais defendidas como ferramentas que visam o bem-estar da população como um todo. Com a saúde não é diferente e pode-se apontar o surgimento de políticas voltadas para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, para a Humanização em Saúde e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) ([Portaria GM N° 971, de 03 de maio de 2006](#)).

Observa-se que a base das políticas de saúde no Brasil - em acordo com a base predominante do atual modelo biomédico - tem o foco na doença e ainda assim de forma superficial (PELIZZOLI, 2007).

Ainda assim, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) tem sido apontada como evidência de uma recente escavação filosófica e sociológica sobre o saber instituído contra o reducionismo epistêmico e a favor da inclusão da lógica integrativa na saúde, que combina o núcleo duro de diferentes práticas do saber, para além da perspectiva excludente (BARROS, 2006).

O tripé permite abordar multidimensionalmente essa política, apontando o cuidado, as instituições envolvidas e conceitos na sua proposta de ações e serviços (ênfase na atenção básica), que devem garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, através do cuidado continuado, humanizado e integral, contribuindo para a resolubilidade do SUS, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social.

## **OBJETIVO**

Apresentar a PNPICS sob uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico: analisando o discurso (fundamentos filosóficos-científicos) com o qual se apresenta, com foco na díade saúde-doença; identificando a visão da díade saúde-doença; discutindo a PNPICS a partir de três níveis conjugados de entendimento (tripé epistemológico-crítico) e apresentando a abordagem de problemas e soluções em saúde.

## **MÉTODO**

Constará de uma análise documental através de revisão bibliográfica, cujas palavras-chaves são Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Tripé epistemológico-crítico, visão integrativa de saúde.

## **JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

A PNPICS também alcança o impacto da sua publicação nos campos econômico, técnico e sociopolítico. Assim faz-se relevante uma ampla análise dos problemas e soluções da e para a saúde, contidas no discurso da PNPICS, colocando-se a possibilidade de estarmos em um estágio claro de transição de paradigmas, ou se manter-se-á a visão integrativa em saúde relegada a complementariedade e/ou à mera alternativa.

Parece indiscutível que a ampliação do olhar acerca dos paradigmas e das práticas sociais possa ser o caminho para se adotar em definitivo a visão integrativa em saúde e buscar e/ou validar modelos outros, hoje aceitos pela comunidade científica e também pela maior parte da população apenas como “complementares ou alternativos”.

Pretende-se que essa ampliação de paradigmas, através do uso do tripé epistemológico-crítico, nos afaste desse modelo reducionista que enfatiza e mercantiliza a doença e nos favoreça uma promoção efetiva da Saúde baseada na integralidade e na recuperação da dimensão ambiental-natural. Configurando-se como grande desafio para o sistema de saúde que precisa, com urgência, lidar com sua crise e criar possibilidades de reconstrução política, epistemológica e ética.

## REFERÊNCIAS

BARROS, N.F. de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; DOU seção 1; 4/05/2006.

FONTES, O.L. **Educação Biomédica em transição conceitual**. São Paulo: Editora da UNIMEP, 1999.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária. 6ª ed., 2004.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 7ª ed., 2003.

MORIN, E. **A inteligência da complexidade**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2000.

PELLIZZOLI, M.L. A bioética como novo paradigma – crítica ao cartesianismo. In.: \_\_\_\_ (org.) **Bioética como novo paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PELLIZZOLI, M.L. (org.) **Caminhos da saúde- integração mente e corpo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

PELLIZZOLI, M.L. **Correntes da ética ambiental**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PELLIZZOLI, M.L. Saúde: entre ciência, doença e mercado. In: \_\_\_\_ (org.) **Saúde em novo paradigma**. Recife: EDUFPE, 2011.

PIM, J.E. Sobre as mudanças de paradigma. In.: PELLIZZOLI, M.L. (org.) **Cultura de Paz**. Recife: UFPE, 2009.

## UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMIDADE CRÔNICA E SEU ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Jacqueline de Sousa Lima, (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia –

UFRB, discente);

**Luiz Henrique Silva Mota**, (UFRB, discente); Débora Reis da Cruz (UFRB, discente);

**Ismael Mendes Andrade** (Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus–BA, Bacharel em Saúde);

**Franklin Demétrio** (UFRB, Professor Orientador).

## RESUMO

Decerto, a enfermidade, para além do que se é costumeiro pensar, é um processo que não se limita ao cunho biológico/orgânico. O mal estar, as sensações, a descoberta de que algo não vai bem consigo mesmo constituem o primeiro passo para se constatar uma enfermidade. Desta forma, a enfermidade se constitui também como um processo experiencial e subjetivo. Nesse percurso, o adoecido crônico escolhe, avalia e adere a determinados modos de cuidado, visando à cura da doença e de sua aflição. Objetivo: Compreender a experiência da enfermidade e descrever o itinerário terapêutico de uma portadora de uma doença crônica - Artrite Reumatóide. Método: Trata-se de um estudo de caso que envolveu abordagem qualitativa, utilizando-se a entrevista narrativa como recurso metodológico, sustentado analiticamente em referenciais teóricos representativos da socioantropologia da saúde. Este trabalho foi desenvolvido no módulo Qualidade de Vida e Sociabilidade do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB. Resultados: Os significados da experiência da enfermidade foram marcados por aflição e sofrimento, e por sentimentos de negação da doença. A opção pelo método de tratamento é tanto particular quanto singular quando o próprio indivíduo e suas escolhas partem dos seus campos objetivos e subjetivos que estão além de explicações biológicas. Considerações finais: Conclui-se que a produção dos significados acerca do adoecimento e da busca por cuidados não é resultante de um instante pontual do 'eu', mas de toda uma história do 'eu'. Uma experiência que, necessariamente, constitui-se por processos de interação e comunicação com os distintos contextos socioculturais.

**Palavras-chave:** itinerário terapêutico; artrite reumatóide; doenças crônicas; práticas complementares e integrativas.

## PRÁTICAS ANCESTRAIS AFRICANAS NA SAÚDE MENTAL

**Kelma Nunes<sup>1</sup> ; Dr. Henrique Cunha Júnior<sup>2</sup>**

## **Introdução**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira historicamente tem limites demarcados a partir do final dos anos setenta, caracterizando-se como um movimento histórico de caráter político-ideológico e sócio-econômico que tem como principal reivindicação a desinstitucionalização dos usuários de hospitais psiquiátricos e os paradigmas que a sustentam, através da substituição progressiva desses hospitais, por serviços e práticas terapêuticas que venham a conceber a pessoa em sofrimento psíquico como um sujeito de direitos humanos, que deve ter acesso a um tratamento humanizado, em contato direto com sua família e sua comunidade, respeitando-se seus valores e costumes culturais.

Assim surgem os Centros de Atenção Psicossocial – Caps, como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e integrantes de uma rede em saúde mental, que no Brasil alinha-se com a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares- PNPIC<sup>3</sup>, numa perspectiva de oferecer ao usuário do SUS um atendimento amplo e diversificado, pois essa política valoriza a medicina de base medicamentosa fitoterápica e não medicamentosa de base manual e/ou espiritual.

No Caps Iracema na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará, no Brasil, as PNPIC são desenvolvidas desde 2010, como terapias integrativas e complementares no campo da saúde mental e tem como base os conhecimentos e práticas ancestrais africanas de acolhimento e cuidado, utilizando-se as plantas e ervas, chás e benzeduras que as mães de santo realizam em sessões de terapias grupais e individuais com os usuários.

Essas práticas terapêuticas das mães de santo tem fundamentação histórica nos conhecimentos de matriz africana presente nos Terreiros de Candomblé, sendo necessário entender esses universais para compreender as abordagens terapêuticas realizadas no Caps, pois os Terreiros são espaços mítico-religiosos, que originam-se no Brasil com a chegada dos africanos escravizados em diáspora, onde foram preservados grande parte do patrimônio cultural negro-africano intitulado Cosmovisão Africana no Brasil.

---

1 Mestranda da Pós graduação em Educação Brasileira da UFC; professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Cearense – FAC; servidora da saúde mental da Prefeitura de Fortaleza, Ceará.

2 Professor Titular da Universidade Federal do Ceará – UFC

3 Ministério da Saúde. Portaria no 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União em 4 maio 2006.

Nos Terreiros a relação com o cosmos, a ancestralidade e a natureza são fundamentais. No Candomblé existe um ditado que perpassa a ideia de ligação entre natureza e ancestralidade: **“Kò sí ewé Kò sí òrisà”** ou seja, sem folhas, sem orixá. Sendo está a base material-essencial, a natureza e seus elementos: as plantas, a água, o ar, a terra, os minerais e o fogo.

Nesses espaços as estratégias de cuidado, acolhimento, saúde e doença são referenciada nessa Cosmovisão e originam uma concepção de pessoa, entendida como uma unidade corpo material (*Ara*) e corpo imaterial (*Orí Inu* ou espírito); uma singularidade constituinte e constituída de elementos da natureza, em conexão dialógica com as forças cósmicas da ancestralidade.

A relação dos seres humanos com o mundo natural e com os ancestrais realiza as conexões necessárias para a obtenção de *Asè*, que seria a força vital presente no corpo humano, no universo e na natureza. Nesse caso as plantas são elementos constituintes de *Asè*, assim como os minerais e animais. O conceito de doença inscreve-se nesse contexto como a ausência ou enfraquecimento desse *Asè* na pessoa, grupo ou comunidade e a saúde a sua presença fortalecida.

A saúde mental é a representação do *Orí* (cabeça) fortalecido, capaz de trazer a realização pessoal que é sempre perpassada pela noção de conjunto, nunca uma pessoa individualizada, mas a mesma inserida no contexto cultural, social, político-econômico e comunitário, numa relação dialógica entre essas partes.

O tratamento em saúde mental é um conjunto articulado de procedimentos que envolvem a manipulação e o uso de ervas e plantas em banhos, infusões, chás, lambedores, sacudimentos de folhas e terapias de escuta do sofrimento para que o fortalecimento do *Asè* (que é força vital) seja possível, ao mesmo tempo em que, trabalha-se o sujeito para que possa entender o processo do adoecimento como um acontecimento que ocorre, mas que é resultante de uma complexa teia de intervenções que envolve sua família, seu grupo social, sua comunidade, sua sociedade e sua ancestralidade.

Na Cosmovisão Africana não adoce-se sozinho e também não há tratamento sozinho, todos estão implicados no sofrimento de Um e todos Co-responsabilizam-se em seu tratamento. Essa perspectiva traz uma outra abordagem em termos de cuidado e acolhimento no campo da saúde mental para povos africanos e o desenvolvimento de outra medicina, que considera primordial e essencial a participação da ancestralidade.

Nessa perspectiva, os conhecimentos e práticas ancestrais africanas das mães de santo do Centro de Atenção Psicossocial, são utilizados na manipulação das plantas e ervas, em articulação com benzeduras e reflexões sobre o adoecimento e as formas de vivenciar o conjunto de sintomas que originam seu sofrimento mental.

A pesquisa objetivou compreender as significações produzidas pelos usuários da saúde mental do Caps Iracema em tratamento complementar com plantas e ervas, chás e benzeduras, escuta e acolhimento realizados pelas mães de santo.

## Procedimentos Metodológicos

O estudo foi realizado com base teórico-metodológica qualitativa com o uso de entrevistas, observação participante e os princípios norteadores do pensamento da Cosmovisão Africana<sup>4</sup>, fundamentados por uma filosofia da ancestralidade.

A escolha do Caps Iracema deu-se por se tratar do lugar onde as práticas integrativas e complementares são realizadas exclusivamente por mães de santo, diferenciando-se de outras unidades de saúde mental, onde o trabalho da PNPIC são realizados por massoterapeutas, reikianos, dentre outras práticas de base diferenciada da base africana.

A pesquisa teve duração de 2 meses, onde podemos acompanhar o trabalho terapêutico das mães de santo que consiste em tratamento integrativo-complementar de caráter grupal e/ou individual, tendo como princípio a valorização da auto-estima e o fortalecimento da subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico, numa perspectiva de re-organização educativa da maneira como esse sofrimento é incorporado e vivenciado. No trabalho das mães de santo são usados os recursos das plantas e ervas em diversas formas como: chás, sucos, benzeduras, sacudimentos, banhos, infusões, limpezas do ambiente terapêutico e das pessoas.

Para a escolha dos usuários foi realizada uma reunião com os grupos das terapias africanas, onde explicou-se o objetivo e as etapas da pesquisa, tirando-se as dúvidas dos usuários e definindo com eles a sigiliosidade de suas identidades. Mas também foi firmado o meu compromisso de retorno da análise dos dados em forma de apresentação para reflexão deles.

Após essa fase, somente 04 usuários se dispuseram a participar sendo: duas pessoas em vivência sintomatológica de crise, em acompanhamento intensivo no Caps e duas pessoas sem vivência sintomatológica de crise e em tratamento semi-intensivo, o que possibilitou uma análise comparativa dos efeitos terapêuticos da terapêutica africana, a partir de óticas diferenciadas.

A pesquisa contou com três etapas distintas e complementares: a análise dos prontuários dos usuários, as entrevistas e a observação participante das sessões terapêuticas com o consentimento dos participantes dos grupos.

## Resultados parciais ou conclusivos

Os resultados revelaram que 95% dos usuários em tratamento com as terapias de base africana, relatam significativa melhora em seus quadros de adoecimento mental, como: sensações de tranquilidade, bem-estar, relaxamento, conexão consigo mesmo, novas formas de lidar com os sintomas de ansiedade e tristeza,

---

4 Noção de sujeito de Oliveira de base biológica em conexão integrativa com a natureza e a ancestralidade.



aumento do uso em sua vida fora do Caps de alternativas medicamentosas de base fitoterápica.

## Referências

BARROS NF. *A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.

BARROS, JOSÉ FLÁVIO PESSOA DE. *O segredo das folhas: sistema de classificação de vegetais no candomblé jêje-nagô do Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Pallas, 1993.

BENISTE, JOSÉ. *Òrun – Àiyé: o encontro de dois mundos: o sistema de relacionamento nagô-yorubá entre o céu e a terra*, 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CUNHA JÚNIOR, HENRIQUE ANTUNES. *Revista Espaço Acadêmico*, nº 108, Maio de 2010, 83.

GONÇALVES, AMADEUS MATOS. *A doença e a cura: um olhar antropológico*. *Revista Millenium*. Repositório Científico do Instituto de Viseu. Nº 30, 2004.

GUIMARÃES, M. A. *É um umbigo, não é? A mãe criadeira, um estudo sobre o processo de construção de identidade em comunidades de terreiro*. Dissertação de mestrado, PUC/RJ, 1990.

LAPLANTINE, FRANÇOIS. *Antropologia da doença*, São Paulo: Siqueira - 4ª ed., editora WMF Martins Fontes, 2010

LUIZ, MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA. *Agadá: dinâmica da civilização africano-brasileira*, 2ª ed. Salvador: EDUFBA, 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; DOU seção 1; 4/05/2006.

OLIVEIRA, David Eduardo de, *Cosmovisão Africana no Brasil: elementos para uma filosofia afrodescendente*, Fortaleza, Ibeca, 2003.

SANTOS, J. E. *Os nagô e a morte*. Petrópolis: Vozes, 1984.

SANTOS, BOAVENTURA DE SOUSA e MENESES, MARIA PAULA. *Epistemologias do sul*, São Paulo: Cortez, 2010.

SERRANO, ALAN INDIO, *O que é psiquiatria alternativa*, Rio de Janeiro: ed. Brasiliense, 1983.

SODRÉ, M. *O terreiro e a cidade*. Petrópolis: Vozes, 1988.

VERGER, PIERRE FATUMBI. *Ewé: o uso das plantas na sociedade iorubá*. São Paulo. Companhia das Letras. 5a reimpressão. 2009.

## EIXO TEMÁTICO - 02

### PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Ana Cláudia Chagas Lopes** (Fisioterapeuta Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família UFPE/Centro Acadêmico de Vitória);

**Silvana Maria Pereira** (Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família UFPE/Centro Acadêmico de Vitória);

**Jeová Hallan de Medeiros** (Enfermeiro Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família UFPE/Centro Acadêmico de Vitória);

**Gilcele Marília da Silva** (Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família UFPE/Centro Acadêmico de Vitória);

**Mannuella Cirlenny da Silva Lima** (Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família da equipe 2, Vitória de Santo Antão/PE)

#### INTRODUÇÃO

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em saúde constituem denominação recente do Ministério da Saúde para a Medicina complementar/alternativa, em suas ricas aplicações no Brasil. Esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento (ANDRADE, 2006).

Essas práticas vêm assumindo um destaque, inclusive do sistema público de saúde brasileiro, entre elas a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que utiliza várias modalidades de tratamentos (TESSER et al, 2004).

No Brasil, a partir da década de 80, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se, principalmente, após a criação do SUS. O Conselho Nacional de Saúde regulamentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde pela

portaria 971, essa portaria garante que estas práticas possam ser realizadas no âmbito do SUS e consideram atendimento em medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social – cromoterapia, e medicina antoprosófica (BRASIL, 2006).

A incorporação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica, na prevenção de agravos e recuperação da saúde, tem gerado pesquisas e contribuído para assistência a saúde (BRASIL, 2008).

Em 2004, um levantamento sobre a utilização das práticas integrativas no SUS identificou o uso de algumas práticas em 26 Estados da Federação, com maior concentração na Região Sudeste e no contexto da ESF. Em 2008, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 4050 municípios identificou que 72% deles contam com práticas integrativas na atenção básica e 30% possuem ato normativo ou lei que regulamenta a inserção dessas práticas (BRASIL, 2008).

A adoção das práticas integrativas no âmbito da atenção básica exige da equipe de saúde, capacitação para o conhecimento dessas práticas e preparo para compreender, apoiar e respeitar a singularidade de cada indivíduo, proporcionando uma relação humanizada, baseada na visão holística de atendimento ao ser humano (BRASIL, 2008).

A Universidade Federal de Pernambuco UFPE/Centro Acadêmico de Vitória (CAV), possui um Grupo de Estudo e Trabalho em Práticas Integrativas e Complementares (GETPIC), o qual reuni vários colaboradores e estudantes com o objetivo de difundir as práticas integrativas e complementares, capacitar profissionais de saúde em várias práticas, inseri-las nas Unidades Saúde da Família, desenvolver pesquisas científicas que comprovem a eficácia dessas práticas e apoiar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no município de Vitória de Santo Antão/PE.

O Município da Vitória de Santo Antão, localizado na mesorregião da mata Pernambucana, possui uma população de 129,974 habitantes, segundo os dados do último Censo 2011 (IBGE, 2011), tem ampliado sua infraestrutura no setor de saúde com a instalação de diversas unidades nos níveis primário, secundário e terciário, públicas e privadas. Atualmente Vitória de Santo Antão possui 26 Unidades Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura atual da atenção básica de 70%.

A crescente demanda por medicinas e terapias complementares e sua progressiva aceitação por profissionais de saúde é fato relativamente recente. Pesquisas mostram que profissionais de saúde desconhecem as terapias complementares, apesar do interesse em conhecê-las e de aprovarem sua inclusão nos serviços públicos de saúde ou em cursos da área da saúde (ANDRADE, 2006).

Diante do exposto e levando em consideração a implementação das práticas integrativas nas Unidades Saúde da Família do município de Vitória de Santo Antão/PE, através do Grupo de Estudo e Trabalho em Práticas Integrativas e Complementares (GETPIC) da UFPE, o presente estudo visa investigar o nível de conhecimento da Equipe Saúde da Família (ESF) Cajueiro acerca das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica.

## OBJETIVO

Investigar o nível de conhecimento da Equipe Saúde da Família (ESF) do Cajueiro acerca das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa realizado com os profissionais da ESF do Cajueiro, realizado no mês de março de 2013, em dia de reunião com a Equipe Saúde da Família Cajueiro, em momentos antes da apresentação das Práticas Integrativas e Complementares na Saúde pelo GETPIC. Utilizou-se um questionário elaborado pelo GETPIC, no qual abordava pontos sobre a escolaridade, o conhecimento dos profissionais sobre PIC, se já usaram algumas das PIC, se os profissionais da ESF já indicou ao usuário algum tipo de prática integrativa para o tratamento de doenças e se acreditam na eficácia das PIC.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 08 profissionais, (1) 12,5% possuía ensino médio completo, (2) 25% ensino médio incompleto, (1) 12,5% ensino superior completo e (4) 50% estão cursando o ensino superior. (5) 62,5% referiram ter conhecimento de alguma Prática Integrativa, sendo a auriculocupuntura, ioga e fitoterapia as mais citadas. Quanto ao uso de algum tipo de prática, (5) 62,5% nunca usaram e (3) 37,5% confirmaram seu uso. Entre as práticas utilizadas destacam-se a auriculocupuntura e a fitoterapia. (3) 37,5% referiram ter indicado ao usuário algum tipo de prática integrativa para o tratamento de doenças. E (2) 25% não acreditam na eficácia destas práticas e (6) 75% acreditam.

Tabela 1 – Distribuição da população segundo a posição sobre as Práticas Integrativas e Complementares, ESF Cajueiro, Vitória de Santo Antão, PE, março 2013.

Variável	N	Porcentagem (%)
Escolaridade		
Ensino médio completo	01	12,5
Ensino médio incompleto	02	25
Ensino superior incompleto	04	50
Ensino superior completo	01	12,5
Conhecimento sobre as PIC		
Sim	05	62,5
Não	03	37,5
Uso de alguma PIC na saúde		
Sim	03	37,5
Não	05	62,5
Indicaram ao usuário algum tipo de PIC para o tratamento		
Sim	3	37,5
Não	5	62,5
Acreditam na eficácia da PIC		
Sim	2	25

## CONCLUSÃO

Observou que os integrantes da ESF do Cajueiro têm pouco conhecimento acerca da utilização das práticas integrativas na Atenção Básica e seu universo de benefícios, o que reflete a importante atuação do GETPIC para o fortalecimento das ações e implementação da Política Nacional nesta Unidade.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T. *Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20/11/2012.

ESTIMATIVA POPULACIONAL 2011. *Censo Populacional 2011*. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (julho 2011).

Ministério da Saúde (Br). As práticas integrativas e complementares. Temático saúde da Família. 2008; 2 (4): 30-1.

TESSER, C. D. et al. *Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa na Rede Municipal de Saúde de Campinas*. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP, 2004.

*Pela reconstrução do modelo de cuidado*

## A MELHORIA DA VIDA LABORAL DE SERVIDORES PÚBLICOS

Maria Ligia de Lima<sup>5</sup>; Mércia Maria de Santi Estácio<sup>6</sup>.

### INTRODUÇÃO

Partimos da premissa de que no Brasil as práticas integrativas e complementares antigamente denominadas de terapias alternativas. Estas práticas vêm conquistando espaço e contribuindo de forma positiva no tratamento de vários problemas de saúde. Na busca incansável pela melhora da qualidade de vida, e também por prevenção, as práticas integrativas e complementares ganham destaque

<sup>5</sup> Maria Ligia de Lima - (Discente do Curso Técnico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

<sup>6</sup> Mércia Maria de Santi Estácio - (Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e orientadora da pesquisa)

gradativamente no Sistema Único de Saúde (SUS), como preveem as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portarias Ministeriais nº 687 de 30 de março de 2006, nº 971 em 03 de maio de 2006, nº 1.600, de 17 de julho de 2006 e nº 154, de 24 de janeiro de 2008).

Estas políticas surgem fundamentadas nos pressupostos da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à necessidade de se instalar nas instâncias dos serviços de saúde disponibilizados à população, principalmente na atenção básica, condutas terapêuticas que abranjam as práticas culturais utilizadas ao longo das suas vivências. Segundo a OMS o campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA).

Sabemos que a prevenção constitui um bom caminho para diminuir e/ou evitar números elevados de faltas ao trabalho, bem como assegurar a identificação de possíveis indicadores no processo de doença. A pesquisa ora relatada foi desenvolvida entre os anos de 2011 e 2012 e intitula-se **A qualidade de vida laboral dos servidores da Escola de Enfermagem (EEN) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)**, tendo como objetivo investigar a influência da massagem, da reflexologia e do autoconhecimento na qualidade de vida laboral dos servidores da EEN/UFRN.

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é caracterizada por um sistema médico integral, criado há milhares de anos na China. A MTC utiliza linguagem que considera simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Sua fundamentação sinaliza a teoria do Yin-Yang, dividindo o mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O escopo desse conhecimento é adquirir meios de equilibrar essa dualidade.

Segundo a PNPIC, “a MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tuiná, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa)”, (BRASIL, 2006, p. 15) e trabalha na perspectiva de prevenir agravos e doenças, promovendo e recuperando a saúde.

## OBJETIVO

A pesquisa foi desenvolvida com servidores da Escola de Enfermagem da UFRN e servidores externos à escola e buscou responder aos seguintes objetivos:

- Investigar se as ações decorrentes das práticas integrativas e complementares em saúde – massagem relaxante, reflexologia e práticas de autoconhecimento interferem positivamente na vida laboral dos servidores;
- Apontar os possíveis efeitos gerados por estas práticas;
- Identificar se as práticas asseguram a prevenção de agravamentos de doenças; identificar os efeitos gerados pelas práticas integrativas na saúde dos servidores.

## MÉTODO

Entre os meses de abril a novembro de 2011 foram atendidos 33 servidores da Escola de Enfermagem da UFRN, com massagem, reflexologia e práticas de autoconhecimento. Esses atendimentos aconteceram na maca, na cadeira de massagem e em espaços para práticas, ao longo dos meses, repetindo-se de uma a duas vezes por semana, dependendo da disponibilidade dos servidores.

Como forma de operacionalizar os atendimentos criamos uma agenda semanal oferecendo horários disponíveis às 7:30h e às 11:30h da manhã de terça a sexta-feira.

Para documentar as informações dos participantes, foram elaborados 03 protocolos avaliativos, sendo eles: anamnese, ficha de acompanhamento e ficha de pós-atendimento-1, neles foram registrados os dados iniciais; a conduta que era realizada em cada atendimento; a evolução dos participantes a cada atendimento e o relato escrito dos participantes da pesquisa descrevendo suas percepções e identificando possíveis melhoras e/ou desconfortos.

Na ficha de pós-atendimento-1 os servidores foram unânimes em afirmar que: 1) a massagem é considerada uma terapia; 2) promove bem estar imediato; 3) seria interessante ter um local apropriado para a massagem na instituição; 4) existe falta de tempo para as práticas no local de trabalho. Os servidores também relataram mudanças em seu humor e a repercussão benéfica das mesmas na qualidade de vida no trabalho e na sua produtividade, bem como no relacionamento interpessoal referente aos colegas de trabalho.

No decorrer do ano de 2012, as atividades continuaram a ser desenvolvidas, mas não apenas no âmbito da Escola de Enfermagem, as atividades também atenderam servidores de outros setores como a Diretoria de Recursos Humanos; acolhimento de novos servidores técnicos na instituição; Dia da Beleza do Servidor. Em virtude desses atendimentos serem oferecidos de forma esporádica e para um público diferenciado e numeroso, não foi possível manter todos os protocolos utilizados no ano de 2011 com os servidores da Escola de Enfermagem.

Para esse público específico foi perguntado se a utilização das práticas de massagem e autoconhecimento poderiam contribuir para a diminuição do estresse no trabalho. Esta pergunta possibilitou a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de uma forma mais consistente, uma vez que um maior número de servidores esteve envolvido.

Na somatória geral desses atendimentos estiveram envolvidos cerca de 150 servidores e nessas ocasiões colhemos informações que nortearam a construção do DSC. As respostas sinalizaram que as práticas integrativas podem contribuir para a diminuição do estresse no trabalho, o que vem consolidar os resultados obtidos anteriormente no contexto da Escola de Enfermagem, e que tinha como premissa a pesquisa.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Verificamos resultados positivos nos servidores que receberam os atendimentos. Eles afirmaram que no dia de atendimento se sentiam mais animados e dispostos para trabalhar e que tal sensação perdurava ao longo da semana. Diante disso propusemos a renovação da pesquisa para o ano de 2012, demos então continuidade à pesquisa e atingimos um número considerável de servidores.

A pesquisa também demonstrou a necessidade de investimento em espaços físicos e tempo para cuidar dos servidores, estreitando laços e construindo um ambiente saudável e harmonioso, oferecendo oportunidade para os servidores se sentirem cuidados, e despertar para a necessidade de se autoresponsabilizar pelo seu bem-estar, não depositando nas mãos de terceiros a responsabilidade pelo seu equilíbrio.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. V. V. Corporeidade e yoga: o transcender da educação para além do ego. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Educação – UFRN, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS atitude de ampliação de acesso. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma realidade no SUS. Revista brasileira saúde da família. Brasília; 2008.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul/RS: EDUCS, 2003.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro, 2005.

## IMPLANTANDO A TERAPIA COMUNITÁRIA EM UMA COMUNIDADE ASSISTIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



**Telezila Fortes Férrer de Almeida** (Faculdade Integral Diferencial-FACID/ Psicologia/Discente); **Mariane Carvalho da Costa** (Pós Graduanda pelo Instituto ATHENA/ Enfermeira); **Elza Fortes Férrer de Almeida** (Faculdade Integral Diferencial-FACID/ Psicologia/ Discente); **Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista** (Fundação Municipal de Saúde/ Enfermeira).

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A mesma caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Assim a Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituir o modelo tradicional, priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, assumindo a mudança de paradigma do foco na doença para a promoção da saúde (OHARA, 2010).

Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um espaço onde se partilha experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, todos se tornam co-responsáveis na busca de solução e superação dos desafios do cotidiano em um ambiente acolhedor (BARRETO, 2008).

A TCI centra sua ação no sofrimento causado pelas situações estressantes da vida cotidiana e não na patologia, criando assim espaços de partilha. Na TCI procura-se desenvolver a saúde em espaços coletivos e não combater a patologia individualmente. Pois acredita-se que a partilha de experiências no grupo mostra as possíveis estratégias de superação do sofrimento e estimula a comunidade a encontrar nela mesma as soluções dos seus conflitos ( BARRETO, 2011).

A TCI nasceu em 1987, no Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sob a coordenação do psiquiatra, teólogo e antropólogo, professor, doutor Adalberto Barreto e do advogado Airton Barreto, para responder as demandas da comunidade da favela de Pirambu, assistidas pelo Centro de Direitos Humanos. Resultou do encontro entre o saber acadêmico e o saber construído pela experiência de vida na superação dos desafios do cotidiano (BARRETO *et al.*; 2011 E CAMAROTTI *et al.*, 2011).

Dentes os vários objetivos da TCI destaca-se acolher e refletir o sofrimento do cotidiano gerado por situações estressantes; criar espaços de partilha destes sofrimentos, digerindo uma ansiedade paralisante que traz riscos para a saúde

dessas populações; prevenir, promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente; valorizar e reforçar o papel do indivíduo, da família e da rede de relações para que possam descobrir seus valores, suas potencialidades, tornando-se, mais autônomos e menos dependentes ( BARRETO *et al.*, 2011).

Em 2007, o Ministério da Saúde firmou uma parceria com a Universidade Federal do Ceará, para formação de terapeutas comunitários em todas as regiões brasileiras, assim houve o reconhecimento oficial da saúde que a TCI contribui para a Atenção Básica e os benefícios desse método foi estendido para milhares de pessoas ( BARRETO *et al.*, 2011).

## **OBJETIVOS**

Implantar e desenvolver a TCI e suas ações complementares na comunidade do Poti Velho (Teresina-PI) assistida pela equipe da ESF 188; trabalhar as pessoas em seu contexto social, reforçar a dinâmica interna do indivíduo para que este possa descobrir suas potencialidades tornar-se agente de sua própria transformação.

## **METODOLOGIA**

A implantação das rodas de terapia na comunidade do Poti Velho aconteceu seguindo as seguintes etapas: orientação fornecida pela enfermeira da equipe, para os agentes comunitários de saúde (ACS) sobre o que é a TCI, como seriam desenvolvidas as rodas de terapia para que os mesmos estimulassem a comunidade a participar; escolha do espaço da Casa da Comunidade como local dos encontros; divulgação pela equipe para os usuários em geral, mas principalmente hipertensos, diabéticos e idosos, pois estes já faziam parte de um grupo de auto ajuda visando diminuir o consumo de sal, açúcar e gordura; realização das rodas de TCI com suas etapas: acolhimento; escolha do tema; contextualização; problematização; rituais de agregação, conotação positiva e avaliação. Como instrumento de coleta de dados para o relato desta experiência foi utilizada a ficha de formação dos terapeutas comunitários que registra os temas abordados, o número de participantes, a faixa etária, os principais depoimentos.

## **RESULTADOS**

Em 2012 foram realizadas nove rodas de TCI nessa comunidade e em 2013, 04 rodas. Os temas mais abordados: drogas (44,4%), doenças na família (11,1%), conflitos familiares (22,2%), solidão e depressão (22,2%).

Como resultado da implantação das rodas de TCI foi criado um grupo de roda de terapia na comunidade, que se encontra uma vez por mês para realização das rodas de terapia e uma vez por mês para as práticas com dinâmica de resgate da auto-estima.

Pode-se perceber um melhor vínculo entre os profissionais e a comunidade, com a presença do sentimento de pertença a um grupo. Acontece também o resgate das histórias de vida dos participantes com a possibilidade de escrita de um livro

contando essas histórias que trazem em si a história de como as pessoas namoravam, casavam, cuidavam da sua saúde, estudavam, enfim como viviam no passado, esperando apenas a aprovação da prefeitura.

Observou-se que os usuários hipertensos e diabéticos comparecem atualmente, menos vezes a Unidade de Saúde da Família, antes todos os dias estavam na UBS, ansiosos, cheios de dores, querendo medicamentos, principalmente Diclofenaco Sódico.

Essa metodologia permite que se avance do modelo centrado na patologia ao modelo da promoção da saúde e redes de solidariedade. Percebe-se que realmente a TCI permite ir além do unitário para atingir o comunitário; sair da dependência para a autonomia, ver além da carência para ressaltar a competência; sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; ir além do campo privado para o público e romper com o isolamento entre o saber científico e o saber popular, reconhecendo o valor da tradição, da cultura popular e sem negar as contribuições da ciência moderna.

Conclui-se que a aplicação da metodologia das rodas de TCI na ESF vem ao encontro do novo paradigma de que é preciso despertar as comunidades para a sua co-responsabilidade em relação ao seu processo saúde-doença, na autonomia de suas próprias vidas.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. 2011. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>.

BARRETO, A. P. *et al.* **Terapia comunitária integrativa na ES/ SUS**. Fortaleza: 2011

CAMAROTTI, M. H. *et al.* **Terapia comunitária integrativa sem fronteira: compreendendo suas interfaces e aplicações**. Brasília: MISMEC, 2011.

OHARA, E.C.C *et al.* **Saúde da Família** : considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: MARTINARI, 2010.

## ENCONTROS SOBRE ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA: UMA EXPERIÊNCIA PIONEIRA NO SUS RECIFE

**Régia Sofia Wanderley Silva de Azevedo** (Secretaria de Saúde do Recife/ NAPI, médica);

**Rafaela Fernandes do Nascimento** (Secretaria de Saúde do Recife/ NAPI, nutricionista);

**Daniela Rodrigues Mendes da Silva** (Secretaria de Saúde do Recife/ NAPI,

fisioterapeuta)

## **INTRODUÇÃO**

O vegetarianismo, embora presente em muitas culturas tradicionais, vem ganhando adeptos em todos os países. Diversos são os motivos que levam à adoção desta corrente alimentar, dentre eles: os aspectos éticos relacionados à exploração animal, as preocupações com os impactos socioambientais da produção de carne, as preocupações com a saúde, além de aspectos religiosos, filosóficos e culturais. (NAVOLAR, 2012)

Inúmeras pesquisas têm demonstrado que a alimentação sem carne previne doenças. De acordo com CROWE (2013), por exemplo, a dieta vegetariana tem reduzido em 32% o risco de hospitalização e morte por doenças cardiovasculares em comparação à dieta onívora. No mesmo estudo, os vegetarianos apresentaram uma média menor de IMC, LDL-colesterol e pressão arterial sistêmica, além de risco 31% menor de doença diverticular em comparação com onívoros.

Segundo a Associação Dietética Americana, uma dieta vegetariana bem planejada pode ser saudável, nutricionalmente completa e traz benefícios na prevenção ou tratamento de doenças como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. (ADA, 2003)

No Brasil, o Conselho Regional de Nutrição da 3ª Região emitiu em 2012 o seguinte parecer: “Estudos científicos demonstram que é possível atingir o equilíbrio e a adequação nutricional com dietas vegetarianas- ovolactovegetarianas, lactovegetarianas, ovovegetarianas e até veganas, desde que bem planejadas e, se necessário, suplementadas; As dietas vegetarianas, quando atendem às necessidades nutricionais individuais, podem promover o crescimento, desenvolvimento e manutenção adequados e podem ser adotadas em qualquer ciclo de vida.”

*Pela reconstrução do modelo de cuidado*

Diante disso, uma equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) com sede na Unidade de Cuidados Integrativos à Saúde (UCIS) Professor Guilherme Abath, em Recife - PE, deu início aos Encontros sobre Alimentação Vegetariana. Esta iniciativa consiste em um espaço de discussão e prática sobre o tema.

## **OBJETIVO**

Os Encontros têm como objetivo principal esclarecer aos participantes, vegetarianos ou não, acerca da viabilidade da alimentação sem produtos de origem animal.

## **MÉTODOS**

Os grupos são planejados e facilitados por profissionais que integram a equipe do NAPI, sendo: uma médica acupunturista (Régia Sofia Azevedo), uma fisioterapeuta (Daniela Mendes), duas nutricionistas (Rafaela Fernandes e Shirley Montenegro) e uma técnica em Nutrição (Danielle Miranda). A programação desta atividade está distribuída em reuniões quinzenais, alternando momentos de rodas de conversa e

oficinas culinárias, que acontecem na Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS) Professor Guilherme Abath, em Recife - PE.

Para cada mês há um assunto pré-definido, desde os conceitos e aspectos gerais do vegetarianismo, informações sobre como suprir os nutrientes com alimentos vegetais, até questões sociais e impacto ambiental deste tipo de alimentação.

A programação de temas é exposta no quadro de avisos da UCIS, os participantes escolhem os que mais lhe interessam e inscrevem-se antecipadamente.

Ocorreram três encontros nos quais foram discutidos os seguintes temas:

Motivações para o vegetarianismo, com debate e apresentação do curta-metragem "A engrenagem", que discorre sobre o impacto negativo da produção dos alimentos de origem animal para meio ambiente, animais e saúde das pessoas com ênfase na visão capitalista e inescrupulosa dos produtores; Benefícios do vegetarianismo para a saúde, com exposição de vários estudos científicos que corroboram esta afirmativa; Fontes vegetais de proteína, tendo apresentação expositiva e esclarecimento de dúvidas.

As oficinas culinárias ainda não foram iniciadas porque a UCIS, atualmente, está sem recursos para a compra de gêneros alimentícios e não há previsões para a chegada desses suprimentos. No entanto, já existe um planejamento com receitas veganas (sem produtos de origem animal) a serem trabalhadas no grupo.

## **RESULTADOS**

Nos três primeiros encontros aconteceram ricas trocas de experiência entre os profissionais e usuários onde alguns pontos se destacaram, como está descrito a seguir.

Ao assistirem o curta "A Engrenagem", duas usuárias fizeram indagações como "Eu nunca tinha pensado nisso!" e uma delas até se emocionou. Isso demonstra que elas, assim como boa parte das pessoas, não são conscientes da origem de sua alimentação, o que talvez seja justificado pela omissão e distorção de tais informações por parte dos produtores alimentícios e veículos de comunicação patrocinados por eles.

Foi possível observar também que os participantes apresentavam muitas dúvidas sobre a relação do vegetarianismo com a saúde. E mesmo os vegetarianos, sentiam-se inseguros se esta escolha poderia trazer-lhes problemas como carência de nutrientes.

## **CONCLUSÕES**

Os encontros do grupo se mostraram um espaço importante de discussão e reflexão sobre o vegetarianismo, fazendo com que a população em geral tenha acesso a informações que permitam escolhas mais conscientes. Esse empoderamento pode fomentar atitudes de maior cuidado consigo mesmo, com os outros e com o planeta. Dentro desta ótica, a perspectiva é que esta experiência, pioneira no SUS, se

consolide enquanto ferramenta das Práticas Integrativas na promoção à saúde.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO 3ª REGIÃO. Parecer CRN3:

Vegetarianismo. Disponível em:

[http://www.crn3.org.br/legislacao/doc\\_pareceres/parecer\\_vegetarianismo\\_final.pdf](http://www.crn3.org.br/legislacao/doc_pareceres/parecer_vegetarianismo_final.pdf)

Acessado em: 28 de abril de 2013.

CROWE, F.L. et al. Risk of hospitalization or death from ischemic heart disease among British vegetarians and nonvegetarians: results from the EPIC-Oxford cohort study. University of Oxford. Am J Clin Nutr., 2013.

NAVARRO, J.C.A. Vegetarianismo e Saúde: Um ponto de vista médico sobre a alimentação sem carne. São Paulo: Alaúde Editorial, 2010.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. J Am Diet Assoc. 2009 Jul;109(7):1266-82.

# IPICs NE

## REPERCUSSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA EM USUÁRIOS DO SUS

**Silvia Neide Rodrigues Pereira** (Secretaria de Saúde de João Pessoa/CPICS-Equilíbrio do Ser, Pedagoga e Terapeuta Comunitária);

**Aurea Maria Cavalcanti Maia** (Secretaria de Saúde de João Pessoa/CPICS-Equilíbrio do Ser, Enfermeira e Terapeuta Comunitária);

**Ermeson Moreira Campos** (Secretaria de Saúde de João Pessoa/CPICS-Valentina, Fisioterapeuta).

## INTRODUÇÃO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um espaço de acolhimento e escuta que valoriza as histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima, e da confiança em si, a percepção dos problemas e possibilidade de resolução a partir das competências locais, ou seja, torna o indivíduo mais autônomo e independente. (ANDRADE *et al*, 2008).

A TCI foi desenvolvida no Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, a mesma surgiu há doze anos sob a Coordenação do Antropólogo e Psiquiatra Professor Adalberto de Paulo Barreto. A TCI centra a sua ação no sofrimento e não na patologia. Existe uma diferença entre doença e sofrimento, sendo que este pode preceder ou acompanhar a patologia. “O sofrimento não pode ser medicado com psicotrópicos, como geralmente é feito” (BARRETO, 2005).

A TCI atua na saúde de uma maneira integrativa, levando em consideração vários aspectos do indivíduo como a sua história de vida, e seus valores políticos, familiares e comunitários, e está ganhando cada vez mais espaço no SUS (BARRETO, 2005).

A implantação da TCI em Centros de Práticas Integrativas (CPICS), na cidade de João Pessoa, busca incentivar corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais, em acolhimento respeitoso, formação de vínculo e empoderamento das pessoas.

## OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo relatar a repercussão da TCI nos usuários do CPICS-Equilíbrio do Ser, localizado no bairro dos Bancários no município de João Pessoa.

## METODOLOGIA

Foi aplicado um questionário em 25 usuários participantes da TCI no (n=25), no CPICS-Equilíbrio do Ser, no mês de Novembro de 2012, contendo três perguntas, a fim de se avaliar a repercussão da TCI nos mesmos, as perguntas contemplavam o estado de como o usuário estava antes de participar da TC, outra sobre como o mesmo estava se sentindo no momento corrente da avaliação e outra sobre as suas perspectivas em como dar continuidade ao longo das sessões, as perguntas eram as seguintes: “1) Como eu me via antes de participar deste grupo?”; “2) Como eu me vejo hoje”; “3) Como eu penso em dar continuidade ao meu cultivo pessoal”.

As respostas dos questionários foram analisadas pelo discurso coletivo do sujeito, onde as afirmações foram alocadas em grupos de acordo com as temáticas levantadas.

Os nomes dos usuários foram omitidos para resguardar as suas identidades, foram utilizados os nomes “usuários” independente do sexo, seguidos das letras do alfabeto para distinguir as falas dos indivíduos.

## RESULTADOS

Nas respostas para a primeira pergunta (Como eu me via antes de participar deste grupo?). Podemos encontrar que muitas pessoas se sentiam depressivas ou com outros problemas emocionais como na afirmação do usuário B: “*Sentia vazio, desequilibrado, dificuldade de interagir com as pessoas*”. O usuário D dentro da mesma temática escreveu: “*eu me via muito fechada pois, sofro de depressão e apatia*”.

Outras pessoas relataram estar com medo, como foi o exemplo do usuário E: “*Com medo de dizer um não, com muitas preocupações com a família, muito insegura*”. O usuário F: “*Muito solitário, chorava por qualquer motivo, medo da noite*”.

Algumas pessoas afirmaram que se sentiam sós como é confirmado nos relatos dos usuários. O usuário H: *“Triste solitária e com medo da solidão”*; O usuário I: *“Sozinha, sem ter com quem desabafar as minhas angústias”*. O usuário K relatou: *“Triste, depressiva, solitária, angustiada etc...”*

Algumas pessoas relataram ter dificuldades de interagir em grupo, conforme o usuário J relatou: *“se sentia sem estímulo para convivência com as pessoas.”*

Nas respostas para a segunda pergunta (Como eu me vejo hoje?) que reflete as condições em que se encontravam os usuários após terem passado por algumas sessões da TCI, pode-se notar a transformação significativa dos usuários no que concerne as suas afirmações iniciais, como é observado nos falas que se seguem.

Observou-se que a TCI atingiu um de seus objetivos que é o de valorizar a rede de relações e tornar as pessoas mais autônomas e menos dependentes segundo Barreto *et al* (2011) como pode ser confirmado pelos relatos do Usuário B: *“Mais confiante, mais tranquilo, mais calma, mais esperançoso, acima de tudo bem mais seguro”, bem como o do usuário D: “Me vejo encontrando pessoas, com a perspectiva de um novo horizonte”*

As sessões de TCI também foram eficazes na redução dos medos dos usuários, como vemos nos relatos do Usuário H que escreveu: *“Com menos medo de dizer um não (ainda aprendendo), tentando me despreocupar, tentando ser mais segura, aprendi que eu estou em primeiro lugar e que depois é que vêm as outras pessoas”*. O usuário H ainda relatou: *“hoje eu mim sinto bem eu me sinto bem melhor”*.

A TCI ainda trabalha o fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos como podemos observar no relato da usuária F: *“Quase não choro mais, quando estou só tento lembrar das minhas companheiras de terapia”*

Para a terceira pergunta (“Como eu penso em dar continuidade ao meu cultivo pessoal?”). As pessoas denotam terem criado um vínculo com o grupo e terem fortalecido a espiritualidade como relata o usuário S: *“acreditando na força do grupo e de Deus”*, a usuária L complementa: *“Continuar participando do grupo que me dá força, cuidando do corpo e da mente, depois desse grupo me sinto mais estimulada a cuidar de mim”*

## CONCLUSÃO

A TCI se configurou como um espaço de mudanças significativas na vida dos indivíduos que frequentam as sessões, a mudança é confirmada pelos relatos dos usuários, na diferença do estado em que deram início as sessões e até o presente momento após participarem das sessões no grupo.

Os usuários relataram se sentir mais confiantes, acreditando em si mesmos e na força do grupo, passaram a ter mais atenção para ouvir, compreender e respeitar a dor do outro.



A implantação da TCI no CPICS-Equilíbrio do Ser foi satisfatória uma vez que atingiu os seus objetivos que são espaço de escuta e de acolhimento, troca de experiências que é refletido na construção de uma rede solidária, restaurando a autoestima e ressignificando valores.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M de; BARRETO, I.C. H.C; BARRETO, A. P.; OLIVEIRA, M. V de. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: 2008

BARRETO, A. P.; BARRETO, M.C.R; GOMES, D. O. BARRETO, I. C. H. C; ABDALA, M. P. **Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS**. Fortaleza: 2011.

## EXPERIÊNCIA SOMÁTICA ENTRE AS ABORDAGENS POSSÍVEIS PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Arleide Araújo Bezerra de Meneses** (UFBA / Psicóloga)

**Diana Pedral Sampaio** (UFBA / Médica)

### INTRODUÇÃO

Em um cenário mundial, no qual cerca de 10% da população dos grandes centros urbanos do mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas (SPA), urge uma maior atuação da Psicologia, junto a outros saberes e práticas em Saúde, na promoção da qualidade de vida dessa população, na redução dos estigmas sociais com que sofrem os usuários no seu tratamento, sendo as práticas integrativas uma forma muito eficiente de abordagem ao cliente com esse perfil.

Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em saúde são as técnicas que visam assistência e a saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura. Podem ser efetivadas em ações de instituições públicas, privadas, mistas, acadêmicas, entre outras.

Entre as PICS de natureza acadêmica está o Núcleo de Práticas Integrativas da Universidade Federal da Bahia, que propõe o atendimento multiprofissional ao usuário de Substâncias Psicoativas, produzindo conhecimento sobre dependência química e oferecendo mais uma opção de assistência ao usuário, com ações de promoção do autocuidado e assistência terapêutica.

O Núcleo de Práticas Integrativas está vinculado ao Hospital Universitário Prof. Edgar Santos-HUPES, na cidade de Salvador-BA, atrai um grande público que vem em busca dos serviços oferecidos, sendo uma importante referência na região

Nordeste. O PICS é composto por uma equipe de médicos, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros, estando em funcionamento todos os dias da semana, das 08 às 18 horas. A estrutura do local é composta pela recepção, por salas para triagem e atendimentos, bem como uma biblioteca.

## **A CONTRIBUIÇÃO DA EXPERIENCIA SOMÁTICA COMO PRÁTICA INTEGRATIVA**

A Experiência Somática (SE®) é uma corrente da Psicologia contemporânea, criada por Peter Levine, que a partir de estudos da neurofisiologia do estresse e do trauma, desenvolveu uma metodologia de abordagem, tendo por base a comparação entre as respostas do trauma humano e as reações exibidas por animais que vivem em situação de perigo para a sua sobrevivência. Pesquisadores renomados, como Lewis (2000), Eckberg (1999), Resneck-Sannes (2004), Boggio (2008) e Tonella (2008), ratificam essa abordagem, como uma nova proposta de assistência às vítimas de trauma, propondo a sistematização de atendimento ao indivíduo, com respeito e evitando a hiperativação traumática.

A drogadição e a dependência possuem mecanismos e impactos semelhantes ao trauma, interferindo nas funções mentais normais do indivíduo. Os sintomas podem advir de outros eventos traumáticos associados, ou da própria dependência: exacerbação da ansiedade, isolamento social, potencialização de fobias, alucinações, transtornos na memória, desordens do sistema nervoso central que demandam atenção especializada.

Essa forma de abordagem insere-se no contexto do estresse pós-traumático, o indivíduo e sua dependência, que é considerada desorganização de um processo natural. Para Levine e Frederick (1997), prevenção do trauma é mais favorável que a cura, uma vez instalado. Porém, quando ocorre a renegociação, ou seja, no processo de cura do trauma, pode assumir um caráter transformador.

Portanto, para ser bem sucedida a abordagem do usuário de SPA, deve se priorizar a sensopercepção, que é a retomada da sensibilidade à experiência interna, visando obter um sistema nervoso resiliente ao estímulo das substâncias, com restauração dos limites, sem pressões, processo em que o participante pode readquirir o controle sobre a própria vida, buscando formas mais eficazes de lidar com os sintomas e realizando o registro dessas conquistas.

## **MÉTODOS DE APLICAÇÃO DA EXPERIENCIA SOMÁTICA NO NÚCLEO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS**

A abordagem junto aos usuários, identificados dentre o público assistido pela instituição, constituído em sua maioria de indivíduos em situação de risco social e carentes economicamente (dependentes químicos; portadores de transtornos de humor; síndromes de pânico; depressão; fobias; dificuldades de adaptação social – egressos de penitenciárias; vítimas de violência doméstica), foi feita por meio de triagem, realizada pela pesquisadora. Após a definição das prioridades, os usuários são encaminhados para sessões individuais com a abordagem da SE®.

O atendimento à comunidade é realizado por livre demanda mediante triagem por meio de entrevista, sendo utilizado o questionário ASSIST-OMS, específico detecção de transtornos e abusos de álcool, tabaco e outras substâncias. Este questionário fornece informações sobre padrão de uso, problemas relacionados ao uso de drogas, grau de dependência, perfis de risco de dependência.

O programa terapêutico é constituído por 20 sessões de Psicoterapia Breve, consulta e acompanhamento com a Psiquiatria e seguimento após ou conjuntamente com as sessões no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPS-ad), Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). Os atendimentos para Psicoterapia Breve são realizados semanalmente, com duração de aproximadamente 01 hora, cada sessão.

### **APLICAÇÃO DE EXPERIENCIA SOMÁTICA NA ABORDAGEM DE USUÁRIOS DE SPAS**

O perfil mais predominante nos clientes do serviço é o do indivíduo jovem, do sexo masculino, acometido por quadros compulsivos agudos (fissura). Apresentam-se com ansiedade extrema, agitação, perda da concentração em decorrência da urgência do consumo.

Nessa situação, a primeira providência é estabelecer vínculos com o cliente, através de escuta empática, buscando fortalecer senso de segurança, estabelecendo contratos de sigilo, usando palavras convidativas, procurando saber em que circunstâncias o cliente procurou atendimento: como ficou sabendo do serviço e por que o escolheu. Após esta etapa, busca-se um rastreamento de sensações corporais, através da sensopercepção (sensações conscientemente experimentadas), buscando, particularmente, encontrar locais de menor tensão, nos quais é possível experimentar alguma sensação de conforto.

O objetivo é desativar o sistema nervoso, ampliar a consciência das experiências corporais, fazendo com que o paciente perceba outros prazeres e recompensas, fora das substâncias psicoativas.

Muito frequentemente o terapeuta precisa realizar, com o cliente, procedimentos que favoreçam sua contenção emocional, principalmente quando há frequentes catarses e/ou excessiva ansiedade.

A base dos procedimentos de contenção está na experiência de autotoque, que consiste em solicitar ao paciente que coloque as mãos sobre uma região de seu próprio corpo, por exemplo, ombros, observando as sensações que acometem outras partes do corpo e permitindo que a sensação de bem estar detectada tome conta de todas as áreas do seu corpo e de sua mente.

Outro perfil, menos frequente que o primeiro, é o do paciente, com história de interrupção abrupta do uso de uma SPA, da qual é dependente. Os sintomas da abstinência são opostos às sensações prazerosas causadas pelas SPAs. Ela ocorre porque o organismo desenvolveu tolerância àquela droga e agora se ressentido da privação. O portador de Síndrome de Abstinência pode se apresentar depressivo ou com agitação psicomotora, tendo também crises de fissura psicológica, porém com caráter predominantemente crônico.

Inicialmente, no quadro ora apresentado são necessárias medidas de contenção semelhantes às do quadro agudo, bem como orientações para recidivas, que são comuns.

Para consolidação da estabilização, é proposto que este identifique os seus recursos (lista de pequenos prazeres, que façam sentido para o paciente e que ele mesmo identifique, que irá ajudá-lo a enfrentar a fissura pela droga, dando forças para continuar o tratamento, como, por exemplo: saborear um doce, ingerir água, caminhar descalço, etc.).

É importante também, sempre que possível, que o tratamento seja realizado em conjunto para o binômio usuário-família. Os familiares dos usuários, que porventura o acompanhem são esclarecidos sobre a ótica biopsicossocial, visando à desmistificação de estereótipos, um novo olhar para a construção de uma nova relação com o membro da família em questão, visando compreender como, onde e quando essa situação se instalou, para que juntos busquem soluções para o problema.

Familiares de pacientes também podem usufruir da assistência, uma vez que podem ser codependentes com o usuário (no aspecto emocional), fechando ciclos de comportamentos viciosos.

O trabalho realizado com o paciente, sobretudo, objetiva o fortalecimento do cliente como indivíduo, para que possa recuperar a autonomia e a capacidade de fazer escolhas, que foi tirada pela drogadição. Ele pode escolher aproximar-se ou afastar-se de tudo o que antes proporcionava prazer, a exemplo do exercício da religiosidade, o convívio com familiares, a prática de um esporte, frequência a grupos de apoio, como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. No caso dos familiares, há o Nar-Anon (Grupo de Apoio a familiares e Amigos de Dependentes Químicos).

## RESULTADOS E CONCLUSÕES

Ao final do tratamento com a Psicoterapia Breve, foi aplicado um questionário semi-estruturado, com questões relacionadas ao tempo de tratamento, resultados, seguimento e estado geral do cliente após o acompanhamento no HUPES. A participação nas sessões de Psicoterapia breve foi considerada positiva por 90% dos participantes do tratamento e a assistência multidisciplinar oferecida obteve índice de aprovação de 80%. Os benefícios relatados pelos pacientes, com a aplicação da Psicoterapia Breve, foram predominantemente a redução dos sintomas de ansiedade, principal motivação da dependência de SPA em 70% destes usuários.

## REFERÊNCIAS

BOGGIO, Luis G. **El cuerpo en la psicoterapia: nuevas estrategias clinicas para El abordaje de los sintomas contemporâneos**. Montevideo: Psicolibros, 2008.

ECKBERG, Marianna. Treatment of shock trauma: a somatic perspective. **Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 73-96, 1999.

LEVINE, Peter. A; FREDERICK, Ann. **Waking the tiger**: healing trauma – the innate capacity to transform overwhelming experiences. Berkeley: North Atlantic Books, 1997.

LEWIS, Robert A. Trauma and the body. **Body and Mind Central**, [s.l.], 2000. Disponível em: <[www.bodymindcentral.com](http://www.bodymindcentral.com)>. Acesso em: 10 fev. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Drogas usadas em doenças sexualmente transmissíveis e na infecção pelo HIV**. São Paulo: Santos, 1981. P. 7-19.

RESNECK-SANNES, Helen. Un modelo para trabajar con trauma por shock: un acercamiento etológico y bioenergético. **Taller de Estudios y Análisis Bioenergético**, Montevideo, 2004. Disponível em: <<http://www.clinicabioenergetica.org/docs/iiba2006.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2012.

TONELLA, Guy. Novos paradigmas para a Análise Bioenergética ao alvorecer do século XXI. **Libertas Brasil**, Recife, 2008. Disponível em: <[http://www.libertas.com.br/site/extra/2012\\_10\\_02\\_16\\_48\\_25\\_129\\_079\\_tonella\\_para\\_digmas\\_ab\\_2008\\_\\_pt.pdf](http://www.libertas.com.br/site/extra/2012_10_02_16_48_25_129_079_tonella_para_digmas_ab_2008__pt.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

# I PICS NE

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e NATUROPATIA NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E A VALORIZAÇÃO DO SABER POPULAR

**Camila Carneiro** (UFBA, discente); **Eduarda Barbosa** (UFBA, discente);  
**Anamélia Franco** (UFBA, professora).

### INTRODUÇÃO

Segundo a máxima proferida por Hipócrates, considerado o pai da medicina: “Deixe o seu alimento ser o seu medicamento e o medicamento ser o seu alimento”, este é o norte da naturopatia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a naturopatia como sendo uma medicina tradicional, podendo ser compreendida como métodos de tratamentos através de meios naturais de cura, como o ar, luz, alimentos, água. Esta terapia consiste no uso clínico da dieta e da nutrição para alterar as relações hospedeiro-doença, assim como os processos da bioquímica nutricional e o tratamento padronizado (Branco, 2008).

A demanda por racionalidades e terapêuticas complementares tem crescido continuamente e conseqüentemente a progressiva aceitação por profissionais de saúde. As principais motivações para a busca por técnicas integrativas e

complementares relaciona-se a busca da cura através de intervenções que induzam respostas naturais do organismo, práticas de cuidado holísticas e integrais, o foco na saúde ao invés da doença, e o desejo de autonomia do indivíduo em relação ao seu processo de saúde e doença (Souza, et al, 2012).

O reconhecimento crescente da naturopatia e de outras práticas integrativas pelo meio acadêmico e científico, é um processo atual, contudo a utilização e validação de medicinas tradicionais por parte da população se estabeleceu desde o surgimento das mesmas (Augusto, 2006).

Estudos demonstram que os profissionais de saúde, desconhecem terapias integrativas, apesar de desejarem conhecer e de aprovarem a inclusão de tais procedimentos no currículo universitário e nos serviços públicos de saúde. A justificativa para tal fato localiza-se na insatisfação por muitos profissionais com a biomedicina, as qualidades atribuídas as práticas integrativas e a obtenção de cura pessoal ou familiar através de uma terapêutica, dita complementar (Thiago, Tesser, 2011; Souza, et al, 2012; Azevedo, Pelicioni, 2012).

## **OBJETIVO**

Este trabalho tem por objetivo analisar a escassez de médicos que desenvolvam práticas naturopáticas em suas rotinas de atendimento. A partir da avaliação da formação destes profissionais e a legitimação da naturopatia pela equipe de saúde.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa a respeito da formação médica e da prática da terapêutica natural. Para realizar o trabalho foram utilizadas: revisões bibliográficas (base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)), método documental e entrevista semiestruturada com dois médicos praticantes da naturopatia. Buscou-se realizar a pesquisa bibliográfica sobre os temas centrais deste trabalho: educação de graduação em medicina, saúde holística e naturopatia.

Foram selecionadas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais, com exceção de um documento português. Como período inicial de busca o ano de 2006, por conta da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. E desconsiderados os artigos que não correlacionavam a temática da naturopatia com a formação profissional, ou não apresentavam discussões sobre a utilização de práticas complementares e a formação acadêmica.

Dois profissionais foram entrevistados, A.B., médico clínico, que começou a trabalhar com naturopatia em 1976, desenvolve suas atividades num consultório particular na capital do Estado. E C.D. que formou-se na Universidade Federal da Bahia, interessou-se por naturopatia a partir do momento em que obteve a cura de uma doença que o incomodava desde a infância. Trabalha atualmente em um posto de saúde do SUS, no interior do Estado.

## **RESULTADOS E DISCURSÃO**

Segundo estudo realizado entre estudantes de medicina da USP, realizado por Teixeira em 2004, 85% destes universitários apresentaram interesse na inserção de conteúdos sobre práticas integrativas no currículo (Azevedo, Pelicioni, 2012). Em outro trabalho, Thiago e Tesser, avaliaram as unidades de saúde da família na cidade de Florianópolis no ano de 2008, e constataram que cerca de 59% dos médicos entrevistados apresentaram interesse por práticas integrativas. Dois anos antes, em 2006, o Conselho Federal de Medicina declarou que repudiava a portaria de autorização de técnicas 'alternativas' pelo SUS, alegando falta de comprovação científica. Essa autorização se fez através da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Os resultados dos estudos apontam o interesse da classe por tais práticas, o que demonstra uma incompatibilidade entre o posicionamento macropolítico desta categoria e a postura por parte dos médicos (Thiago, Tesser, 2011).

Os cursos para formação em práticas integrativas são ofertados, na sua grande maioria, na rede privada de ensino, e algumas disciplinas optativas são ofertadas nas graduações na área de saúde. As práticas mais difundidas são a homeopatia e acupuntura, que já possuem residências médicas próprias. As outras terapêuticas ficam a mercê do desejo e procura de conhecimento por parte do profissional. O baixo investimento na formação é uma das grandes dificuldades para a expansão da oferta de práticas integrativas (Souza, et al, 2012).

Estas e outras demandas e déficits atuais entre a área prática e teórica da saúde, e a prática naturopata, são evidenciadas em grande parte das falas trazidas pelos entrevistados A.B e C.D, seguem alguns trechos importantes:

#### A formação acadêmica

**A.B:** “Eu entrei na faculdade de medicina em 1969, e na minha família não tinha nenhum médico, e eu entrei porque eu tinha aquela coisa assim, eu queria entender o ser humano. [...] Mas quando eu cheguei ao final da faculdade, eu entrei totalmente em choque, tanto com o que eu fazia na medicina privada, como dentro da universidade.[...] Então quando eu saí da faculdade eu dizia que ‘a faculdade de medicina me ensinou o que eu não devo fazer, mas não ensinou o que eu devo fazer. A minha formação foi totalmente autodidata [...] não tive formação formal. [...] Eu acho que vai chegar um dia, como acontece na Europa, de que esses conhecimentos estejam dentro da faculdade de medicina desde o primeiro ano até se formar, que não vai ser um absurdo você usar plantas medicinais e alimentação para se tratar, como é hoje. Hoje médicos vão se tratar comigo, mas na prática deles eles não utilizam, eles se curam mas não curam os outros, porque se ele cura os outros ele vai ficar mal vistos pelos colegas. [...] A formação do médico, dentro da faculdade de medicina é dominada, a ciência é dominada pelos “cientistas” que são totalmente financiados pela indústria farmacêutica.

**C.D.:** Para mim primeiro deveríamos estudar antropologia geral. Uma vez que estivéssemos instrumentalizados no conhecimento do ser humano enquanto ser biológico, social, econômico e político [...] também informado quanto a nossas relações com o meio ambiente, cômicos do processo histórico e psicológico (e até filosófico) que nos forma, então, e só então o estudante optaria pela linha que desejaria seguir [...] Desgraçadamente a prática médica atual muito vinculada a farmacologia e não tanto a fisiologia, então, você está dando um valor excessivo à

farmacologia. Massa, a farmacologia nós temos que estudar, óbvio, mas a fisiologia é essencial.

A relação com a biomedicina:

**A.B.:** Primeira questão de tudo que eu falei da história da medicina, é de quem é alternativa de quem. Estamos falando de uma medicina de seis mil anos, e de outra medicina de cem anos; quem é que é alternativo de quem?! Primeira coisa que se tem de parar pra pensar é isso, porque agora “nós somos os donos da verdade e vamos incorporar, porque somos muito bonzinhos, e vamos incorporar essas práticas ‘alternativas’ de vocês.” Quem é alternativo de quem?! Temos que parar pra pensar e refletir sobre isso. [...] sem nunca negar a importância da terapêutica homeopática e a importância da terapêutica alopática - terapêutica esta (alopática) que é muito importante, que salva vidas de muitas pessoas, principalmente nas emergências – ela tem a importância dela, o problema é a sua utilização nas doenças crônicas, onde o objetivo é simplesmente o lucro; a indústria farmacêutica vive da venda de remédios então ela não está nem um pouco interessada em ensinar ninguém a ter saúde, porque ela precisa vender remédio para sobreviver.

As limitações na prática:

**A.B.:** “Eu acho que é possível, é possível. O problema maior aí é a questão da formação dentro da universidade, aí é o problema. [...] “Vamos colocar isso no SUS, mas quem é que vai fazer? Vamos colocar os médicos, mas eles não vão porque para febre tem o antitérmico, para dor de cabeça o analgésico, para dor articular tem anti-inflamatório, para problema renal tem o diurético. E eles já estão com tudo isso dentro da cabeça deles que não consegue se libertar.

## CONCLUSÃO

O desconhecimento dos profissionais sobre a prática natural possivelmente determina o baixo incentivo da sua prescrição (Thiago, Tesser, 2011).

A hegemonia biomédica no ensino das profissões de saúde não contribui para a ampliação da utilização da naturopatia como modalidade terapêutica. Os profissionais que fazem uso desta prática afirmaram terem percorrido longos e tortuosos caminhos para sua formação, e durante a prática têm obtido excelentes resultados no cuidado integral dos pacientes. Estes, por sua vez, relatam terem adquirido maior autonomia nos seus processos de saúde/doença/cuidado, contribuindo efetivamente para a diminuição dos episódios de doença, além da melhora significativa da qualidade de vida.

De forma que, a partir de uma necessidade evidente de uma maior inserção de outros saberes que não o alopático e hospitalocentrico no ensino médico, e também da disseminação e valorização do conhecimento entre a população e os demais profissionais de saúde.

Conclui-se que a escassez de médicos que desenvolvam práticas naturopáticas em suas rotinas de atendimento se justifica pela formação acadêmica a qual estes profissionais são expostos e a valorização do capital no cotidiano atual, impulsionando os médicos a seguirem as especialidades convencionalmente oferecidas e com melhores resultados financeiros.



## REFERÊNCIAS

Augusto, A. *Manual de procedimentos naturistas*. Palmeiras: Canjerana, Arte e Vida, 2006.

Azevedo, E. Pelicione, M. C. F.; *Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n.3, p. 361-378, nov. 2011/fev. 2012.

Branco, M.D. *Naturopatia, resumo da caracterização da terapêutica e do perfil profissional*. Regulamentação das Terapêuticas Não- Convencionais, com base no Dec. - Lei No 45/2003 de 22 de Agosto, Aprovada, por unanimidade, pela Assembleia da República, em 15/07/03. Disponível em: [http://www.cofenacis.org/Naturopatia\\_resumo.pdf](http://www.cofenacis.org/Naturopatia_resumo.pdf). Acesso em: 25 de abril de 2013.

Souza, I. M. C.; Bodstein, R. C. A.; Tesses, C. D.; Santos, F. A. S.; Hortale, V. A. *Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimento no SUS e em municípios selecionados*. Caderno saúde pública, Rio de Janeiro, 28(11): 2143-2154, nov, 2012.

Thiago, S. C. S.; Tesser, C. D. *Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares*. Florianópolis: Revista Saúde Publica, 2011; 45(2): 249-57.

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Pela recuperação do cuidado

### SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA

**Luanna dos Santos Rocha** (Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia;

**Bárbara Régia de Oliveira** (Residente em Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas;

**Célia Alves Rozendo** (Professora Doutora da Escola de Enfermagem e Farmácia; Universidade Federal de Alagoas.

## INTRODUÇÃO:

Todos os seres humanos adquirem e constroem o saber cognitivamente, inclusive o cuidar da saúde nas diferentes comunidade e culturas. "Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa" (SOARES, 2000, p.11). Vê-se então, que de forma paralela ao modelo biomédico, a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população.

Deste modo, conhecer os saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde, desenvolvidos a partir de práticas integrativas e complementares de saúde, bem como através da medicina integrativa e tradicional de cada cultura, constitui-se como atitude importante no processo de valorização do saber popular pela comunidade e profissionais, justificando tal estudo e demonstrando sua relevância social e científica.

**OBJETIVO:**

Analisar o perfil da literatura científica que aborda os saberes e práticas tradicionais.

**MÉTODO:**

Trata-se de pesquisa de revisão de literatura científica, realizada a partir da base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO.br), nas interfaces do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Biblioteca Regional de Medicina - Bireme), Pan-American Health Organization (PAHO) e World Health Organization (WHO), realizada em março de 2013, utilizando-se os Descritores em Saúde (DecS): terapias complementares, medicina tradicional e medicina integrativa e a estratégia de busca: “TERAPIAS COMPLEMENTARES [All indexes] or MEDICINA TRADICIONAL [All indexes] or MEDICINA INTEGRATIVA [All indexes]”..

Os critérios de inclusão que guiaram a seleção dos artigos para o estudo foram: textos publicados em português, inglês ou espanhol, que se referiam à temática das práticas integrativas e complementares de saúde no Brasil, e que estivessem disponíveis na íntegra para análise.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva dos artigos localizados a partir da estratégia de busca, considerando os indicadores: ano e língua da publicação, área de conhecimento e região do autor principal e método do estudo.

Em seguida, após leitura dos escritos, realizou-se uma análise temática a fim de categorizar as publicações de acordo com núcleos temáticos semelhantes, da qual emergiram três núcleos temáticos, apresentados posteriormente.

**RESULTADOS CONCLUSIVOS:**

Foram localizadas um total de 70 publicações, das quais cinco foram excluídas por não se adequarem aos critério de inclusão do estudo. A partir de uma análise descritiva inicial constatou-se um crescimento quase constante no número de publicações, especialmente a partir de 2006, com o ápice de publicações ocorrendo em 2012. Destaca-se a possível relação deste aumento do número de trabalhos na área a partir de 2006 com o lançamento, no mesmo ano, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como uma de suas diretrizes o “incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.” (BRASIL, 2006, p.27).

Das 65 publicações incluídas no estudo, 83% eram escritas em língua portuguesa, 15% em inglês e 2% em espanhol, fato que condiz com os países de publicação: 61 eram de origem brasileira e apenas 4 de origem internacional (México, Alemanha, Itália e Austrália). As publicações brasileiras, em sua maioria, proviam da região sudeste (64%), fato que pode se justificar devido à iniciativa histórica e tradicional desta região do desenvolvimento de programas de pós-graduação, principais responsáveis pelas publicações estudadas. As demais regiões contribuíram com os seguintes percentuais: 9,8% nordeste, 9,8% centro-oeste e 16,4% sul, não sendo localizada nenhuma publicação sobre a temática originária da região norte do país.

No que diz respeito às áreas de conhecimento das quais emergiam as publicações, observou-se um predomínio da enfermagem (47,7%) e medicina (33,8%). É importante destacar, entretanto, a diversidade de áreas que têm se preocupado em desenvolver e divulgar estudos sobre as práticas integrativas e complementares de saúde e sobre a medicina tradicional, sendo levantada neste estudo a presença das áreas: ciências sociais, direito, biologia, bioquímica, farmácia, naturologia, nutrição e psicologia.

Passando a avaliação das abordagens metodológicas utilizadas nos estudos, confirmou-se as hipóteses das pesquisadoras, que os estudos de cunho qualitativo seriam os mais frequentes (35 publicações – 54%), seguidas pelas pesquisas quantitativas (26 publicações – 40%) e quanti-qualitativas (4 publicações – 6%). Ao compreendermos que os estudos qualitativos se aplicam “ao estudo da história, das relações, das representações das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p.57), compreendemos sua predominância entre os estudos sobre a temática das práticas integrativas e complementares e medicina tradicional, visto que estes se inserem no campo sociocultural e histórico das comunidades, emergindo das relações produzidas por seus sujeitos.

Ainda com relação às considerações metodológicas dos estudos, constatou-se que os tipos de estudo mais comuns foram os descritivos, os exploratórios e as revisões. Estes tipos de estudos se destacam, pois permitem a emergência dos significados dos fenômenos para os grupos sociais, bem como, no caso das revisões, permitem apreciar de forma ampla e profunda os conhecimentos que envolvem um determinado fenômeno (MINAYO, 2010; POLIT, BECK, 2011).

Debruçando-nos de forma panorâmica sobre as temáticas específicas de cada estudo, realizamos uma análise de conteúdo que permitiu-nos identificar a presença de 4 grandes núcleos temáticos, em que categorizamos os 65 estudos, a saber: 1) Desvendando e divulgando as práticas integrativas e complementares de saúde, 2) Possibilidades de integração entre práticas integrativas e complementares de saúde e sistema nacional de saúde, 3) Diálogo entre práticas integrativas e complementares de saúde e a formação dos profissionais da saúde e 4) Medicina tradicional *versus* modelo biomédico: aproximações e distanciamentos que envolvem o cuidado à saúde.

No primeiro núcleo temático, “Desvendando e divulgando as práticas integrativas e complementares de saúde”, encontram-se a maioria dos trabalhos. Estes se apresentam como tentativas de melhor conhecer as práticas integrativas e complementares de saúde e a medicina tradicional, bem como de divulgação das mesmas entre os profissionais e interessados de forma geral na temática. Entre estes trabalhos podem ser citados os de Salles e Silva (2012), Braz et al (2011), Santos, Vieira e Kamada (2009), entre outros.

No que diz respeito a “Possibilidades de integração entre práticas integrativas e complementares de saúde e sistema de saúde oficial”, segundo núcleo identificado e que se insere na PNPIC na diretriz que estabelece a “estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS” (BRASIL, 2006), encontram-se os trabalhos que apresentam uma relação (com potencial para implementação ou já implementada) entre práticas integrativas e complementares de saúde e o sistema de saúde oficial do país em que se desenvolvem. Alguns trabalhos que poderiam ser destacados neste núcleo são os de Nuñez e Ciosak (2003), Gatti e Silva (2007) e Santos et al (2011).

No terceiro núcleo temático, que aborda o “Diálogo entre práticas integrativas e complementares de saúde e a formação dos profissionais da saúde”, integram os trabalhos que trazem de alguma forma a discussão das práticas integrativas e complementares, bem como das medicinas tradicional e integrativa, no contexto da formação profissional. Estudos como os de Trovó e Silva (2002), Amadera et al (2010) e Trovó, Silva e Leão (2003), estão incluídos neste núcleo, e apontam o interesse e se inserir a discussão sobre a temática desde a formação profissional. Tal iniciativa é condizendo com uma das diretrizes da PNPIC, que estimula o “desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente” (BRASIL, 2006).

O quarto e último núcleo, “Medicina tradicional *versus* modelo biomédico: aproximações e distanciamentos que envolvem o cuidado à saúde”, por sua vez, engloba estudos que apontam para interações e oposições entre os modelos de cuidado a saúde que emergem da tradição popular e os que se respaldam no método científico (fundamentando o modelo biomédico). Estes trabalhos, que se apresentam em menor quantidade quando comparados aos demais núcleos, apesar de numericamente inferiores possuem um significado bastante importante no bojo dos debates sobre as possibilidades de mudança nos paradigmas que regem a forma como se pensa e faz saúde no Brasil. Trabalhos como os de Tesser e Barros (2008), Queiroz (1986) e Otani e Barros (2011), apresentam pontos importantes que norteiam as discussões sobre o núcleo.

## REFERÊNCIAS

- AMADERA, J. E. D. et al. The teaching of acupuncture in the University of São Paulo of Medicine, Brazil. **Rev. assoc. med. bras.**, 2010; 56(4):458-461.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, A. S. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnósticos de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Rev. Bras. Reumatol.**, 2011; 51(3):275-282.

GATTI, M. F. Z.; SILVA, M. J. P. Ambient music in the emergency services: the professionals' perception. **Rev. Latino-Am. Enferm.** 2003; 11(4):483-489.

NUÑEZ, H. M. F.; CIOSAK, S. I. Terapias alternativas/complementar: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 – Santo Amaro – São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2004, 38(4):386-395.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Cienc. saúde coletiva**, 2011; 16(3):1801-1811.  
POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 7ª Ed., Porto Alegre: Editora Artmed. 2011.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, 1986; 20(4):309-317.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. A identificação da ansiedade por meio da análise da íris: uma possibilidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2012; 33(1):26-31.

SANTOS, J. S.; VIEIRA, A. B. D.; KAMADA, I. A Rosa Mosqueta no tratamento de feridas abertas: uma revisão. **Rev. Brás. Enferm.**, 2009; 62(3):457-462.

SANTOS, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. plantas med.**, 2011; 13(4):486-491.

SOARES, S. M. **Práticas terapêuticas não alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos** [tese]. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP; 2000.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto enferm.**, 2006; 15(1):68-73.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2008; 42(5):914-920.

TROVÓ, M. M.; SILVA, M. E. P. Terapias alternativas/complementares a visão do graduando de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2002; 36(1):80-87.

## PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

**Maria Francinete de Oliveira**<sup>7</sup>; Ianna Lima de Souza<sup>8</sup>.

### INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para diversas doenças. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e primeira causa de hospitalização no setor público (LIMA E COSTA et al., 2000; PASSOS, ASSIS e BARRETOS, 2006; COUTINHO, 2012). Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos demonstraram uma redução significativa na redução da morbimortalidade cardiovascular quando o tratamento da hipertensão arterial é realizado de modo positivo (PASSOA, ASSIS e BRASIL, 2006).

Estima-se que mais de 20% da população adulta brasileira é hipertensa. Muitas pessoas são e não sabem devido ao fato de não apresentar nenhum sinal e/ou sintoma. Por isso essa doença é chamada, por muitos médicos, de “assassina silenciosa”. Se descoberta e tratada, a vida do (a) paciente pode ser prolongada, tendo sua qualidade de vida mantida ou melhorada. (OLIVEIRA, 2002; BRASIL, 2006).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm repercussão sobre o perfil epidemiológico. Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das doenças crônicas, entre elas a hipertensão (LIMA E COSTA et al., 2000).

Pesquisa do Ministério da Saúde (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) mostra que a proporção de brasileiros e brasileiras com diagnóstico de hipertensão arterial aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Este é maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). “Nos dois sexos, no entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade” (BRASIL, 2012).

O problema de âmbito mundial causado pelas doenças crônicas e condições crônicas levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a propor o modelo dos “cuidados inovadores para condições crônicas”, que envolve três âmbitos de aplicação: o âmbito macro, representado pelas políticas que regulam o sistema de

---

<sup>7</sup> Maria Francinete de Oliveira - (Professora) UFRN

<sup>8</sup> Ianna Lima de Souza - (Professora) CENEP

atenção à saúde; o âmbito meso, das organizações de saúde e da comunidade; e o âmbito micro, é o das relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias. A articulação desses três âmbitos gera eficiência e efetividade nos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Para atender a recomendação da OMS, o governo brasileiro vem implementando diversas estratégias de saúde pública, cientificamente eficazes e sustentáveis de modo a prevenir e controlar a Hipertensão Arterial e suas complicações, através do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade, destacando-se a Formulação de Diretrizes Nacionais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Atualização e Educação Permanente para profissionais da rede básica de saúde; Assistência Farmacêutica gratuita; Estímulo a Atividade Física; a implementação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Priorização e financiamento de pesquisas visando qualificar o cuidado e suprir lacunas de conhecimento na atenção a esse agravo no Brasil (BRASIL, 2006; MENSES, 2012).

## OBJETIVOS

A hipertensão arterial não ocorre de forma isolada. Ela envolve vários fatores de risco, o que leva a necessidade da pessoa hipertensa, assim como, dos serviços de saúde (público e privado) planejar e implementar estratégias visando à promoção de comportamentos saudáveis. Considerando como uma das estratégias o uso rotineiro de ervas medicinais, frutas e hortaliças, que atuam no equilíbrio da pressão arterial, determinamos os seguintes objetivos para esta pesquisa: investigar as plantas medicinais indicadas e utilizadas para o controle dessa doença; conhecer *in locus* as plantas indicadas; investigar se há, na literatura, a confirmação das indicações citadas pelos grupos investigados.

## METODOLOGIA

Para atender os objetivos propostos no estudo, tivemos que elaborar um desenho metodológico agrupado em 4 etapas: 1ª: Visita as bancas de raizeiras para investigar, através de uma entrevista estruturada, quais as plantas que elas indicam para o controle da pressão arterial e como estas plantas devem ser usadas. 2ª: Observação *in locus* de três ambientes com plantas medicinais nativas e cultivadas, na cidade do Natal RN. 3ª: Entrevistas com um grupo de pessoas idosas hipertensas (20 mulheres e 10 homens) de um Centro de Convivência para esta população, através de duas questões básicas: o que usa para controlar a pressão arterial e como usa. 4ª: Pesquisa bibliográfica, através dos autores Balmé (1982) e Oliveira (2002). Este recorte não significa dizer que as plantas indicadas foram cientificamente comprovadas. A seleção dos autores se deu pelo fato de fazer parte do acervo pessoal das pesquisadoras.

## RESULTADOS

*O desenho, de acordo com os objetivos propostos, mostrou uma coerência entre as indicações das raizeiras e da literatura, assim como no modo de utilização. Destas indicações, a Cavalinha (Equisetum arvense), Amoreira (Morus celsa), Fumaria (Fumaria officinalis) e a Oliveira (Olea europaea), não foram referidas pelo grupo de*

*peças hipertensas. Já o alho (Allium sativum), Berinjela (Solanum melogena), Beterraba (Beta Vulgaris L.), Camomila (Matricaria chamomilla L.), Capim-santo/Capim-limão (Cymbopogon citratus), Cebola (Allium cepa L.), Chuchu: (Sechium eduli), Erva Cidreira (Melissa officinalis), Pepino (Cucumis sativus), Limão (Citrus Limom, Melancia (Citrullus lanatus) e Quebra-Pedra (Phyllanthus niruri), são indicadas pela literatura, pelas raízes e utilizadas pelo grupo pesquisado, como reguladoras da pressão arterial. Também houve uma coerência na forma de utilização: chá (decocção e infusão); maceração; suco e em forma de salada e partes usadas (folha, flores, fruto, e casca).*

*A pergunta “o que usa para controlar a pressão arterial”, mostrou uma realidade já evidenciada em outras pesquisas (COSTA et al, 2009). Por ser uma doença crônico-degenerativa a hipertensão arterial exige “de quem dela padece” determinadas condutas comportamentais nem sempre possível, uma vez que vivemos moldados em uma cultura de gostos e costumes alimentares, nem sempre condizentes ao estado de saúde. Portanto e, quiçá por isso, do grupo entrevistado, apenas 10% usa o medicamento prescrito, faz a dieta, pratica uma atividade física (caminhada) e uma atividade de lazer. Embora a amostra seja pequena, é preocupante diante do número estimado de pessoas hipertensas em Natal (32.824, de acordo com o Relatório de indicadores da Situação de Agravos, do Ministério da Saúde).*

O grupo mostrou conhecimento sobre as recomendações do Ministério da Saúde, sobre o tratamento não farmacológico para o controle da hipertensão arterial. Entre outros destacamos: o controle do peso (A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres), Adoção de hábitos alimentares saudáveis, evitando o uso de açúcar refinado, reduzindo o sal (não exceder 6g ou uma colher de chá ao dia), preferir as frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados. Redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandonar o tabagismo, ter uma atividade física rotineiramente, evitar as situações de estresse, entre outras.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados desta pesquisa mostram que existe, a disposição das pessoas hipertensas, várias alternativas de fácil acesso, que reduz e retarda as complicações, sem causar danos ao organismo. Também existe nas Unidades de Saúde o programa HIPERDIA, destinado a portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, onde uma equipe multiprofissional e interdisciplinar se encarregam de diversificar e humanizar o tratamento. Além, disso, o Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão Arterial (26 de abril), instituído pela Lei nº 10.439, de 30 de abril de 2002, figura como um estandarte para informar e tentar conscientizar a população sobre a prevenção e controle da doença.

Diante do exposto concluímos afirmando e confirmando a necessidade da uma maior investigação científica sobre plantas medicinais e alimentos coadjuvantes no tratamento da hipertensão arterial, assim como a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias individuais e coletivas a fim de



melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

## REFERÊNCIAS

BALMÉ, François- **Plantas medicinais**, 2 ed. São Paulo: Hemus, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília:

Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COSTA, Maria Fernanda Furtado de Lima e et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n. 2, São Paulo, Nov. 2009.

COUTINHO, Gilberto. Naturopatia: **Guia supercompleto para tratar da pressão alta**. Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vyaestelar/holismo\\_pressao\\_alta.htm](http://www2.uol.com.br/vyaestelar/holismo_pressao_alta.htm)>. Acesso em: 26, jan., 2013.

LIMA E COSTA, Maria Fernanda F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 9, n. 1, mar. 2000, p. 23-41.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, Firmino- **Saúde e vida**, 5 ed. Belo Horizonte: Editora saúde e vida, 2002

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, mar. 2006.

## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BALBACH, A., BOARIM, D. **As hortaliças: medicina natural**. 2. ed. rev. at., Itaquaquecetuba : Vida Plena, 1992.

CARRICONDE, Cerelino. et al. **Plantas medicinais e plantas alimentares**. Olinda : Centro nordestino de medicina popular, 1995. v.1

ÍNDICE Terapêutico Fitoterápico. **Ervas Mediciniais**. Petrópolis, RJ: EPUB, 2009.

## OS GUARDIÕES DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS EM JUAZEIRO/BA

Rosa de Cássia Miguelino Silva<sup>9</sup>; Rosemeri Melo e Souza<sup>10</sup>.

### INTRODUÇÃO

A tradição do uso de plantas medicinais nas práticas terapêuticas realizadas por guardiões está passando a conviver com a lógica de práticas convencionais e tem um valor simbólico na qualidade de vida das pessoas, pois integra o ser humano com o meio ambiente e a sociedade onde vive, contribuindo para a formação de redes de cuidado. Dessa forma, as discussões sobre o pertencimento do saber popular e as políticas para oferta da fitoterapia estão motivando novas concepções nos modelos de atenção à saúde.

Neste entendimento, a tradição aqui empregada é definida por Linnekin (1983) como modelo consciente de formas de vida do passado que as pessoas usam na construção de sua identidade. É a tradição que preside as visões de mundo que dão sentido e conferem legitimidade aos discursos e às ações espontâneas da vida cotidiana e do senso comum. Para Haesbaert (2007), ela dá origem a um atributo na dimensão simbólica que confere ao espaço-território um sentido, o caráter de lugar, a noção de pertencimento e, conseqüentemente, a capacidade de forjar identidades. Através de uma série de representações sociais, imaginárias, simbólicas e míticas dos indivíduos, é possível projetar e materializar no espaço, símbolos geográficos que serão tomados como referência e modelos comuns.

De acordo com Diegues (2000), os modos de vida da sociedade determinam questões ambientais e as condições de sobrevivência das populações na terra, mostrando que o entendimento da territorialidade é um desafio para novas formas de produção e apropriação dos ecorecursos. Ou seja, na contemporaneidade, a abordagem territorial é uma das possibilidades no enfrentamento da desestruturação dos sistemas sociais locais, pela afirmação de um novo paradigma produtivo: a reapropriação social da natureza.

As territorialidades encontram-se permeadas por vulnerabilidades e potencialidades a serem desvendadas e, conforme Souza (2007), a compreensão analítica da territorialidade consiste na chave do conhecimento para sua respeitabilidade, bem como para a conservação dos recursos, devido às formas dos usos destes pelo conjunto de atores sociais de comunidades, residindo em fator decisivo a ser considerado pelos formuladores de políticas públicas. Como explicam

---

<sup>9</sup> Rosa de Cássia Miguelino Silva – Enfermeira, Doutoranda e Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA/UFS). Professora Auxiliar do Colegiado de Enfermagem da Universidade de Pernambuco – UPE.

<sup>10</sup> Rosemeri Melo e Souza – Pós-Doutora em Geografia Física (University of Queensland, Austrália). Prof.<sup>a</sup> Associada do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Geografia/UFS e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA/UFS). Líder de Pesquisa do GEOPLAN \_ Grupo de Pesquisa em Geoecologia e Planejamento Territorial e Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

Souza e Costa (2011), a territorialidade é compreendida enquanto relações existentes entre uma comunidade, seu patrimônio ecológico e sua herança social.

Nesta perspectiva, Carvalho (2010) compreende a reapropriação social da natureza como uma formação da racionalidade ambiental, conduzindo ao uso da biodiversidade da caatinga, recurso natural da terra, e as formas que os sertanejos encontram para lutar em defesa de seus territórios e dos suportes para sua sobrevivência material e simbólica no mundo.

Para Carvalho (2010), as práticas de reapropriação social da biodiversidade da Caatinga têm viabilizado a produção de produtos identitários e ressignificado o saber tradicional pela lógica socioambiental. A oferta de plantas nativas de valor medicinal, cujas propriedades são conhecidas pelas comunidades, se mantém como patrimônio cultural em receitas caseiras: lambedores, chás e o uso de sementes e folhas para benzeduras. Segundo esta autora, o potencial ecológico-econômico dos ecorecursos, a ser explorado de modo sustentável, vai depender das opções político-ideológicas dominantes em cada grupo em ação no território em dada conjuntura, ação esta que remete, forçosamente, à consideração dos níveis concreto e simbólico de suas configurações territoriais.

Em corroboração com o ponto de vista acima, Langdon (2010) afirma que no universo de cada grupo social os guardiões têm papel específico a desempenhar frente ao tratamento de determinada doença e os pacientes têm certas expectativas sobre como tal papel será desempenhado, quais doenças podem curar, assim como uma ideia geral acerca dos métodos terapêuticos que serão empregados. A história do aproveitamento de plantas no tratamento de doenças apresenta influências da cultura indígena, europeia e africana. Assim, Albuquerque e Lucena (2004) explicam que os guardiões são pessoas excelentes conhecedoras de plantas medicinais na região que indicam estes recursos no tratamento de uma parcela da população local. Lembram que a figura histórica do curandeiro, conhecido popularmente por raizeiro, tem resistido ao tempo e às inovações da medicina científica, perdurando até os dias atuais e sendo muito procurado pela população para aquisição de erva medicinal, partes desta ou produtos já confeccionados e direcionados ao tratamento de problemas de saúde.

De acordo com Brasil (2006), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define planta medicinal como uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos. A planta fresca é aquela coletada no momento do uso e planta seca é aquela que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal. O medicamento fitoterápico é definido como sendo exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança têm validade através de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentação tecno-científicas em publicações ou ensaios clínicos fase três.

Para Brasil (2006), a fitoterapia e o uso de plantas medicinais são modalidades terapêuticas identificadas e amparadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de forma a garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. No Sistema Único de Saúde (SUS) estas práticas ganham expressão, procurando mostrar a ideia de integralidade que se abre para novos sistemas de cura, caminhando no sentido da humanização e inclusão. Surgem as novas concepções

nos modelos de atenção à saúde. A presença da fitoterapia nas práticas convencionais, expressa e reforça a valorização do saber popular e da participação comunitária nas ações de saúde. O Programa Saúde da Família favorece maior visibilidade ao uso de plantas medicinais nas comunidades, em experiências exitosas, a partir do reconhecimento do saber tradicional. Através de uma maior abertura para o “saber” e o “saber fazer” locais, afloram não só o uso de plantas medicinais (instrumento terapêutico), como também a identidade das pessoas, fortalecendo sua autoestima.

Esse campo de saberes com amplo acervo de cuidados terapêuticos desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, onde as comunidades buscam formas de manutenção/reconstrução identitárias que abrem espaço para a produção de outros saberes com a participação da sociedade civil, propondo as estratégias de gestão e mediação de práticas integrativas. Atitudes fundamentais, na medida em que se dê abertura para o diálogo nos espaços institucionais, nas associações, nos grupos onde se elaboram novas normas, as micropolíticas instituídas localmente.

## OBJETIVO

Avaliar a relação entre territorialidade e a reapropriação social da natureza pelos usos de plantas medicinais no município de Juazeiro da Bahia.

## MÉTODO

A população alvo foram os moradores de seis comunidades rurais. Para a seleção dos guardiões foi empregada a técnica *snow ball* ou “bola de neve”. Segundo Bailey (1992), a amostragem se dá por meio de um colaborador encontrado ao acaso ou de um informante culturalmente competente já detectado, que recomenda outro com competência, repetindo-se o processo a partir dos novos incluídos. Assim foram encontradas 31 pessoas com o perfil de inclusão desejado. Como critério de inclusão, foi necessário que os participantes estivessem na faixa etária igual ou superior a 40 anos, fossem cadastrados nas unidades de saúde e identificassem pelo menos uma das espécies de um mostruário que continha fotos de 20 plantas medicinais selecionadas dentre os 74 vegetais que, de acordo com Brasil (2006), tiveram indicações terapêuticas comprovadas e segurança de uso.

Foi uma pesquisa social quali-quantitativa descritiva, realizada entre julho e setembro de 2012. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: observação, entrevista semiestruturada (perguntas abertas e fechadas), fotografias, anotações no diário de campo, gravações e análise documental. Os procedimentos metodológicos foram reuniões nas comunidades, entrevistas com os colaboradores e os registros das observações e diálogos. A coleta de dados teve início logo após o atendimento dos preceitos éticos e a análise dos dados colhidos em campo seguiu duas etapas, a primeira foi transcrição das entrevistas, e a segunda avaliação das questões apresentadas, com enumeração das categorias para interpretação, discussão, organização e escrita do trabalho.

## RESULTADOS

Os resultados mostraram as plantas medicinais conhecidas e usadas pelos guardiões na comunidade e permitiram fazer a associação do conhecimento popular

com o científico e vice-versa, pela identificação dos nomes, indicações terapêuticas, formas de preparo e uso. Das 378 citações de plantas, foram identificadas 100 espécies distintas. As mais citadas e registradas 10 ou mais vezes foram, em ordem crescente: jatobá (*Hymenaea courbaril*), babosa (*Aloe vera*), arruda (*Ruta graveolens*), aroeira (*Schinus terebintifolium*), imburana de cheiro (*Amburana cearensis*), alecrim (*Rosmarinus officinalis*), malvão (*Coleus amboinicus*), boldo (*Plectranthus barbatus*) e hortelã (*Mentha spicata*), esta última lembrada por 26 entrevistados. A caracterização das espécies vegetais usadas popularmente incluiu, entre as diversas espécies citadas, 10 plantas do mostruário com atividade terapêutica validada, sugerindo que as indicações de plantas medicinais pelos guardiões, baseados no etnoconhecimento, são também comprovadas pelos estudos científicos.

As indicações atribuíveis a plantas medicinais pelos guardiões em práticas terapêuticas foram distribuídas nos sistemas corporais, observando-se sete principais, com 10 ou mais citações, em ordem crescente, quais sejam: hipertensão arterial sistêmica, febre, depurativo do sangue, infecção renal e/ou urinária, dor de barriga, inflamação e gripe. Para cada um dos sistemas corporais, as indicações mais citadas foram: dor de barriga (15 citações) no trato gastrointestinal; gripe (30 citações) no aparelho respiratório; depurativo do sangue (11 citações) no aparelho cardiovascular; infecção renal e/ou urinária (13 citações) no aparelho geniturinário; calmante (oito citações) no sistema nervoso; dor na coluna (seis citações) no aparelho musculoesquelético; e inflamação (17 citações) na categoria outros, relacionada a sintomas gerais e/ou outros sistemas corporais.

Quanto aos modos de preparo, verificou-se que diversas espécies enumeradas pelos guardiões podem ser preparadas de modos diversos. A grande maioria (80 espécies) pode ser preparada através de infusão e/ou decocção. Outras formas de preparação menos citadas, que, em geral, podem ser utilizadas de forma alternativa aos chás, são a maceração, o lambedor, sumo, suco e torra, além de outras formas, como a defumação. Para as formas de uso, foi possível verificar predominância de uma forma específica, a ingestão oral, como forma de uso/administração de 98 espécies. Outras formas, como banho, aplicação local e inalação, entre outras, são menos prevalente na administração dos preparados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As referências feitas a uma medicina marcada pela religiosidade revelam o perfil dos guardiões e a legitimidade dos seus papéis sociais na realização de rituais, conforme o costume do lugar e a especialização de cada um, para amenizar o sofrimento das pessoas doentes e transmitir o etnoconhecimento que é feito oralmente. A relação dos guardiões com a farmacopeia florística caracteriza a resiliência do sistema cultural local, não somente para atender necessidades de cuidado com a saúde, mas também para estabelecer laços entre as pessoas e o ambiente, evidenciando que apesar da predominância do modelo biomédico, a reapropriação social da natureza, nos seus territórios, prevalece por micropolíticas estratégicas. Percepção esta que favorece a escolha democrática do usuário cadastrado na unidade básica, a caminho da integralidade da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, U. P.; LUCENA, R. F. P. Métodos e Técnicas na Pesquisa Etnobotânica. Livro Rápido, Recife, 2004.

BAILEY, K. Methods of social research. The Free Press. New York, 4<sup>o</sup> ed., p. 588. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARVALHO, Luzineide Dourado. Resignificação e reapropriação social da natureza: Práticas e programas de 'convivência com o semi-árido' no território de Juazeiro (Bahia) / Luzineide Dourado Carvalho. – São Cristóvão, SE, 2010.

DIEGUES, A. C. Etnoconservação: novos rumos para a conservação da natureza. São Paulo: Ed. Hucitec: NUPAUB – USP, 2000. ISBN: 8527105470.

HAESBAERT, Rogério. Território e Multiterritorialidade: um debate. Rogério Haesbaert. GEOgraphia, Ano IX, n. 17, 2007. In: Geografia: conceitos e temas / organizado por Iná Elias de Castro, Paulo Cesar da Costa Gomes, Roberto Lobato Corrêa. – 3<sup>a</sup> Ed. – Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2001.

LANGDON, EJ; WIIK, FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mai-jun 2010 [acesso em: 02 fev. 2012; 18(3): 09 telas]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/riae>.

LINNEKIN, J. S. Defining tradition: variations on the Hawaiian identify. American Ethnologist, 10 (2), p. 241-252, 1983. Organización Mundial de la Salud. Grupo Científico sobre la epidemiología Del envejecimiento aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Genebra (SWT): OMS, 1984.

SOUZA, Rosemeri Melo e. Redes de monitoramento socioambiental e tramas da sustentabilidade. / Rosemeri Melo e Souza. – São Paulo: Annablume; Geoplan, 2007. Disponível em:

<<http://books.google.com.br/books?id=NPEkckSzUHYC&pg=PA183&lpg=PA183&dq=o+que+e+ecorecurso&source=bl&ots=W6h3NnKdRs&sig=F2z6z6bkjWq6PSklbl65f00UT-Q0&hl=pt-BR&sa=X&ei=HZVGT92bDs3pgQf27q2kDg&ved=0CCUQ6AEwATgK#v=onepage&q=o%20que%20e%20ecorecurso&f=false>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

SOUZA, R. M; COSTA, J. J. Gênero e espaço na apropriação fitogeográfica de *Hancornia speciosa gomes* em Sergipe, Brasil. Rev. Geogr. Acadêmica, v. 5, n. 2, (5-16) xii.2011. ISSN: 1678-72.

## ACEITAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM NOVO CUIDAR: O PARTO ATIVO

**Bárbara Régia Oliveira de Araújo** (UNCISAL, Enfermeira Residente em Saúde da Mulher);

**Luanna dos Santos Rocha** (ESENFAR/UFAL, Mestranda em Enfermagem);

**Natália Palmoni Medeiros Dantas** (SEUNE, Professora Especialista);

**Thaynara Carla Pontes de Almeida** (UNCISAL, Enfermeira Residente em Saúde da Mulher);

**Luciana de Amorim Barros** (Orientadora, UFAL, Professora Especialista)

### INTRODUÇÃO

O enfrentamento à crença da prática obstétrica como um procedimento médico tem afastado cada vez mais a mulher moderna do contato com as suas raízes e, aos poucos, a tradição é substituída pela informação fornecida pelos meios de comunicação. Os atuais debates na área da saúde, em qualquer núcleo de conhecimento, têm girado em torno da humanização da assistência à saúde.

Na Saúde da Mulher, a versão mais recente da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) traz em sua proposta a superação da correlação “saúde da mulher” e “biologia e anatomia feminina” e a limitação às questões exclusivas à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica<sup>1</sup>.

A hospitalização do parto trouxe e ainda traz repercussões para os dias atuais, as quais refletem no enfrentamento da maior parte das mulheres acerca do parto. A dor e o sentimento de impotência são por muitas vezes retratados e referidos durante o trabalho de parto, e, por muitas vezes, antes de o mesmo ocorrer.

Com o advento dos movimentos em prol dos direitos da mulher e de humanização do parto e nascimento<sup>2</sup>, inicia-se a investigação e documentação das relações de gênero e do corpo feminino, analisando-se as contradições das evidências científicas. O corpo feminino passa a ser descrito como apto a dar à luz sem necessidade de intervenções ou sequelas previsíveis, o nascimento como um processo de adaptação fisiológica para o feto e o parto como um processo a ser tratado com respeito com uma experiência pessoal, sexual e familiar<sup>3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou que o objetivo da assistência ao trabalho de parto é promover o mínimo de intervenções com máxima segurança, resultando em um binômio (mãe-criança) saudável. Proporcionando para a mulher situação tal que lhe dê segurança e conforto, com monitorização constante do bem estar materno e fetal.

Como modelo a ser seguindo está o movimento iniciado por Janet Balaskas na Inglaterra define o parto ativo como um trabalho de parto e parto normal, no qual a parturiente está no controle do seu corpo. E como tal tem total direito para adotar posições que favoreçam o seu trabalho de parto e parto, e lhe deem conforto e alívio da dor.

Desta forma, visando a ressignificação do processo de parturição para as mulheres e suas famílias e tendo em vista que este processo faz parte da natureza humana e se configura como um momento singular na vida da mulher<sup>4</sup> há a constante marcha em direção ao reconhecimento deste direito. A luta pela humanização do parto tem chegado, a passos lentos, onde se fazia mais difícil: nas maternidades; onde a realização de ações como toque terapêutico escuta ativa, massagens, incentivo a deambulação, uso de bola suíça e inserção dos acompanhantes na sala de parto estão fazendo a diferença na assistência ao parto.

## OBJETIVOS

Descrever a aceitação de parturientes às recomendações e terapias complementares para o alívio da dor baseadas no *parto ativo*.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiências baseado na vivência e atuação de enfermeiras em centros e unidades obstétricas.

Uma das unidades obstétricas se trata de uma Maternidade de alto risco pública do estado de Alagoas, na seção de Centro Obstétrico, o qual conta com 02 salas de parto individualizadas, que permitem tranquilidade, privacidade e espaço para realização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, bem como adoção de posições de escolha da parturiente.

A outra unidade obstétrica se trata de uma casa maternal, na seção pré-parto conjunta e sala de parto individualizada.

O estudo contou com a colaboração dos profissionais da equipe de enfermagem das duas unidades obstétricas, em parceria com as autoras do presente relato, enfermeiras que atuam diretamente na assistência da parturiente durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Através dessa assistência direta prestada às parturientes foi possível observar a aceitação das mesmas às recomendações e terapias complementares para o alívio da dor baseadas no parto ativo.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS



A observação se deu em 4 meses distribuídos igualmente nas duas unidades obstétricas. Neste tempo inúmeras mulheres foram atendidas e tiveram a resolução de seus partos nestas unidades. Durante o período de trabalho de parto, o mais longo em todo o processo, visto que o corpo da mulher, que já se preparou durante “9 meses” da gestação, precisa neste momento de preparar para formar o canal de parto, pelo qual o produto da sua gestação (o bebê) atravessará para nascer.

Como período para formação do canal de parto, o trabalho de parto é também muito doloroso, o que é descrito nos mais famosos livros de obstetrícia, e observado na prática em maternidades. É o período onde a mulher necessita de incentivo, repouso e concentração para o momento crucial que é a expulsão do feto.

Neste momento foram oferecidas para as mulheres uma gama de possibilidades para o relaxamento e alívio da dor: toque terapêutico, musicoterapia, escuta ativa, utilização da bola suíça (ou de Bobath), cavalinho, banho de aspersão, utilização de termoterapia em região lombar, deambulação, técnicas de respiração, balanço pélvico e agachamento.

Observamos que uma grande parte das parturientes é resistente à mudança de atitude e posicionamento frente à dor e à evolução do trabalho de parto. Muitas mostram dificuldade para realização de alguns movimentos, e se mostram envergonhadas para realizá-los.

Já a aceitação perante o oferecimento de massagem de conforto é maior quando em comparação à sua deambulação, talvez pelo fato desta última não ser de intervenção do profissional de saúde. Porém as mulheres que se propuseram a realizar a deambulação relataram alívio do desconforto pélvico, e outras o aumento das contrações uterinas.

Em contrapartida, notou-se espontaneidade no desenvolvimento de técnicas de agachamento e deambulação por gestantes quando apenas observada pelo profissional.

Foi observado que uma pequena parcela das mulheres atendidas tinha a preferência pela via de parto vaginal, e que estas se mostraram mais favoráveis ao uso da bola de bobath, agachamento e deambulação, mesmo que o profissional de enfermagem não estivesse presente em todo o processo. E as mesmas referiam melhora e diminuição da dor, principalmente se seu acompanhante estivesse presente neste processo.

O contrário foi observado naquelas que tinham vivenciado uma experiência traumática em parto anterior, ou que já tinham escutado falar sobre o parto normal. Estas mulheres eram as que apresentavam maior resistência para a realização das atividades.

Para além do alívio da dor com a utilização das técnicas pautadas no parto ativo está a relação de vínculo e proximidade entre a parturiente e enfermeiras, o que facilitou a autonomia e confiança da mulher durante o período expulsivo, além de favorecer à formação do vínculo precoce entre o binômio e instalação do aleitamento materno na primeira hora de vida. O que além de trazer benefícios para os dois, qualifica ainda mais o atendimento.

**Descritores:** terapias complementares; trabalho de parto; enfermagem; cuidado; parto ativo.

## REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.

2 Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil.. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 627-637.

3 Organization WH. Recommendations for Appropriate Technology Following Birth. In ; 1986.

4 Dantas NPM, Sanches METdL, Silva DTd, Araújo BROd, Silva DDA, Almeida TCPd. Percepção dos residentes de enfermagem em Saúde da Mulher no alívio da dor no trabalho de parto ao utilizar os métodos não farmacológicos: Relato de Experiência. In ; 2012; Fortaleza, CE.

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

## A PERCEÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE O CLOWN NA SUA FORMAÇÃO PSICOSSOCIAL E PROFISSIONAL.

Emanuelle de Cândida Soares Pereira<sup>11</sup>; Leonardo Campello de Almeida<sup>1</sup>; Bruno Severo Gomes<sup>12</sup>.

**Palavras-chave:** *Humanização, Clown, estudantes, medicina, formação, psicossocial, profissional.*

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve um aumento na demanda por uma reforma educacional que reconhecesse a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos em saúde<sup>1</sup> e estimulasse o contato direto entre o profissional de

<sup>11</sup> Emanuelle de Cândida Soares Pereira (Discente de Medicina – UFPE); Leonardo Campello de Almeida.

<sup>12</sup> Bruno Severo Gomes (Orientador/Departamento de Micologia – UFPE)

saúde e o paciente, atentando para as dimensões humanas, vivenciais, psicológicas e culturais de cada indivíduo envolvido devido principalmente à crescente complexidade dos sistemas de saúde, aos progressos da medicina e da ciência, além do fato da prática médica ter se tornado mais mecanizada, com um grau maior de riscos e, em muitos casos, desumanizada.

Diante de um quadro que requeria mudanças, as políticas públicas de saúde começaram a repensar suas ações visando melhoria do usuário e, posteriormente, dos profissionais envolvidos nesses cuidados. Ao final de 1999 e a partir do ano 2000, surgiram diversos programas e ações que tinham por objetivo a normatização da humanização propostos pelo Ministério da Saúde, entre eles o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000). Em todos os Programas e ações é possível acompanhar uma tênue relação que se estabelece entre humanização-qualidade na atenção-satisfação ao usuário<sup>2</sup>.

Nesse cenário, a busca por outros meios de terapia, que diferissem da prática médica tradicional e do modelo biomédico, cresceu e deu abertura às terapias complementares, ou medicina alternativa, que despontaram como ponto alto dessa busca.

Entre as mais diversas terapias complementares existentes, as atividades lúdicas representam uma das práticas mais populares e utilizadas no hospital. Inicialmente voltada para o paciente infantil, o lúdico mostrou-se eficiente também com pacientes adultos e idosos, além de ser benéfico para a equipe hospitalar. O lúdico tem sua origem na palavra latina “*ludus*” que significa “jogo”. Através do brincar e do jogar, é possível desenvolver a linguagem, o pensamento, a socialização, a iniciativa e a autoestima. O jogo, em suas variadas formas, auxilia nos processos cognitivos, além da tomada de decisão, criatividade, imaginação etc<sup>3-4</sup>. A brincadeira proporciona a reconstrução da individualidade do paciente, bem como aproxima pais, crianças e profissionais de saúde. Essa aproximação é um dos fatores de adesão ao tratamento e uma ferramenta para a promoção de saúde<sup>5</sup>.

A inserção do *clown*<sup>13</sup> figura como uma das formas de se desenvolver e vivenciar o lúdico nos hospitais. A figura do *clown* é responsável por revelar a alma humana, compreendendo toda a sua fragilidade<sup>6-7</sup>. Ele representa o rompimento de um conhecimento engessado, solidificado na inteligência, na esperteza, no sucesso, mostrando outro ponto de vista social, estético e cultural, transgredindo, com arte, valores pré-estabelecidos pela sociedade<sup>8</sup>.

Hunter “Patch” Adams foi o principal idealizador do *clown* como proposta da atividade lúdica nos hospitais. Médico norte-americano, “Patch”, sempre acreditou no riso como ferramenta de aproximação entre seus pacientes e nos benefícios que o riso traz à pessoa<sup>9</sup>. São beneficiários dessas ações tanto pacientes como os profissionais de saúde.

A ação do *clown* nos hospitais tem se mostrado efetiva não somente no bem-estar dos pacientes, potencializando a rapidez na cura no processo saúde-doença<sup>3, 10,11</sup>, mas também tem contribuído sobremaneira na saúde e na perspectiva que o estudante de medicina, e profissionais de saúde, tem sobre si próprio e os outros<sup>3, 12,13</sup>.

---

<sup>13</sup> NOTA: *Clown* (teatro) e palhaço (circo) têm o mesmo significado (essência cômica), embora tenham linhas diferenciadas de acordo com o contexto de atuação.

No Brasil, desde 1991, com a criação dos Doutores da Alegria constatou-se a criação de diversos grupos com objetivos similares em diferentes regiões do país<sup>14</sup>.

Entre esses grupos, está o Projeto de Encontro e Risos Terapêuticos (PERTO), projeto de pesquisa, ensino e extensão da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em atividade desde o ano de 2011, que tem como um dos seus objetivos humanizar a formação psicossocial e profissional de seus integrantes, possibilitando na prática a vivência de experiências que permitam a reflexão sobre si próprios e o meio em que estão inseridos, através da técnica de *clown*. O PERTO tem suas intervenções realizadas no Hospital das Clínicas de Pernambuco em diversos setores, como por exemplo: oncologia, pediatria, nefrologia, maternidade etc.

A partir dessas novas medidas terapêuticas e discussões sobre a humanização hospitalar, o estudante de Medicina tem encontrado espaço para reavaliar o papel desenvolvido pelo profissional de saúde desde o início da graduação. Sabe-se que desde o processo seletivo para o ingresso no curso de Medicina, o estudante está sob constante estresse e pressão da sociedade. Nesse contexto, os estudantes de Medicina são os futuros profissionais de uma carreira idealizada pela população, tanto em relação ao êxito econômico, como pelo status que lhe é conferido. Contudo, o elevado índice de suicídio entre estudantes de Medicina, além do estresse, doenças psicossomáticas, o uso de substâncias psicoativas, depressão e angústia têm sido razões de pesquisas nessa área<sup>15,16</sup>. A figura do clown é inserida nesse processo a fim de confrontar o indivíduo com a realidade, desmistificando a ideia, muitas vezes inculcada desde os primeiros períodos da graduação, de que a perfeição, precisão e o heroísmo são características imprescindíveis no desempenho da profissão, negando a si mesmo a própria humanidade.

## OBJETIVO

A partir das vivências e do relato de experiência, e tendo como inferência a desmistificação da realidade a partir de técnicas *clownescas*, o presente trabalho tem como objetivo contribuir com a reflexão a respeito da percepção da figura do *clown* na formação psicossocial e profissional dos estudantes de medicina, levando em consideração a humanização e a singularidade inerente a cada indivíduo.

## MÉTODO

O PERTO conta com a participação de 31 integrantes, sendo 29 estudantes de Medicina e 2 estudantes de Biomedicina, sendo considerados para este trabalho somente os estudantes de Medicina, uma vez que são o objeto deste relato.

Em termos metodológicos, os autores optaram pela pesquisa qualitativa, por achar que essa é a mais adequada para o campo da humanização, pois permite uma compreensão subjetiva, preservando as impressões psicológicas dos entrevistados, e explica as diferenças, explanando as articulações entre o coletivo e o individual<sup>17</sup> e por, principalmente, se tratar de um relato de experiência. Para a produção deste relato, levaram-se em consideração, ainda, reuniões sistemáticas quinzenais com a equipe, nas quais há discussão sobre o curso, as consequências de serem discentes de Medicina, as técnicas de *clown* e as vivências dentro e fora da sala de aula.

Foram distribuídos questionários a cada um dos envolvidos no relato, com a seguinte pergunta: “Como a percepção do clown mudou/muda a sua formação psicossocial e profissional?”. Contribuíram para este relato 18 estudantes.

As respostas foram analisadas pelos autores e pôde-se, a partir delas, traçar um esboço da consequência da inserção do *clown* na prática e na vida desses discentes.

## RESULTADOS

Após a leitura dos questionários respondidos e das discussões nas reuniões, verificou-se que, em sua maioria, os estudantes sentem-se pressionados para serem os melhores, apresentando impecável e inesgotável conhecimento teórico e, quando em aulas práticas, apresentarem o comportamento adequado diante das mais diversas situações. O problema relatado pelos estudantes é que não há condições de ser exímio em tudo durante todo o tempo. Isso causa frustração, ansiedade, estresse etc. Os discentes que apresentam um perfil mais rigoroso e exigente em relação a si mesmo relatam terem desenvolvido depressão, transtorno de ansiedade generalizada e até ataques de pânico por, durante algum tempo, principalmente nos primeiros semestres do curso, não saberem/conseguirem lidar com a falha e/ou não corresponder às próprias expectativas. Essas considerações mostram-se em consonância com o estudo de Meleiro<sup>16</sup>.

Posteriormente à inserção do *clown* na vida acadêmica e atuações dentro do hospital, notou-se que os benefícios trazidos a partir dessas técnicas têm acentuada importância. Muitos ressaltam que aprenderam a não se culparem pelo erro cometido nem pela falta de determinado conhecimento teórico. Aprenderam ainda a aceitar a fragilidade inerente a cada um, compreender o erro como parte do aprendizado, entender que, algumas vezes, o esforço despendido não corresponde ao sucesso da tarefa, que o outro (seja paciente, médico, professor ou colega) faz parte da construção como ser humano e que é importante tecer relações verdadeiras entre os indivíduos.

Diante do exposto, embasado nas experiências vividas e nos relatos dos estudantes, nota-se a proficuidade e a beneficência da figura do *clown* na formação psicossocial e profissional dos estudantes de medicina. Este relato apresenta certo caráter exploratório, visando até incentivar mais pesquisas nesse âmbito, uma vez que são escassas as produções empíricas na literatura disponível.

## REFERÊNCIAS

1. **Mota, G. M. et al.** A percepção dos estudantes de graduação sobre a atuação do “doutor palhaço” em um hospital universitário. *Rev. Bras. Promoção em Saúde*, Fortaleza, 25 (2 Supl): 25-32, abr./jun., 2012.
2. **Benevides, R., Passos, E.** Humanização na saúde: um novo modismo? - *Interface (Botucatu) vol. 9 no.17 Botucatu Mar./Aug. 2005.*
3. **Deslandes, S.F.** Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.
4. **Campos**, 1999.
5. **Goulart, B.N.G, Chiari B.M.** Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):255-68.

6. **Burnier, L.O.** A arte de ator: da técnica à representação. Campinas: Unicamp; 2001.
7. **Wuo, A. E.** O clown visitador de crianças hospitalizadas: medicamento lúdico. *Rev. Licere*.2000; 3(1):35-45.
8. **Wuo, A. E.** A linguagem secreta do clown. *Integração*. Jan./Fev./Mar. 2009. Ano XV, nº 56 – pag 57 – 62.
9. **Adams, P.** *Patch Adams: o amor é contagioso*. 11º ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1999.
10. **Bertini, M; Isola, E; Paolone, G; Curcio G.** Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. *Evid Based Complement Alternat Med*; 2011: 879125, 2011.
11. **Lima, R. A. G. et al.** A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Ver Esc Enferm USP*; 43(1) mar.2009.
12. **Castro, E.D. et al.** Formação em terapia ocupacional na interface das artes e da saúde: a experiência do PACTO. *Rev. Ter. Ocup*; 20(3): 149-156, set.-dez. 2009.
13. **Carvalho, S. G.** A dimensão ética nas relações de trabalho em hospital: questão de humanização. Rio de Janeiro; s. n; 2011. 141 p.
14. **Masseti, M.** Doutores da ética da alegria. *Interface Comum Saúde Educ*. 2005; 9(17): 453-8.
15. **Quintana, A. M., Rodrigues, A. T. et al.** A angústia na formação do estudante de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* vol. 32 nº 1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008
16. **Meleiro, A. M. A. S.** Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev. Assoc. Med. Bras.* Vol. 44 nº 2 São Paulo Apr./June 1998.
17. **Serapioni, M.** Qualitative and quantitative methods in social research on health: some strategies for integration. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000;5(1): 187-92.

## NARIZES VERMELHOS NO HOSPITAL? CONSTRUINDO MODELOS DE CUIDADO EM SAÚDE

**Hortencia Oliveira Lima; Ana Vitória Teixeira de Medeiros Gomes; Lis Moreira Cavalcanti; Rafael de Abreu Maynard** (estudantes graduando em Psicologia-UNIVASF);

**Alexandre Franca Barreto** (Professor orientador, Psicólogo e Antropólogo da UNIVASF)

### INTRODUÇÃO

Estudos recentes mostram a importância de reconhecer o efeito de intervenções ligadas à arte como recurso de valorização do lúdico no processo de hospitalização, resignificando alguns conceitos de cuidado em saúde, (MASSETI, 2005; ARAÚJO e GUIMARÃES, 2009; AIRES et al, 2011) visto que, a prática profissional nessa área ainda

está pautada num modelo tradicional em que há a desqualificação dos aspectos psicológicos, afetivos e socioculturais envolvidos no processo de adoecimento.

Contraopondo essa realidade surge a arte clownesca como uma técnica de formação em palhaço, inicialmente voltada para atores, criada por Jacques Lecoq (2003) e de acordo com Wu (2005), vem sendo desenvolvida em espaços artísticos, teatrais e circenses, ou mesmo nas ruas, praças, escolas, hospitais e quantos mais espaços a sua presença se fizer necessária.

O termo *clown* deriva do inglês *clod* que, segundo Ruiz (1987) *apud* Brondani (2006), se liga etimologicamente ao termo “camponês” e à terra, seu meio rústico, simples. Traduz-se também por palhaço, embora existam algumas importantes diferenças entre os dois, não somente relacionados a terminologia, mas também referentes a ação própria de cada um. Apesar de ambos terem sua essência cômica, o palhaço objetiva divertir, fazer graça e, para isso, se utiliza de cenas montadas ou minimamente pensadas. O *clown* não objetiva nada, não planeja, é espontâneo, é autêntico, trabalha apenas com o que surge no aqui e agora. É uma figura que provoca o riso por sua imagem ridícula, por deixar transparecer seu lado torpe, bobo, ingênuo, sensível e, ao mesmo tempo, questionador e crítico, tendo ele sua função social direta e sem nenhum disfarce (BRONDANI, 2006).

Configurando-se dentro destas características, o *clown* pode atuar em praticamente qualquer ambiente. No hospital, ele surge ainda associado ao trabalho do palhaço circense, que tradicionalmente faz espetáculos beneficentes em creches e hospitais. Castro (2005) relatou que em 1986 Michel Christensen, diretor do *Big Aple Circus* de Nova Iorque, apresentou-se num hospital, passando de leito em leito improvisando sobre a realidade do hospital e das crianças internadas, para que estas, visto a impossibilidade de sair de seus leitos, pudessem assisti-lo.

Começou-se a falar em “Clown Therapy” no início dos anos 70 e através de seu idealizador mais famoso Patch Adams surge um movimento transformador, que vem contribuindo para intervenções de humanização em ambientes hospitalares conhecido mundialmente como palhaçoterapia.

Patch em sua trajetória acadêmica percebe que o distanciamento dos médicos no tratamento dos seus pacientes acaba por repercutir negativamente na recuperação. Seu olhar diante da subjetividade do sujeito doente permitiu-o criar esse fantástico movimento humano, pautado em princípios como o amor, a empatia e o humor como base da prática em saúde.

Utilizando-se da arte clownesca é possível sutilmente operar ações que paulatinamente desconstruam aqueles modelos de cuidado na saúde, contribuindo para uma clínica de encontro, na qual a relação cuidador-cuidado perpassa pelo território das afecções.

## OBJETIVO

Investigar a partir dos relatos dos pacientes e acompanhantes as possíveis interferências da presença dos palhaços nos hospitais tanto no campo emocional, em curto prazo, tendo em vista as reações diretas às atuações e, em longo prazo, o comportamento dos próprios profissionais da equipe de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, no qual participaram 4 estudantes da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF (dois do curso de psicologia e dois do curso de medicina) integrantes do Projeto de Extensão intitulado de Unidade de Palhaçada Intensiva – UPI: a palhaçoterapia no Vale do São Francisco.

A coleta dos relatos ocorreu durante as atuações de palhaço no Hospital de Urgência e Traumas – HUT e no Hospital Dom Malan no período de Junho de 2012 a Março 2013. Esses relatos foram registrados em diários de bordos (ferramenta de registro dos estudantes após as atuações) a partir da observação participante que consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, unindo o objeto de estudo ao seu contexto. (SCHULZ 1976 apud QUEIROZ et al 2007)

Os registros foram embasados a partir do método intuitivo proposto por Henri Bergson. Esta perspectiva segundo Morente (1964) defende a imersão do pesquisador no campo procurando aproximar-se da vida, do fenômeno por dentro dele, capturando o real no espírito da simplicidade espontânea, mergulhando na experiência humana que é fluente e por isso não pode ser definida, pois a definição é algo mecânico e estático.

A intuição conforme Bergson (1994) aproxima-se da simpatia, que é entendida como uma ação pela qual nos transportamos ao interior de um objeto para coincidir com o que ele tem de único e por consequência de inexprimível, há uma penetração e coincidência com a espontaneidade da vida.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Observou-se como resultados um aumento da adesão e uma melhora das respostas aos tratamentos por parte dos pacientes, havendo também uma melhora da saúde emocional, diminuindo o estresse causado pela hospitalização e favorecendo a qualidade e a humanização na assistência aos cuidados de enfermagem. Além disso, as relações interpessoais entre pacientes, acompanhantes e equipe de saúde são valorizadas e beneficiadas, contribuindo para o bem-estar no ambiente hospitalar como um todo.

A presença dos narizes vermelhos no hospital permite a aproximação cada vez maior de outra perspectiva sobre o palhaço, que em razão das representações sociais vinculadas à sua figura, é permeada pela expectativa do “fazer rir”, e que alcança horizontes muito mais amplos quando o riso é reconhecido como parte do que efetivamente se propõe e não sua finalidade.

Com isso, foi possível constatar que o palhaço no ambiente hospitalar, interfere na conduta dos profissionais de saúde a fim de transformar ou modificar o modo como o paciente é encarado no hospital, trazendo novos significados ao cuidar.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T.C.C.F. de; GUIMARÃES, T.B. Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços-doutores”. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 9, n.3, p.632-647, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n3/artigos/pdf/v9n3a06.pdf>> Acesso em: 29 Abr 2013.

AIRES, P.P. et al. Projeto Y de sorriso e saúde: 5 anos de palhaçoterapia na Universidade Federal do Ceará. **Extensão em Ação**, Edição especial XIX Encontros Universitários, v. 1, n. 1, p.59-68, jul/dez 2011. Disponível em: <<http://www.revistaprex.ufc.br/index.php/EXTA/article/view/14/27>> Acesso em: 29 Abr 2013.

MORENTE, M. G. **Fundamentos da filosofia: Lições preliminares**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1964.

BERGSON, H. **A intuição filosófica**. Traduzido por: NEVES, M.C.P. Lisboa: edições Colibri, 1994



QUEIROZ, T. X. et al **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde** Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

BRONDANI, J.A. **Clown, absurdo e encenação: processos de montagem dos espetáculos “godô”, “trattoria” e “joguete**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Artes Cênicas. Escola de Teatro/Escola de Dança, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

CASTRO, Alice Viveiros de. **O Elogio da Bobagem - palhaços no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro, RJ. Editora Família Bastos, 2005.

WUO, Ana Elvira. **Clown, Processo Criativo: Rito de iniciação e passagem**. Dissertação (Doutorado da Faculdade de Educação Física) – UNICAMP, Campinas, SP. 2005.

LECOQ, J. **El cuerpo poético. Uma pedagogia de La creación teatral**. Traducción y adaptación al español de Joaquín Hinojora y María del Mar Navarro. Alba Editorial. Barcelona, 2003.

MASETTI, M. Doutores da ética da alegria. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.453-458, mar/ago, 2005.

MOTTA & ENUMO, **Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e TERAPIA DO RISO NO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

**Milena Oliveira Coutinho** (Enfermeira, Graduada na UEFS);

**Indiara Campos Lima** (Orientadora, Docente da UEFS);

**Rodrigo Almeida Bastos** (Co-orientador, Docente da Faculdade Pitagóras)

### INTRODUÇÃO

A hospitalização acontece, normalmente, em uma atmosfera de tensão e insegurança para a criança e seus acompanhantes, desencadeando situações desagradáveis, a saber: novos horários, exames dolorosos, afastamento do ambiente familiar, abandono da atividade escolar, falta de estímulos sociais, e outras diversas alterações no cotidiano das crianças e familiares. Tais modificações podem ocasionar agitação, gritos, choros, retrocesso, regressão, depressão, ausência no controle dos esfíncteres, entre outros (LIMA; JORGE; MOREIRA, 2006; RIBEIRO, 1998).

Nepomuceno (2010) afirma que a enfermagem necessita tornar o mais agradável possível a estadia da criança no hospital e que é necessário sensibilizar os profissionais da área de saúde para que consigam captar as reais necessidades das mesmas, tendo

paciência e utilizando a humanização e a promoção da saúde como instrumento principal. Para o êxito do tratamento, em um período menor de internação, faz-se necessário o estabelecimento de vínculo e confiança da criança com o profissional. Ações sinceras e verdadeiras, vendo-a como um indivíduo que tem direitos e deveres, com certeza são fundamentais para o sucesso dessa assistência.

Uma das formas capazes de amenizar o estresse da criança na rotina hospitalar é a utilização do Brinquedo Terapêutico e da Terapia do Riso, onde a equipe de saúde pode, através de práticas terapêuticas complementares, tornar o processo de hospitalização mais ameno e alegre, menos traumático, colaborando assim para uma recuperação mais rápida e menos estressante.

Mitre e Gomes (2004) enfocam a importância da presença da atividade lúdica durante o processo de adoecimento e internação hospitalar de crianças, pois neste contexto, o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover continuidade do desenvolvimento infantil, como também à possibilidade de, através dele, a criança hospitalizada elaborar melhor esse momento em que vive.

O cuidado lúdico tem o intuito de suprir a lacuna no cuidado prestado às crianças que estão em fase de crescimento e desenvolvimento. Brincando a criança tenta assimilar todos os medos, angústias, dores por ela vivida. Sendo o cuidado a essência da Enfermagem, cabe aos cuidadores, estar abertos para uma interação com o outro, com intuito de resgatar o cuidado integral, inserindo ao saberes científicos o respeito, carinho, criatividade, lúdico e o ético (RAVELLI, 2005).

Para Passos (2008) apud Lima (2009) a risoterapia possui simplicidade e enfatiza a questão da humanização e da abordagem integral do ser humano, onde se constitui uma terapia de fácil aplicação, de baixo custo e simples aplicabilidade que, além de promover melhora no organismo e nas emoções da criança, também é fator importante para humanizar o atendimento em saúde.

A enfermagem como prestadora de cuidados deve não só ser responsável por propiciar um ambiente hospital mais digno, ela deve compreender todas as necessidades básicas, emocionais e sociais que envolvem o processo de internação, a fim de propor ações terapêuticas complementares como a Terapia do Riso para ajudar na progressão clínica dos pacientes.

Lambert (1999) lembra que a alegria, o bom humor, o otimismo, pensamentos positivos e o relaxamento estimulam o cérebro a sintetizar substâncias químicas conhecidas como endorfinas, que dão sensação de bem estar, apelidados de “hormônios da felicidade”. Ressalta ainda que a simples tentativa de esboçar um sorriso já é suficiente para ativar o cérebro, na região do sistema límbico, no centro do prazer, a produzir as endorfinas.

O riso aumenta o ritmo cardíaco, aumenta a absorção de oxigênio, age nos músculos abdominais promovendo uma massagem para o sistema gastrointestinal, facilitando a digestão e o funcionamento do aparelho intestinal. Promove maior bombeamento de sangue, fortalece o sistema imunológico aumentando a produção de células de defesa do organismo (VALENTE 2006 apud LIMA, 2009a).

Esse trabalho tem como objetivo verificar a utilização e os benefícios da terapia do riso na ótica de estudantes de enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

**Realizamos um estudo, com abordagem quantitativa analítica descritiva do tipo corte transversal. O campo de estudo foi a Universidade Estadual de Feira de Santana**

**(UEFS), na cidade de Feira de Santana em outubro de 2011. A amostra foi constituída de 70 alunos e foi utilizado questionário individual, auto-aplicável e pré-testado.**

Nesta pesquisa quando questionados se conheciam os benefícios da terapia do riso, mais da metade 57,1% (40) dos participantes da pesquisa disseram que conhecem os benefícios desta terapia e 41,4% não conhecem e 1,4% não respondeu a este questionamento. Dos pesquisados que conhecem benefícios, a maioria dos pesquisados 92,5% (37) conhecem dois benefícios da TR, e 7,5% (03) conhecem um ou nenhum benefício.

O riso ajuda a prolongar a vida, além de trazer o relaxamento, pois rir libera adrenalina, noradrenalina e catecolaminas, estimulando o coração, relaxando alguns músculos e contraindo outros, melhoram o fluxo sanguíneo, reduzem inflamações, apressam o processo de cicatrização e melhoram a condição geral do organismo (HOLDEN; 2005). Essa afirmação mostra os benefícios que o riso traz para o organismo e também demonstra sua grande efetividade na melhora do aspecto geral do paciente. Dos participantes desta pesquisa 4,82% (3) relataram como benefício da terapia do riso maior expectativa de vida, 22,85% (16) relataram melhora do quadro clínico do paciente e 4,82% (3) relataram melhora do sistema cardíaco, melhora do sistema cardíaco 4,82% (3) e 8,57% (6) referem melhora do sistema imunológico.

Lima (2009) explica que uma sessão de riso favorece o relaxamento físico e mental, pode ser utilizada como facilitador na dinâmica de familiarização de grupos, pois eliminam barreiras entre familiares, amigos e equipe de saúde, favorecendo a relação entre seres humanos. Também através do riso podemos procurar uma maior realização profissional e pessoal além de transmitir boa energia. Nesta pesquisa os participantes relataram como benefício da terapia do riso bem estar físico 12,85% (9), bem estar psicológico 12,85% (9), melhora o vínculo do profissional com o paciente 4,82% (3) entre outros benefícios citados.

Quando questionados sobre o contato com materiais informativos ou didáticos relacionados a terapia do riso, mais da metade, 65,7% (46) dos participantes da pesquisa informaram que já tiveram contato com algum material sobre a terapia do riso e 34,3% (24) não tiveram contato. Das 46 pessoas que informaram já ter tido contato com algum material sobre a terapia do riso, 69,6% (32) conheceram esta terapia através de filmes; sendo "O amor é contagioso" de Pacht Adamns o filme citado por todos e 10,9% (5) conheceram através de artigos científicos, 8,7% (4) através de jornais, 6,5% (3) através de outros e 4,3% (2) não responderam a este questionamento.

A maioria dos estudantes de enfermagem, 91,4% (64) disseram não ter presenciado a utilização da terapia do riso e apenas 8,6% (6) afirmaram ter presenciado a aplicação da terapia do riso. Estas informações estão muito próximas às relacionadas a utilização da terapia do riso como medida complementar ao cuidado pelo próprio estudante, a maioria, 90% (63) disseram não utilizar esta terapia contra 8,6% (6) que afirmaram utilizar a terapia e 1,4% (1) não responderam a este questionamento.

Este estudo confirmou a aceitação desta terapia enquanto instrumento para o cuidar por grande parte dos estudantes de enfermagem da UEFS (90,4%), dado estimulante para que ocorra maior divulgação e utilização da terapia do riso na prestação de cuidados durante a hospitalização não só da criança mas também do adulto e do idoso.

Os benefícios da terapia do riso são os mais variados, sendo que sua aplicação e utilização traz benefícios não só para o paciente, mas, também, para a equipe de saúde que amplia suas possibilidades de terapêutica além de melhorar o vínculo não só com os pacientes, mas também com a família e com a equipe de saúde da qual faz parte. Além de ser e fácil aplicação, baixo custo e de eficácia já comprovada por pesquisas.

É de suma importância a divulgação da terapia do riso pelos mais variados meios de comunicação tendo estes como aliado do conhecimento e facilitador para despertar o interesse da população, principalmente na área da saúde pelo uso de terapias alternativas como aliadas no processo do cuidar, especialmente das crianças.

Neste trabalho ficou evidente a necessidade de propagar, principalmente no meio acadêmico, a utilização de terapias complementares como a terapia do riso, enquanto instrumento para o cuidar em enfermagem, pois esta prática melhora a interação enfermeiro-cliente, pessoa-pessoa, bem como a equipe de saúde que presencia a mudança do paciente e também na humanização do ambiente hospitalar, além de minimizar os riscos e os traumas advindos do processo de hospitalização.

## REFERÊNCIAS

HOLDEN, R. **Rir ainda é o melhor remédio**. São Paulo: Butterfly Editora, 2005.

LAMBERT, Eduardo. **A terapia do riso: a cura pela alegria**. São Paulo: Pensamento, 1999.

LIMA, I. C. **O riso enquanto terapia complementar e integrativa**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009.

MITRE, R. M. de A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.9, n.1, p. 147-154, 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232004000100015&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232004000100015&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 20 out. 2010.

NEPUMOCENO, L. A. Humanização da assistência de enfermagem em pediatria: impacto no atendimento. **Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal**, 2010.

Disponível em:

<[http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=676%3A-humanizacao-da-assistencia-de-enfermagem-em-pediatria-impacto-no-atendimento&catid=78%3Aartigos-cientificos&Itemid=109&showall=1](http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=676%3A-humanizacao-da-assistencia-de-enfermagem-em-pediatria-impacto-no-atendimento&catid=78%3Aartigos-cientificos&Itemid=109&showall=1)>. Acesso em : 27 out. 2010.

RIBEIRO, Circéa Amalia. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.32, n.1, p. 73-79, 1998.

RAVELLI, Ana Paula Xavier e MOTTA, Maria da Graça Corso da. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.58, n.5, p. 611-613, 2005. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500021>>. Acesso em: 16 out. 2010.

## NOVO OLHAR SOBRE SAÚDE: UNIDADE DE PALHAÇADA INTENSIVA-UIP

**Priscila de Lima Souza** (UNIVASF/ discente de Psicologia); **Carlos Fábio Fernandes Moreira** (UNIVASF / discente de Medicina); **Hortencia Oliveira Lima** (UNIVASF / discente de Psicologia); **Ana Vitória Teixeira de Medeiros Gomes** (UNIVASF/ discente de Medicina)

**Amorim, Anne Caroline Coelho Leal Árias** (docente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF)

O presente trabalho visa compartilhar experiências de ações desenvolvidas pelo grupo do Projeto de extensão: Unidade de Palhaçada Intensiva – UIP: a palhaçoterapia no Vale do São Francisco no período de 2012-2013. O projeto se fundamenta na perspectiva da humanização do cuidado a partir da técnica ludo-artística nomeada de palhaçoterapia, a qual se utiliza da arte clownesca para intervenções em hospitais. Tal iniciativa baseia-se na ideologia do Dr. Hunter Patch Adams, conhecido mundialmente pelo filme Patch Adams – O amor é contagioso (1998). O clown em português significa palhaço e é utilizado para modalidades de humanização hospitalar conhecida como Clown Therapy. O objetivo do projeto é promover o bem-estar aos pacientes durante a hospitalização, na tentativa de humanizar a prática em saúde. Essa postura visa colaborar com o aumento da autoestima do paciente, aliviando possíveis efeitos psicológicos causados pelo processo de adoecimento, estabelecendo ao longo das intervenções relações de vínculo, de amizade e confiança entre quem cuida e é cuidado. Atualmente contamos com 22 estudantes da área de enfermagem, psicologia e medicina da UNIVASF atuando no Hospital de Urgências e Traumas e no Hospital Dom Malan em Petrolina-PE, os quais vivenciam experiências únicas e ricas, relatadas em diários após as atuações. Percebemos que através da palhaçoterapia possibilitamos ao futuro profissional de saúde ferramentas e experiências que permitem uma reflexão compreensiva sobre inúmeros aspectos do cuidar, valorizando a relação afetiva e a humanização como base essencial do cuidado em saúde.

**Palavras-Chaves:** palhaçoterapia; humanização hospitalar; vínculo; saúde.

## A UTILIZAÇÃO DA MÚSICA DURANTE A QUIMIOTERAPIA: CUIDAR EM ENFERMAGEM.

---

<sup>1</sup> Karla Lessa Barros (Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem na Faculdade Integrada Tiradentes - FITS/ Integrante do grupo de pesquisa PROCUIDADO da Universidade Federal de Alagoas - UFAL);

**Karla Lessa Barros<sup>1</sup>**; Maria Silvana Santos de Farias<sup>2</sup>; Patrícia Buriti Cardoso<sup>3</sup>;  
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza<sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a influência da música na pessoa que está sendo submetida à sessão quimioterápica. A vida de um paciente oncológico, submetida a sessões quimioterápicas, é repleta de sentimentos dos mais variados possíveis. O câncer é uma incógnita e por isso, gera na vida do indivíduo uma série de inseguranças. É fato comprovado que a maioria das pessoas responde com medo e ansiedade a qualquer experiência desconhecida.

A inquietação com a situação vivenciada pelo paciente que está enfrentando quimioterapia nos levou a procurar na literatura alguns métodos terapêuticos que pudessem contribuir com uma melhor qualidade no cuidado ao mesmo. Ao aprofundar nossas leituras sobre o tema, vimos que na busca de novas técnicas para tratar e controlar o estresse e a ansiedade, cientistas vêm descobrindo princípios que permitem uma abordagem não invasiva, através de respostas específicas que nosso cérebro efetua mediante alguns estímulos, dentre eles, a música.

A musicoterapia é bastante ampla e pode ser definida, para a enfermagem, como a utilização criteriosa da Música, enquanto recurso complementar no cuidado ao ser humano, visando à restauração do equilíbrio, do bem-estar e, em muitos casos, a ampliação da consciência individual no processo saúde-doença.

Segundo Ruud (1991, p.87) uma das justificativas para o uso da música como terapia é que há influência no corpo através de estímulos sonoros enviados ao cérebro. Não é segredo que ritmo, melodia, harmonia e instrumentos podem trazer bem-estar. Isso porque os sons podem estimular a liberação de serotonina, o neurotransmissor envolvido nas sensações de prazer e relaxamento. O relaxamento obtido provoca uma sensação de bem-estar e a atenção fixa-se em algo agradável, desviando-se da tensão e dor.

Numerosos estudos têm mostrado o grau em que o estresse, o pessimismo e o sentimento de desesperança abatem os aspectos do nosso sistema imunológico (GAYNOR, 1999, P.61). A música seria então, em certa medida, uma alternativa que poderia ser utilizada pelas pessoas, durante o tratamento. Segundo Gaynor (1999, p.28), a música na prática da Enfermagem tem sido apontada como recurso terapêutico complementar no manejo e controle da dor aguda e crônica.

A realização desse estudo é relevante uma vez que o trabalho com a música, ainda não é difundido pela grande maioria dos profissionais de saúde e, através de buscar meios para uma nova e confortável forma de cuidar, a enfermagem poderá

---

<sup>2</sup> Maria Silvana Santos de Farias (Enfermeira integrante do grupo PROCUIDADO da Universidade Federal de Alagoas - UFAL);

<sup>3</sup> Patrícia Buriti Cardoso (Enfermeira integrante do grupo PROCUIDADO da Universidade Federal de Alagoas - UFAL);

<sup>4</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza (Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas - UFAL).

utilizá-lo como um valioso processo de humanização, sendo esta uma alternativa criativa, simples e eficaz no combate aos transtornos psicossomáticos, físicos e espirituais do ser humano.

## **OBJETIVO**

Verificar a influencia da musica na pessoa que está sendo submetida à sessão quimioterápica.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa. O local onde ocorreu o estudo foi o setor de quimioterapia do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA). Participaram deste estudo dez (10) pacientes do HUPAA, com diagnóstico de câncer, que se encontravam em tratamento quimioterápico. Três (3) eram do sexo masculino e sete (7) do sexo feminino. A faixa etária variou de 17 a 73 anos. O período de realização das entrevistas ocorreu de 17 a 30 de Novembro de 2004. Para a apreensão dos relatos foram realizados os seguintes instrumentos: entrevista semi-estruturada, diário de campo, e procedimentos de organização e análise dos dados, dividida em três momentos: antes, durante e após a escuta e reflexão das musicas e mensagens durante a sessão quimioterápica.

Colocávamos as músicas quando os pacientes iam iniciar o uso do medicamento quimioterápico propriamente dito e permanecia durante toda sessão quimioterápica. Logo após o término da administração da medicação e da escuta do CD, a qual continha músicas nacionais, com letras que pudessem levar a reflexão, e mensagens com palavras que repassassem conforto e positividade ao paciente, iniciávamos o processo da entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada em fita k-7 para obter informações contidas na fala dos envolvidos no estudo, sendo posteriormente, transcritas na integra. Segundo Minayo (1998, p.108) a entrevista semi-estruturada combina questões abertas e fechadas, onde o entrevistador tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador, sendo dados obtidos na entrevista referente às atitudes, valores e opiniões dos indivíduos.

Para proceder a apresentação e análise dos resultados, nos baseamos na Teoria Fundamentada (TFD), por ser um modelo que permitiu uma maior aproximação com o objeto de estudo e pelo seu grande valor nas áreas não exploradas ou naquelas cuja literatura é insuficiente por não oferecer modelos teóricos representativos da experiência de pessoas que utilizaram a musica durante o tratamento quimioterápico. Segundo Trezza a Grounded Theory, ou teoria fundamentada nos dados, como foi traduzida para o português, mais que um método para coleta e análise de dados qualitativos, é uma abordagem para a condução de pesquisa de campo (TREZZA, P.25).

Os dados foram organizados e interpretados a luz referencial de Minayo, Neto, Trezza e de outros autores que esclarecem alguns achados. A partir desses referencias, foi avaliado, baseando-se na compreensão da fala dos entrevistados, se a música ou mensagem trouxe alguma contribuição para o que estava sentindo aquele paciente, e identificando que tipos de reações produziram no sujeito da pesquisa .

Este estudo procura apenas fazer emergir da experiência vivenciada pela pessoa envolvida, algum conhecimento que poderá se fazer importante para a utilização da música como uma terapia não convencional, com a possibilidade de auxiliar outras pessoas que também se submeterão ao tratamento quimioterápico. Portanto para identificar a influência da música para as pessoas estudadas, essa metodologia parece apropriada, por fornecer os elementos que permitirão compreender e explicar a experiência.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, para análise e aprovação.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Uma vez que propusemos verificar nesta pesquisa acerca da influência da música na pessoa que está sendo submetida ao tratamento quimioterápico, pudemos constatar que para a maioria das pessoas estudadas, a música influenciou diretamente durante a sessão quimioterápica na medida em que favoreceu a diminuição das reações sentidas anteriormente, proporcionou relaxamento, fez passar o tempo, provocou sensações positivas, ajudou a superar a dor, o medo do desconhecido, levou a refletir sobre a vida, como também reavivou o sentimento de coragem, perseverança e luta. Diante do exposto, foram esses os significados mais relevantes e que tentamos compreender durante todo processo de construção da análise dos sujeitos.

No entanto, ao que se refere ao nosso ponto de vista sobre esta experiência, gostaríamos de compartilhar diante da percepção que tivemos durante a realização da mesma, sobre a importância dos profissionais de saúde em buscar outras formas de cuidar do ser humano, para que proporcionem aos mesmos um ambiente que lhes favoreça lidar de uma melhor maneira com o processo de sua doença.

Portanto se faz necessário que os profissionais de saúde que trabalham arraigados às modalidades terapêuticas convencionais, caminhem rumo a uma maior aceitação das abordagens complementares reconhecendo que estas também podem ser utilizadas como um valioso instrumento de cura. E assim, diante do que foi vivenciado por nós para que pudéssemos chegar ao término desta pesquisa, ficamos a pensar na estrada que teremos que percorrer, para que enquanto enfermeiras possamos exercer verdadeiramente o nosso papel na vida das pessoas que cruzarão nossos caminhos. Tudo que devemos fazer é simplesmente nos apaixonarmos pela nossa missão e só assim, conseguiremos a humanização tão falada e ainda tão pouco praticada pelos que fazem a saúde neste nosso País.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. H. C. **A Enfermagem e a Psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 1999. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BARANOW, A. L. V. **Musicoterapia uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

GAYNOR, M.L. **Sons que curam**. São Paulo: Cultrix, 1999.



MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

NETO, O. C. **O trabalho de campo como descoberta de criação.** In.; DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 5.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

OTTO, S. E. Oncologia. Rio de Janeiro: Reichmanm e Affonso editores, 2002.

RUUD, E. **Caminhos da musicoterapia.** São Paulo: Sammus, 1990.

SIMONTON, O. C.: SIMONTON, S. M.; CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer.** 6.ed., São Paulo: Summus Editorial, 1987.

TREZZA, M. C. S. F. **Construindo, através do câncer as possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver: uma contribuição da enfermagem.** 2002.279f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

## I P I C S N E

### USO DA MÚSICA E DE OUTROS SONS FAMILIARES NA UTI

**Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto** (Graduanda pela Universidade Federal de Alagoas -UFAL)

**Leila Chaves Vieira** (Enfermeira graduada de Universidade Federal de Alagoas – UFAL); **Rosana da Silva Duarte** (Enfermeira graduada de Universidade Federal de Alagoas –UFAL)

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.**(Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas-ESENFAR/UFAL)

### INTRODUÇÃO

Este objeto de estudo originou-se da participação em reuniões do grupo de pesquisa PROCUIDADO, que estuda formas não convencionais de cuidar do ser humano. Por meio de frequentes reuniões, alcançou-se o conhecimento de algumas terapias, objetivando-se com isso contribuir para um tratamento humanizado a pessoas internadas.

É bom frisar, que a UTI causa estranheza aos pacientes em seu primeiro contato, sendo entendido pelas mesmas como um ambiente desagradável, composto por pessoas desconhecidas onde vai receber tratamento diferente dos que lhes foram concedidos até então.

Focou-se na musicoterapia, pois a música e, em especial, aquela que a pessoa gosta, poderia ser uma forma de amenizar a solidão e angústia que viessem acometer essas pessoas, que muitas vezes estão isoladas de outras por meio de

aparelhos ou simplesmente pelo fato de estar internado numa UTI, ambiente que para muitos usuários causa sensação de incapacidade e até “morte”.

Os primeiros relatos escritos sobre a influência da música como terapia vem dos antigos hindus. Também foram encontradas referências em antigos papiros egípcios em 1889, e foi ganhando mais espaço a partir da Renascença, chegando ao seu auge na época moderna após a Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, segundo Campadello (1995, p.196) a musicoterapia foi reconhecida como uma terapia, e conquistou seu espaço no cenário da medicina dos EUA.

Para Backess, Sdine, Oliveira, et. all (2003, p 37), os componentes básicos da música são o ritmo, a melodia e a harmonia, os quais também estão presentes no nosso organismo, como por exemplo, o ritmo cardíaco, a sincronização rítmica ao caminhar, a melodia e o volume de nossas vozes ao falar.

Em relação aos efeitos da música no corpo humano, ficou cientificamente provado que a música estimula os hormônios ACHT e MSH, que atuam na concentração e retenção visual podendo resincronizar e harmonizar o organismo, uma vez que vai exercer influência em todos os sistemas do corpo. Segundo Tame citado por Backess et al (2003, p. 41), é difícil encontrar uma única fração do corpo humano que não sofra influência de tons musicais. Reforçando esta afirmativa, está demonstrado que:

A música também influencia reduzindo o nível das catecolaminas presentes no sistema nervoso central baixando a pressão sobre as paredes dos vasos. A música leva a imaginação, que parece influenciar a rede do cérebro que determina experiências emocionais (sistema límbico) onde os neuroquímicos liberam as endorfinas, encefalinas, opioides endógenos naturais do corpo aliviando a dor. A presença de neuroquímicos naturais do corpo, como as endorfinas, encefalinas e a serotonina, tem um papel fundamental na analgesia (GIANNOTTI e PIZZOLI, 2004, p. 38).

Portanto, considerando a literatura científica, buscamos por meio deste estudo promover um bem-estar desses pacientes na UTI e aproximação dos mesmos com seus entes queridos, por meio de sons familiares. Sejam esses sons, músicas preferidas, mensagens com a voz de algum familiar, preces ou leituras que anteriormente foram apreciadas por eles. Assim, tornou-se uma terapia por meio de estímulos auditivos e não apenas pela utilização da música. Desta forma, buscou-se uma melhor forma para denominar este assunto, enquadrando como uma terapia por meio de estimulação auditiva, ou seja, Audioterapia.

A interpretação do som ouvido perpassa por um série de etapas. Para Campadello (1995, p. 189), o som é o resultado físico da vibração sonora de um corpo quando este é tirado do seu estado de repouso provocado por um choque, batida, percussão, atrito entre outros. Essas vibrações são percebidas dentro de uma certa faixa pelos nossos órgãos auditivos. Uma vez percebidos podem provocar a expressão de vários sentimentos da alma, sejam eles agradáveis ou não.

Lawson (1998, p. 66), relata que aquilo que ouvimos é transformado no cérebro em mensagens bioelétricas. Estas mensagens encarregam-se de estimular a formação de endorfinas (...) altos níveis de endorfina estão associados ao otimismo e ao bem-estar; enquanto que níveis baixos correspondem a estados de pessimismo e depressão.

Na realidade do Estado de Alagoas, uma descoberta importante foi a da musicista Heather Dea Jenings e do físico Madras Gandhi, professores da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) que, após cinco anos de estudos, conseguiram provar em 2004 que a música, além de poder ser analisada

quantitativa e cientificamente, tem relevância sobre a saúde. Eles descobriram que gráficos formados pelos sinais de áudio gravados em CDs são iguais aos de Eletrocardiograma (EC) e Eletroencefalograma (ECG), ou seja, que a frequência musical tem as mesmas ondas existentes no cérebro e no coração.

A compreensão de que poderíamos contribuir para uma aproximação paciente-família por meio de estimulação auditiva, trouxe alegria e vontade de seguir em frente com a pesquisa, pois há uma preocupação em fortalecer a importância do cuidado holístico do ser humano. Por meio desse estudo, pressupomos ser uma nova forma de cuidar, mais humanizada, para as pessoas que se encontram em UTIs, assim como nos Centros Cirúrgicos, Enfermarias, Unidades de Queimados, Clínicas Psiquiátricas, pessoas que não são tratadas em sua própria residência, dentre outros setores.

## **OBJETIVO**

Identificar se pacientes internados em UTI, quando ouvem música e outros sons familiares, através de fone de ouvido, apresentam reações a esse estímulo; que tipo de reações são essas e se a experiência teve algum significado para as pessoas submetidas a ela.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos escolhidos para desenvolvimento dessa pesquisa foram as pessoas que estavam internadas Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), no setor da UTI Geral, a mesma composta por seis leitos no período para a coleta de dados, que se deu de Agosto de 2004 a Junho de 2005, sem nenhuma restrição de estado de consciência, idade, sexo e patologia, desde que fossem autorizadas pela equipe responsável.

Para a produção de informações necessárias para o andamento desta pesquisa, foram desenvolvidos determinados instrumentos, foram eles: Formulário de entrevista semiestruturado para os pacientes e familiares que participaram da pesquisa; fitas gravadas com sons personalizados; diário de campo; testes de adaptação e análise de dados.

Para análise dos dados não foi utilizado um referencial teórico específico. No entanto, para fundamentar os achados buscamos na literatura alguns autores que corroboram das mesmas inferências e constatações encontradas.

(...) aspirante a pesquisador de academia, ou mesmo o veterano professor universitário, saibam que poderão criar (conceber) sua própria técnica no empreendimento de investigação que desejam levar a cabo, caso note que isto lhe trará maiores benefícios do que lançar mãos de uma técnica que conste dos manuais credenciados. O usuário deverá obviamente ser inteligente o suficiente para definir literalmente a técnica criada, mostrando sua consciência metodológica interna, assim, como a coerência de seus passos (...) (TURATO, 2003, p 438).

Dessa forma criou-se um modo de fazer, utilizando na pesquisa os tipos de estudos acima mencionados e que se aplicaram em seus momentos buscando descrever suas fases e apresentá-las da forma mais coerente o possível.

## **CONCLUSÃO**

Esse estudo se propôs a responder se a música e os sons familiares causavam alguma impressão em pacientes internados em UTI Geral; se causassem que tipos de impressões seriam essas e se foram benéficas ou não para a pessoa submetida à experiência. Impressão nesse estudo foi entendida como o estado físico ou psicológico resultante da música e dos sons familiares sobre os órgãos dos sentidos ou por intermédio deles no corpo ou na mente dos sujeitos estudados. Assim, ao realizamos a experiência, chegamos a determinadas conclusões.

Não foi a ação isolada de colocar música e os sons familiares, através de fone de ouvido, para serem apreciadas por pacientes que estão internados em UTI Geral, que provocou todas as impressões percebidas, e sim o conjunto de toda experiência, ou seja: o envolvimento da família, a presença das pesquisadoras durante os testes, interagindo e cuidando das necessidades que os pacientes apresentavam e as condições do ambiente onde se realizou a pesquisa.

A experiência causou impressões de variados tipos nos sujeitos desse estudo, tais como: impressões de estarem melhor das sensações desagradáveis que sentiam (dores, insônia, alucinações, aflição e agonia); impressões de bem-estar, de alegria, de relaxamento e de estarem sendo confortados; impressões de estarem se divertindo, ou seja, dançando, cantando; impressões de estarem próximo daquilo que gostam (seus familiares, sua casa, suas músicas e orações preferidas); impressões de terem companhia e não estarem mais sozinhos; de estarem revivendo momentos bons que passaram pelas recordações que lhes trouxeram; e de que se sofrimento foi aliviado.

As impressões foram benéficas, pois trouxeram sensação de bem-estar, conforto, recordações agradáveis, alívio de sensações desagradáveis, distrações e divertimento. No entanto, como era de se esperar, ambiente influiu na apreensão das impressões quando ele não foi propício no que se refere a ruídos e movimentos. As impressões são mais bem desencadeadas quando é oferecido ao paciente a música e os sons familiares que lhe são próprios, quando os instrumentos e meios que lhe oferecemos são personalizados e quando as preferências do momento, intensidade e duração da experiência ficam a critério de cada sujeito. A experiência também causou boa impressão nos familiares, uma vez que diminuiu a ansiedade deles pelo fato de estarmos sempre informando como seu ente querido reagiu ao ouvir sons que lhe eram familiares, proporcionando a participação desses em busca de uma possível melhora de seus entes queridos.

Diante dessas constatações sugerimos: que os profissionais de enfermagem da UTI utilizem essa forma de cuidar em enfermagem como uma intervenção de enfermagem por trazer benefícios indescritíveis; que as fitas usadas sejam personalizadas, estimuladas e confeccionadas pela família, respeitando critérios estabelecidos entre paciente familiares e profissionais levando em consideração sons que transmitem alegria, mensagens positivas, de conforto e de paz; que respeitem as preferências dos pacientes no que se refere a duração, intensidade e frequência; que os hospitais tenham aparelhos que possam proporcionar esse tipo de experiência; e que se procedam outras pesquisas que possam avaliar essas impressões sobre outros parâmetros, tais como medidas dos níveis de serotonina, endorfinas, bem como células componentes do Sistema Imunológico que são diretamente ligados a sensações de prazer, relaxamento, amor e defesa pessoal.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D, S; Ddine, S, C; OLIVEIRA, C. L. e BACKES, M. T. S. Música: Terapia Complementar no Processo de Humanização numa CTI **Nursing**, São Paulo, v.66, PP. 37-42, Nov. 2003.

CAMPADELLO, P. **Musicoterapia na autocura**. São Paulo: Maltese, 1995.

GIANNOTTI, L. A. e PIZZOLI, L. M. L. Musicoterapia na Dor: Diferenças entre os Estilos Jazz e New age. **Nursing**, São Paulo, v.71, PP.35-40, Abr. 2004.

LAWSON, J. Endorfinas: A droga da Felicidade. Traduzido por: Suzana Barrios. Santa Catarina: EKO, 1998. 91p.

TURATO, E. R. Tratado da Metodologia Clínico- Qualitativa: Construção teórico-epistemologica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Vozes, 2003. 687p.

## **A MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA PARA O ALÍVIO DA DOR: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**Rafaela do Carmo de Carvalho** (UNIFACS, Discente); **Andressa Oliveira Matias** (EBMSP, Discente); **Jéssica Borges Kroth** (UNEB, Discente); **Marcela Silva Vieira** (EBMSP, Discente)

**Maria Emília Santos Pereira Ramos** (EBMSP, Docente).

### **INTRODUÇÃO**

Terapias Alternativas/Complementares compreendem técnicas que visam a assistência de saúde ao indivíduo, seja na prevenção ou no tratamento, considerando-o como um todo - corpo/mente/espírito<sup>1</sup>. Apesar dos notáveis avanços realizados pela medicina convencional, tem havido um crescimento exponencial no interesse e no uso das medicinas alternativas e complementares. Estas são maneiras diferenciadas de cuidar, que vêm ganhando cada vez mais espaço no país; à exemplo de: acupuntura, toque terapêutico, florais, ioga, massagem e musicoterapia.

A musicoterapia é um processo multidisciplinar e sistemático de intervenção em que o terapeuta promove a saúde do paciente através da utilização de experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas, trabalham com a matéria música, altamente expressiva, inerente ao ser humano, capaz de produzir emoções e reações. A música é uma combinação de sons rítmicos, harmônicos e melódicos, sendo utilizada de forma terapêutica por séculos. Por mais que a ciência tenha avançado, a compreensão de como ela exerce influência sobre os seres humanos constitui, ainda, um desafio e um campo a ser explorado.

A música tem acompanhado o homem desde os primórdios da humanidade; há relatos em diferentes documentos históricos sobre seus poderes curativos e preventivos, em diversas culturas. À exemplo dos povos primitivos que acreditavam na ideia de um mundo povoado por espíritos, estes seriam responsáveis pelos malefícios ou benefícios sobre a humanidade, sendo o tratamento de doentes responsabilidade do feiticeiro que, dentro dos seus procedimentos mágicos, utilizava músicas cerimoniais a fim de apaziguar o espírito responsável pela enfermidade.

Outro marco histórico ocorreu em 1859, através da utilização da música como forma de cuidado à saúde e humanização pela primeira vez por intermédio da enfermeira Florence Nightingale. Essa prática foi utilizada junto aos veteranos da Guerra da Crimeia como recurso terapêutico para alívio da dor física e emocional dos soldados feridos.

A musicoterapia é uma técnica que vem sendo implementada, principalmente para o alívio da dor, de forma complementar ao tratamento farmacológico; para que, sinergicamente produzam melhores resultados. Essa associação se mostra importante, a exemplo dos recentes dados nos quais são estimados que 7% a 40% da população mundial sofre de algum tipo de dor. Desta forma, ressalta-se a importância do estudo da Musicoterapia para os profissionais de saúde, pois o conhecimento aprofundado sobre seus princípios pode aprimorar as intervenções terapêuticas no alívio da dor.

Nesse contexto, objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico acerca do efeito da música no alívio da dor.

## **MÉTODOS**

Este estudo tem caráter exploratório de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, no qual foi realizado um levantamento bibliográfico que utilizou como fonte de coleta de dados publicações encontradas nas bases de dados MEDLINE, SCIELO e LILACS, no período de 1988 a 2011. Como critério de inclusão, elegeram-se publicações na forma de artigos (revisão, pesquisa, dissertação, relatos de experiências e estudos de caso) desde que apresentassem as palavras-chave: Musicoterapia, Dor. Os artigos selecionados deveriam estar publicados na íntegra e na língua portuguesa. O processo inicial de avaliação do material bibliográfico consistiu na leitura dos resumos e elaboração de fichamentos, com a finalidade de selecionar somente os que atendessem aos objetivos do estudo. Identificaram-se 30 publicações e dentre elas, 9 continham os critérios de inclusão. De posse dos artigos, a etapa seguinte se constituiu de leitura seletiva, exploratória e analítica dos resumos. Após análise do material, os trabalhos foram classificados quanto aos objetivos e as principais conclusões. Os resultados foram agrupados em três categorias: Efeitos fisiológicos da música; Efeitos da musicoterapia no paciente; e Técnicas de intervenção musical.

## **RESULTADOS**

### **EFEITOS FISIOLÓGICOS DA MÚSICA**

Os efeitos fisiológicos da música são percebidos à nível sensorial, hormonal, psicológico e fisiomotor, tais como: liberação de adrenalina, redução da fadiga e tônus muscular, aumento do limiar de dor, aceleração no metabolismo, regulação da

frequência respiratória, variações da pressão arterial, aumento no limiar de estímulos sensoriais, melhorando atenção e concentração. A música é transmitida no ápice das membranas auditivas, onde estão presentes células sensitivas com cílios. Estes se deslocarão da membrana, liberando substâncias químicas que conduzem impulsos nervosos ao cérebro, pelas fibras nervosas. O som irá atuar no sistema límbico, liberando o hormônio adrenocorticotrófico, pela hipófise, que circula na corrente sanguínea até chegar às glândulas suprarrenais, liberando cortisol que está ligado a serotonina e assim, aumento da sensação de prazer e bem-estar.

## **EFEITOS DA MUSICOTERAPIA NO PACIENTE**

A música promove diversas reações e os seus efeitos não podem ser separados, e sim, vistos de forma global e complexa, ela afeta o corpo diretamente, sobre as células e órgãos; e indiretamente, mobilizando as emoções e influenciando nos processos corporais, proporcionando bem-estar. Trabalhos recentes apontam que a música pode reduzir a tensão e a ansiedade ocasionadas por situações estressantes, como a hospitalização, além de contribuir para a diminuição da dor e melhorar a qualidade do sono, é, portanto, um valioso método de distração. Na maior parte dos pacientes estudados houve relatos de redução e alívio da dor devido ao aumento do limiar após a sessão musical. Os pacientes também expressaram em suas falas que a música promoveu a liberação de bons sentimentos e boas lembranças, bem como esquecimento de seus problemas pessoais.

## **TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO MUSICAL**

A realização da musicoterapia deve ser constituída um plano terapêutico com avaliação, desenvolvimento da intervenção e monitoramento do progresso. Para se obter uma intervenção musical eficiente, devem-se considerar alguns aspectos como: Preferência musical; Tempo de intervenção, aspecto esse dependente da vontade e disponibilidade do paciente; Atributos e natureza da música, como: ritmo, melodia, harmonia, tom e volume; Idade; Estágio do desenvolvimento cognitivo; Acuidade auditiva. Músicas mais lentas, calmas e com tons mais graves são utilizadas quando se deseja proporcionar sensações de tranquilidade, relaxamento e diminuição do estado de alerta, atributos que podem reduzir a ansiedade, o ritmo da respiração e dos batimentos cardíacos, e a agitação do paciente.

## **MÚSICA: UM CAMINHO PARA O ALÍVIO DO DOR**

Estudos revelam que a música tem sido utilizada em diversos setores da saúde, apresentando-se como uma terapia complementar ao tratamento farmacológico em diversas situações clínicas. Segundo BERGOLD e ALVIM (2009; 2011), as relações desenvolvidas entre música, saúde e cultura sustentam a utilização da música como finalidade terapêutica, considerando a influência desta no contexto cultural do sujeito e relacionando-a a eventos significativos de sua vida, através de estímulos da expressão de sentimentos e narrativas de vivências, não apenas atrelado à patologia, mas às próprias experiências pessoais.

Vale ressaltar que uma das finalidades terapêuticas da música é que, a partir de uma vivência musical, se possa alcançar experiências verbais ou corporais, partindo do pressuposto que ocorre alterações na perspectiva: saindo do foco da

doença, para o da saúde, através da promoção do relaxamento, distração, descontração, conforto e bem – estar; apesar de muitos autores acreditarem que ela serve apenas para o entretenimento.

É importante reconhecer que a influência da música não promove apenas a distração, ou “fuga da realidade”, mas também contribui para percepção do ser – humano de forma holística. Em uma pesquisa com adolescentes oncológicos que foram submetidos a sessões de musicoterapia, apontou-se que a utilização da música contribui para uma reavaliação positiva da sua situação, auxiliando-os a enfrentar o estresse do adoecimento, através da expressão emocional.

Outro estudo realizado com pacientes em sessões de hemodiálise, que utilizaram a musicoterapia no decorrer destas, apontou que a maioria deles não esperavam melhoras, mas teve aceitação universal, por não ser um tratamento invasivo. Entretanto, após a terapêutica com música, observou-se uma melhora nos estados de humor, o que colaborou para a influência da mesma no bem – estar das pessoas no ambiente hospitalar, relatadas pelos próprios pacientes.

Os resultados deste estudo apontam que os benefícios da utilização da intervenção musical para tratamento de disfunções podem ser percebidos tanto a níveis fisiológicos quanto psicológicos, em pacientes de todas as idades. A música por se tratar de uma intervenção de baixo custo que não é invasiva, pode ser utilizada visando-se promover o alívio da dor, de forma complementar ao tratamento farmacológico. Desta forma, pode-se concluir a importância do estudo para profissionais de saúde, pois o conhecimento aprofundado sobre seus princípios pode aprimorar as intervenções terapêuticas e contribuir para uma melhor assistência no tratamento e alívio da dor.

#### REFERÊNCIAS:

BORCHGREVINK, H.M., O cérebro por trás do potencial terapêutico da música. In: **Ruud E. Música e saúde**. 2a ed. São Paulo: Summus; 1991.

COSTA, C.M., O despertar para o outro. 1ª edição. São Paulo: Summus Editorial, 1989.

DOBBRO, E.R. A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1998.

ELER, G. J.; JAQUES A. E.; O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. **Rev. Arquivo de Ciência e Saúde Unipar**, v. 10, n. 3, p. 185 - 90, Umuarama, 2006.

FERREIRA, C. C. M.; REMEDI P. P., LIMA R. A. G. de, A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível?. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, vol. 59, n. 5, p. 689 - 93, São Paulo, 2006.

FIGUEIRÓ, J.A.B., TEIXEIRA, M.J. Aspectos psicossociais relacionados a dor. In: TEIXEIRA, M.J, et. al. Dor: conceitos gerais. São Paulo, Limay ,1994. p.42-5.



FRANCO M., RODRIGUES A. B.; A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. **Rev. Einstein**, vol. 7, n. 1, p. 147 - 51, São Paulo, 2009.

GONÇALEZ D. F. de C., NOGUEIRA A. T. de O., PUGGINA A. C. G.; O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: Uma revisão bibliográfica. **Rev. Cogitare Enfermagem**, vol. 13, n. 4, p. 591-6, São Paulo, 2008.

HATEM T. P., LIRS P. I. C., MATOS S. S., Efeito terapêutico da música em crianças em pós – operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Jornal de Pediatria**, vol. 82, n. 3, pag. 186 – 92, Rio de Janeiro, 2006.

## **ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA CEFALÉIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL**

**Jacqueline de Sousa Lima** (UFRB,discente); **Alane de Jesus Santos Lôbo** (UFRB,discente); **Camila Luz Oliveira** (UFRB,discente); **Isamara Pereira** (UFRB,discente); **Franklin Demetrio** (UFRB,Professor);

Na Conferência de Alma Ata (1974), se propôs a inclusão das “naturopatias” como forma de resolver os problemas de saúde com eficiência e eficácia. O uso de terapias alternativas e complementares tem crescido em todo o mundo, inclusive por pacientes com dor crônica, a exemplo da cefaléia, bem como por aqueles com doenças crônicas não transmissíveis como, hipertensão e diabetes. No Brasil, a demanda por práticas integrativas e complementares em saúde tem aumentado. As práticas integrativas e complementares em saúde foram implementadas no SUS em 2006 na tentativa de oferecer um cuidado integral que complemente o modelo biomédico, proporcionando ampliação do leque de terapias aos usuários. O objetivo deste trabalho é revisar a literatura específica identificando pesquisas que se voltaram para o uso da acupuntura como prática integrativa e complementar no tratamento da cefaléia. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, SCIELO e LILACS por meio do uso dos termos acupuntura, cefaléia e medicina alternativa. Foram encontrados 15 estudos; a maioria das pesquisas que utiliza a acupuntura para o tratamento das cefaléias apontam que há significativa redução da intensidade e frequência das dores. Para a OMS o efeito da acupuntura em portadores de cefaléia tem eficácia similar à terapia alopática, mas sem efeitos colaterais. Estudos dessa natureza se faz necessário por possibilitar conhecer o panorama do uso das práticas integrativas e complementares no tratamento de dores crônicas, em especial a cefaléia, podendo subsidiar a prática profissional e formulação de estratégias de cuidado em saúde.

**Palavras-Chave:** cefaléia; acupuntura; práticas integrativas e complementares; sistema único de saúde.

## **AYURVEDA NO SUS: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES E COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS.**

**Karina Cenci Pertile** (enfermeira / terapeuta ayurvédica – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa)

### **INTRODUÇÃO**

O Ayurveda, sistema médico proveniente da Índia, é datado de aproximadamente 5 mil anos e conhecido como a “ciência mãe”, de onde emanaram todas as outras racionalidades médicas do mundo (Carneiro, 2009).

O termo Ayurveda é descrito como “conhecimento da vida”, entendendo que a vida é uma manifestação complexa e deve ser definida como a combinação do corpo (sarira), sentidos (indriajas), mente (sattwa) e espírito (atma). A saúde, segundo o ayurveda, deriva de uma combinação de diversos aspectos vitais do ser humano, e representa o equilíbrio dos princípios vitais (doshas), das enzimas metabólicas e digestivas (agni), do adequado funcionamento dos tecidos (dathus), dos produtos secundários do metabolismo e das excretas humanas (malas) (Carneiro, 2009). Constitui-se enquanto uma racionalidade médica já que descreve uma cosmologia própria, assim como uma doutrina médica, uma morfologia, fisiologia ou dinâmica vital, um sistema de diagnóstico e um sistema de intervenção próprios, critérios definidos por Luz (1996) como comuns a todas as medicinas tradicionais enquadrados na categoria “racionalidade médica”.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada no ano de 2006 com o intuito de fortalecer os princípios da universalidade e integralidade no SUS, contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (Brasil, 2006). Porém, ainda que o Ayurveda, assim como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, seja reconhecido como uma racionalidade médica, o mesmo não está contemplado na PNIC.

O município de João Pessoa, extrapolando os limites propostos pela PNPIC, optou por incluir na sua oferta de serviços práticas reconhecidas pela OMS, mas que não estão contempladas na política nacional. Entre elas está o Ayurveda, que vem sendo oferecida a população usuária do SUS desde setembro de 2012, no Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS) Equilíbrio do Ser.

### **OBJETIVO**

Relatar a experiência de trabalho como terapeuta ayurvédica em um centro de PICS do município de João Pessoa e discutir as fortalezas e fragilidades da implantação dessa terapia

### **AYURVEDA NO CENTRO DE PICS EQUILÍBRIO DO SER: PANORAMA ATUAL**

O CPICS Equilíbrio do Ser está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como um serviço de atenção secundária e o acesso se dá por demanda espontânea, sendo que a procura ao serviço está na proporção de 1000 pessoas/mês. O serviço conta com um terapeuta ayurvédico, formado pela escola da Associação Brasileira de Ayurveda (ABRA) e, desde o início

de funcionamento, algumas adaptações foram necessárias no que se refere ao formato da consulta e dos atendimentos. Uma das situações mais recorrentes com a qual é preciso lidar é o fato da maioria das pessoas confundirem ayurveda com massagem ayurvédica, desconsiderando o fato de que a massagem é apenas uma das inúmeras possibilidades terapêuticas dentro do ayurveda - ousou dizer que a massagem está para o ayurveda assim como a acupuntura está para a medicina tradicional chinesa -. Então, para se utilizar da massagem de forma adequada, é preciso fazer um grande mapeamento do desequilíbrio da pessoa, na perspectiva do ayurveda, sendo que algumas vezes esse não é o melhor recurso terapêutico. De qualquer forma, ainda enfrentamos outra situação: existe uma massagem terapêutica que foi desenvolvida por Kussun Modac, uma indiana contemporânea, que se utilizou dos princípios do ayurveda, posturas e alongamentos provenientes do yoga e técnicas de meditação, integrando esses três elementos na técnica que desenvolveu. Esse método tem sido chamado de “massagem ayurvédica” e quase a totalidade das pessoas que buscam atendimento chegam esperando essa terapia, que é uma prática que traz inúmeros benefícios, mas que não é indicada a todos os biótipos e não é um recurso terapêutico descrito no ayurveda.

Ao chegar para a primeira consulta, o usuário é submetido a uma anamnese ayurvédica, espaço onde o terapeuta determina o diagnóstico do desequilíbrio e inicia o delinear de um plano de cuidado. As práticas corporais iniciam na semana seguinte e, pelos recursos materiais que estão disponíveis, acontecem através de abhyanga ou udvartana e da estimulação dos pontos marma. O serviço disponibiliza apenas de óleo de semente de uva, adequado quando se pensa em pacificar Pitta, porém, em muitos casos – ousou dizer que na maioria deles – a procura pelo atendimento se dá por desequilíbrios do tipo Vata. Nesses casos, o terapeuta, por conta própria, acaba utilizando óleos essenciais, diluídos no óleo carreador disponível que funcionam para pacificar esse dosha. Nos casos de desarmonia de kapha, são utilizados pós-medicados preparados pelo terapeuta, também com recursos próprios.

Os tratamentos ayurvédicos são divididos em Shamana - Purva Karma - e Shodana - Pancha Karma – (Carneiro, 2009). Considerando a falta de condições físicas e materiais e a garantia de oito atendimentos por usuário, com retornos semanais, compreendemos que, nesse momento, é possível encaminhar para a terapia ayurvédica apenas pessoas que apresentem quadros de saúde inscritos nos quatro primeiros estágios da doença, fase em que os sintomas já são perfeitamente visíveis, mas a doença ainda não “ganhou um nome”, ainda não tem um “diagnóstico fechado” pela perspectiva da medicina alopática, e que possam se beneficiar apenas das técnicas de shamana, sem necessidade de um tratamento de shodana. Então, utilizamos das técnicas mencionadas acima, além de orientações para o cotidiano, como cuidados de alimentação, dinacharya, atividades físicas, práticas corporais, uso de fitoterapia ayurvédica. Temos percebido que esses cuidados, associados às técnicas acima citadas tem trazido inúmeros benefícios. Temos percebido também que, ainda que o ayurveda seja um sistema desconhecido pela maior parte das pessoas, a compreensão, mesmo que superficial de como esse sistema pensa a saúde e os processos de adoecimento, e de como pode ajudar no alívio das suas principais queixas, muitas vezes ignoradas pela biomedicina, faz sentido e gera motivação à participação ativa no processo de retomada da harmonia. Embora não tenha sido realizado nenhum estudo a esse respeito, o que as pessoas têm trazido a cada retorno, é o fato de estarem se sentindo mais estáveis, confiantes e tranquilas.

Além disso, têm trazido relatos de melhora do padrão de funcionamento digestivo/intestinal, diminuição dos sintomas da tensão pré-menstrual e da menopausa, melhora do padrão de sono, diminuição da ansiedade/raiva/tristeza, diminuição de crises de síndrome do pânico, o que leva a crer que, mesmo que o ayurveda ainda esteja sendo praticado de forma inconsistente, os resultados já estão postos.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Carneiro, Danilo Maciel. Ayurveda: saúde e longevidade na tradição milenar da Índia. São Paulo: Pensamento, 2009.

Luz, M.T. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996. 47 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 140).

Luz, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas de saúde no fim do século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 145-176, 2005

**IPICs NE**

## I Eficácia da Atenção Básica em Práticas Complementares em Saúde

### CENTRALIDADE MÉDICA NA INDICAÇÃO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES EM UM AMBULATÓRIO DE DOR

**PAULA FERNANDA ALMEIDA DE MENEZES** (ISC-UFBA, MESTRANDA);  
**ALINE TONHEIRO PALMEIRA** (ISC-UFBA, DOUTORANDA);  
**MARCELO EDUARDO PFEIFFER CASTELLANOS** (ISC-UFBA, DOCENTE, ORIENTADOR);  
**NELSON FELICE DE BARROS** (FCM-UNICAMP, DOCENTE);  
**MÔNICA ANGELIM GOMES DE LIMA** (FAMED-UFBA, DOCENTE);  
**MARINA OLIVEIRA REIS LÍVIO DE ABREU** (PSICÓLOGA);  
**ADRIANA CARVALHO DOS SANTOS**(SEM AFILIAÇÃO INSTITUCIONAL).

## INTRODUÇÃO

A dor crônica vem se apresentando como importante problema de saúde pública na atualidade, tanto pelo número crescente de indivíduos acometidos, quanto pelas consequências incapacitantes que pode gerar.<sup>11</sup>

No Brasil, inexistem pesquisas de abrangência nacional sobre a prevalência da dor crônica, mas estudos locais apontam uma prevalência que varia de 7% a 46% na população geral<sup>15</sup>. No entanto, estudo realizado por Kreling e colaboradores<sup>10</sup> com servidores de uma Universidade em Londrina constatou a prevalência de dor crônica em 61% dos pesquisados. Em Salvador, estudo amostral realizado entre 1999 e 2000 com adultos, aponta prevalência de 41,4%<sup>14</sup>. Esta

grande variabilidade nos resultados dos estudos de prevalência de dor crônica pode indicar que diversos fatores podem corroborar para maior ou menor vulnerabilidade à dor crônica, mas também pode ser reflexo de vieses metodológicos nas pesquisas. Contudo, torna-se evidente a necessidade da assunção do agravo como problema de saúde pública, visto ainda seu potencial comprometedor, limitador e incapacitante, que reverbera tanto no aspecto socioeconômico, quanto socioafetivo e emocional.

Esta condição impõe desafios à biomedicina, especialmente pelo seu caráter experiencial e “insubordinado”<sup>11</sup>, tendo em vista as insuficiências de explicações biomédicas para o fenômeno doloroso e ações que resultem no alívio da dor. Neste contexto, nota-se um aumento da aceitação de práticas ditas complementares, alternativas e integrativas, sobretudo devido aos distintos princípios e valores que agregam, além da capacidade resolutive que têm apresentado em muitos casos<sup>9</sup>. Não obstante, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países ricos, essas práticas não convencionais vêm ganhando lugar crescente por diferentes motivações<sup>1</sup>, o que tem gerado disputas no campo da saúde, impulsionando certa aceitação das práticas não biomédicas pela medicina numa perspectiva complementar e, posteriormente, também numa perspectiva integrativa<sup>13</sup>.

Pesquisas vêm apontando que as PIC (Práticas Integrativas e Complementares) vêm sendo ampla e crescentemente utilizadas no tratamento da dor crônica em todo o mundo, especialmente de forma combinada à terapêutica convencional<sup>2</sup>. Algumas das PIC mais recorrentes na literatura nacional e internacional relacionadas ao tratamento em dor crônica são: acupuntura, hidroterapia, reiki, osteopatia,<sup>5</sup> calor local,<sup>5;7</sup> massagem terapêutica,<sup>5;7;8</sup> quiropraxia, yoga, ervas e suplementos<sup>8</sup>, dieta<sup>3</sup>, entre outras.

Neste contexto, as clínicas de dor têm se constituído enquanto espaços terapêuticos multiprofissionais com incorporação de práticas não convencionais e psicológicas em maior ou menor grau, onde diferentes lógicas e racionalidades convivem na prestação do cuidado em dor crônica<sup>11</sup>.

Diante da relevância do crescimento do uso das PIC, bem como dos escassos estudos sobre as formas pelas quais os usuários acessam as estas práticas, o presente artigo tem por objetivo identificar as fontes de indicação de PIC de pacientes de um ambulatório de dor crônica.

## **METODOLOGIA**

Este artigo é um recorte de um estudo transversal, quantitativo, realizado com pacientes em tratamento para dor em um Ambulatório de Dor Crônica (Ambdor) de um hospital universitário, entre outubro de 2011 e março de 2012. Atuam na unidade os profissionais médico, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta e nutricionista; e no período da pesquisa eram fornecidas na unidade as PIC quiropraxia e acupuntura.

Foram aplicados 80 questionários, na sala de espera do Ambdor, amostra definida a partir da média estimada de pacientes/semana atendidos no ambulatório, sendo que 1 (um) foi excluído por problemas no preenchimento, totalizando 79 questionários utilizados para a análise de dados. Foi utilizado o programa SPSS, sendo realizada análise de frequência.

Este estudo é parte integrante do Projeto de Pesquisa Análise do processo de adoecimento e do autogerenciamento do cuidado em dor crônica: subsídios à

construção do cuidado compartilhado, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do COM/HUPES-UFBA sob o protocolo CAAE - 0004.0.442.000-11.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de resposta espontânea, 57% os entrevistados reportaram a utilização de alguma PIC para dor crônica, sendo que destes, 60% por indicação médica; em seguida aparecem o profissional não médico (16%), familiar (9%), autoindicação (7%) e outros (8%). Dentre as PIC usadas para dor mais citadas estão acupuntura (21,51%), bloqueio (12,6%) e quiropraxia (11,4%). O profissional médico aparece com destaque (58,2%) no que diz respeito às fontes de conhecimento sobre as PIC, seguido de outros pacientes (46,8%) e TV (45,6%).

A relevância dos médicos como fonte de conhecimento e indicação de PIC evidencia a legitimidade destas práticas no Ambdor. Porém, também aponta para a centralidade desse profissional no processo de decisão e mecanismos de acesso a essas práticas. Não se encontraram na literatura nacional pesquisas sobre dor crônica que nos permitissem a comparação deste item. No entanto, Chenot *et al*<sup>7</sup>, apesar de não apresentarem percentuais de indicação, relacionam o uso frequente das PIC por pacientes com dor lombar crônica nos EUA, como indicativo da popularidade entre pacientes e médicos. Já Cardoso<sup>5</sup>, em estudo realizado em Portugal, observa uma possível associação entre a indicação médica do uso de PIC e resultados positivos, com melhora de pacientes, principalmente nos casos mais graves, em que os tratamentos convencionais apresentam limitações quanto à eficácia. Lima e Trad<sup>12</sup>, em pesquisa realizada na mesma clínica do presente estudo, ainda que não se refiram explicitamente as PIC, utilizam o termo “Circuloterapia” para representar uma atitude dos pacientes em que “circular” pelas mais diversas modalidades e tratamentos estariam associada a melhores resultados no tratamento da dor crônica.

Diante de associações positivas do uso das PIC no tratamento da dor crônica, bem como as advertências quanto ao seu uso inadequado, torna-se enfática a necessidade de uma maior preocupação dos profissionais de saúde quanto à sua integração na construção do projeto terapêutico, tanto no sentido de potencializar seus benefícios para o cuidado quanto para minimizar os riscos do uso inadequado. Nesse sentido, percebe-se que a maior participação dos médicos como fonte de indicação e conhecimento para as PIC aponta para possibilidades de um maior aproveitamento de aspectos que favoreçam uma abordagem mais integral no cuidado.

Se compararmos os achados desta pesquisa, com o estudo de Castro *et al*<sup>6</sup> sobre a relação das PIC e diabéticos tipo 2, em que existe uma especial participação da família, fica evidente a peculiaridade que se coloca para o tratamento da dor crônica nas clínicas de dor. É relevante destacar que as deficiências dos modelos explicativos da biomedicina e a insuficiência das terapêuticas convencionais, têm exigido dos médicos e da medicina incluir outras estratégias não biomédicas para lidar com a problemática; e as clínicas de dor se constituem enquanto espaços diferenciados, onde o paradigma biomédico convive com lógicas distintas que participam em maior ou menor grau do projeto terapêutico<sup>12</sup>. Neste contexto, é coerente o aparecimento da figura médica como destaque na dimensão das PIC em dor crônica.

Por fim, a inclusão espontânea do “bloqueio analgésico” como PIC abre margem à interpretação de que alguns dos entrevistados têm dificuldades de na classificação do que seriam as práticas biomédicas e não biomédicas, demonstrando que as práticas que aparentemente diferem das “abordagens concretas”<sup>4</sup> da biomedicina, como os medicamentos e cirurgias, são vistas como complementares. Esta questão aponta, também, para ênfase no caráter complementar de práticas terapêuticas mais amplamente adotadas no Ambdcor, mais do que para a inclusão de racionalidades não biomédica no cotidiano do serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade, T. Costa, LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica João Saúde Soc. São Paulo. 2010; 19(3): 497-508.
2. Artus, M. *et al.* The use of CAM and conventional treatments among primary care consultants with chronic musculoskeletal pain. BMC Family Practice 2007, 8:26.
3. Braz, AS *et al.* Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. Rev Bras Reumatol 2011;51(3):269-82.
4. Camargo Jr. KR. A Biomedicina. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2005; 15(Suplemento):177-201.
5. Cardoso, TJB. Uso de terapias complementares/alternativas no controle da dor crônica na região da Beira Interior [Dissertação de Mestrado]. Covilha: Universidade da Beira Interior, 2012.
6. Castro. MS *et al.* O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. Brasília Med 2010;47(1):17-25.
7. Chenot, *et al.* Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study BMC Complementary and Alternative Medicine 2007, 7:42.
8. Fleming, S. *et al.* CAM therapies among primary care patients using opioid therapy for chronic pain. BMC Complementary and Alternative Medicine 2007, 7:15.
9. Guedes CR; Nogueira, MI; Camargo JR., KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(4):1093-1103.
10. Kreling, MCGD. Prevalência de dor crônica em adultos. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 509-13. 509
11. Lima MAG. : Clínica da dor: sentidos e práticas no cotidiano dos espaços terapêuticos. [tese de doutorado]. Salvador: UFBA; 2005.
12. Lima MAG; Trad, LAB. “Circuloterapia”: uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2011; 21(1):217-236.
13. Otani, MAP; Barros, NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(3):1801-1811.
14. Sá, K *et al.* Prevalência de dor crônica em Salvador. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2009; 43(4).
15. Teixeira M. Dor no contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. apud Montini FT, Neman FA. Prevalência e avaliação da dor crônica nos cadastrados da Unidade Básica de Saúde Jardim Palmira, Guarulhos/SP. São Paulo; maio-ago 2012; 3(2): 74-86.

## A ACUPUNTURA COMO PIC NA COMUNIDADE: UMA EXPERIÊNCIA NA USF CANDEAL

**Renata Roseghini**, (Orientadora/Tutora – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSp, docente do curso de Biomedicina);

**Juliana Guimarães de Souza** (biomédica acupunturista); **Ayumi Okada**, (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSp, discente do curso de Biomedicina);

**Gabriele Santana** (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSp, discente do curso de Biomedicina).

### INTRODUÇÃO

A portaria 971 que define as práticas integrativas e complementares no âmbito do SUS é um reconhecimento do Ministério da Saúde (MS) sobre a importância do trabalho multiprofissional no Brasil, frente à realidade nacional de fragilidade da saúde humana. É notável que as atividades que possuem uma visão integral do indivíduo podem viabilizar esse exercício.

A acupuntura, uma das técnicas mais conhecidas e utilizadas da Medicina Tradicional Chinesa foi incluída no Sistema Único de Saúde desde 2006 como parte da Política de Práticas Integrativas do Ministério da Saúde e é recomendada pela OMS desde 1979, como terapia complementar (GONÇALVES, 2007). Atualmente é aprovada pelos mecanismos de tratamento ocidental a fim de ser utilizada auxiliando no tratamento de diversas patologias.

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) consiste em um vasto campo de conhecimentos que tem como base filosófica principal o Taoísmo que juntamente com os outros princípios abrangem vários setores ligados a saúde, a maneira de tratar, como perceber os sinais do corpo no processo de adoecer, perceber os fatores causadores de doença e principalmente estudos voltados para prevenção das enfermidades ou dos desequilíbrios energéticos como se referem às doenças. O equilíbrio energético é possível através de uma boa manutenção do Qi (energia) através dos fatores ambientais (origem externa de energia) também através de uma boa alimentação e emoções (origem interna) (YAMAMURA, 2006).

Ainda de acordo com Yamamura (2006), a acupuntura também chamada de *Chen-chui* no ocidente é um antigo método terapêutico da medicina chinesa que consiste em estimular determinados pontos inserindo agulhas (*Chen*) ou utilizando fogo (*Chui*), com finalidade de restaurar e manter a saúde do corpo e da mente.

A Acupuntura consiste em inserir agulhas apropriadas em pontos específicos dos meridianos (canais de energia do corpo) com objetivo de restabelecer o fluxo energético tonificando ou sedando o ponto punturado. Pode ser sistêmica (por todo o corpo), auricular (no pavilhão auricular com agulhas, sementes, esferas e magnetos) Koryo Sooji Chim (agulhas nas mãos) entre outras. Dentre as diversas técnicas da MTC estão acupuntura, auriculoterapia, moxabustão, ventosas, massoterapia, dietoterapia e fitoterapia. (SCOGNAMILLO-SZABO & BECHARA, 2001)



O tratamento consiste em aplicar agulhas finíssimas em pontos (através dos meridianos espalhados pelo corpo) escolhidos conforme as deficiências ou excessos observados na anamnese do paciente. O número de sessões varia de acordo com o grau de dependência do paciente, resistência física, idade e os sintomas observados. É importante também orientações em relação à alimentação adequada, exercícios respiratórios e massagens que auxiliam em todo o processo (CANTELLI, 2007).

A conduta terapêutica adotada varia conforme o diagnóstico de cada paciente, realizado através dos quatro elementos de diagnóstico da MTC: a olfação/audição, o interrogatório, a palpação (do pulso, dos pontos de alarme e dos pontos dolorosos – *ashi*) e a visualização do paciente (língua, coloração da tez). Assim, é possível perceber os meridianos que apresentam desequilíbrio energético e tratá-los, utilizando-se pontos de equilíbrio dos 5 elementos (*SU*), pontos dos meridianos secundários, incluindo os vasos curiosos, e pontos de ação sintomática e dos microssistemas para alívio dos sintomas e das dores (CORDEIRO & CORDEIRO, 1992; DUCETTI, 2001; SUSSMANN, 2007).

Sendo assim, a acupuntura permite uma abordagem integral do indivíduo e vem ganhando espaço no contexto multiprofissional das práticas integrativas e complementares do SUS. Além disso, consiste em uma técnica de baixo custo se comparada à medicamentosa e de fácil execução nas unidades básicas de saúde. Para que se torne mais acessível à população, é necessário que seja mais reconhecida pelas secretarias de saúde e equipes de atenção primária no SUS.

Em consonância com esta abordagem, professores e estudantes do curso de Biomedicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e do curso de Pós-Graduação *latu-senso* de Acupuntura da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) de Salvador vem realizando o atendimento voluntário de pacientes na Unidade de Saúde da Família do Candeal, Salvador (BA) desde 2009.

## OBJETIVO

Relatar uma experiência de implantação de um serviço voluntário de acupuntura na Unidade de Saúde da Família do Candeal em Salvador (BA), em parceria com o curso de Biomedicina e o Programa Candeal, atividade de extensão interdisciplinar de Educação em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

## METODOLOGIA

O atendimento de acupuntura na Unidade de Saúde da Família do Candeal (USF- Candeal) iniciou-se em janeiro de 2009 para o grupo antitabagismo do Programa Candeal, um programa de Extensão da escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), em parceria com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). A técnica de acupuntura auricular foi introduzida neste grupo com o objetivo de auxiliar os fumantes a parar de fumar. O trabalho de Moreira (2010) nesta USF teve como objetivo analisar os prontuários de atendimento dos pacientes submetidos à acupuntura auricular e sob tratamento antitabagismo convencional recomendado pelo Ministério da Saúde na USF- Candeal.

Os prontuários de atendimento de 20 pacientes de acupuntura auricular foram analisados e tabulados. Foram considerados para análise: a motivação dos

participantes para submissão à acupuntura auricular, os sinais e sintomas associados ao tabagismo, os sinais e sintomas associados à abstinência do cigarro, as alterações dos sinais e sintomas anteriores, relacionadas ao tratamento pela acupuntura e os sinais e sintomas secundários particulares de cada indivíduo, relacionados à qualidade de vida (dores, condições psicológicas, disposição).

No início de 2012, a técnica de acupuntura sistêmica foi introduzida nos pacientes que fazem parte do grupo antitabagismo, com o objetivo de amenizar os sintomas físicos e psicológicos causados pela abstinência da nicotina. Neste contexto, foi realizado um trabalho de pesquisa para levantamento de dados coletados das fichas dos pacientes que realizaram a acupuntura sistêmica e pertencente ao grupo de fumantes do Projeto Candeal. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Bahiana e encaminhado ao CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) com número de protocolo e CAAE: 03488712.2.0000.5544. Inicialmente foram coletados dados de um total de 10 pacientes participantes deste grupo a serem atendidos pela acupuntura. A partir da análise destas fichas foi traçado o diagnóstico energético e a conduta terapêutica a ser adotada.

Estes dois trabalhos iniciaram-se como trabalho de extensão e atendimento voluntário de quatro profissionais biomédicas e uma farmacêuticas formados em acupuntura pela ABA- Salvador estenderam-se como projetos de pesquisa de três estudantes do curso de Biomedicina da EBMS e foram acompanhados por dois alunos do Estágio Curricular Supervisionado II em acupuntura do Curso de Biomedicina da EBMS.

No final de 2009, o serviço foi ampliado para o atendimento de pacientes com dores e é realizado até o presente momento. Este trabalho também se iniciou como atendimento voluntário das profissionais mencionadas, envolveu, até o presente momento, 09 (nove) estagiários do Curso de Biomedicina e uma estudante de iniciação científica do mesmo curso. Neste caso os pacientes participantes são encaminhados pela equipe de saúde (médicas, enfermeiras e dentista) da USF-Candeal. O projeto de pesquisa para análise dos efeitos da acupuntura sobre estes pacientes com dor encontra-se em fase de elaboração e submissão ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da EBMS.

## RESULTADOS PARCIAIS

Desde o início do atendimento de acupuntura implantado na USF Candeal, 50 tabagistas receberam tratamento por acupuntura auricular e/ou sistêmica, um paciente recebeu tratamento para esquizofrenia e 35 pacientes vem recebendo tratamento regular para dor, visando o reequilíbrio energético e a cessação da dor.

No trabalho de Moreira (2010) nesta USF verificou-se que dos 14 participantes 42,9% conseguiram para de fumar enquanto que 57,1% continuaram fumando. Dentre estes, 25% apresentaram uma redução com relação ao consumo inicial e todos reduziram em pelo menos 50% o número de cigarros relacionado ao consumo anterior ao tratamento. No trabalho realizado por Marques (2012), foi possível verificar que a maioria dos pacientes tabagistas tendem a ter um excesso nos meridianos do baço-pâncreas, pulmão, coração e fígado. Os resultados do efeito da acupuntura sistêmica no tratamento dos tabagistas serão expostos em outro trabalho em coautoria com o orientador deste trabalho.

O tratamento dos pacientes com dor envolve a aplicação da acupuntura, moxabustão e acupuntura auricular bem como a orientação alimentar e de hábitos

de vida relacionados à MTC. A conduta terapêutica adotada obedece a um padrão individualizado de acordo com as observações dos quatro elementos do diagnóstico da MTC, incluindo a palpação do pulso e dos pontos dolorosos (*ashi*) e observação da língua. A avaliação dos efeitos da acupuntura nestes pacientes será realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da EBMSP e incluirá a avaliação qualitativa das fichas de anamnese dos pacientes e aplicação de questionários de qualidade de vida e de escala de dor validados cientificamente.

Esta iniciativa voluntária de atendimento de acupuntura em uma Unidade de Saúde da família mostra que é possível inserir a acupuntura como Prática Integrativa e Complementar Multiprofissional, incluindo profissionais como Biomédicos, Farmacêuticos, Enfermeiros, Dentistas, Psicólogos, Médicos e demais profissionais da saúde no nível de atenção primária do SUS. Além disso, vem fortalecendo as atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão da Escola bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e seu comprometimento com a melhora na qualidade da Saúde Pública no país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANTELLI, E. **O Tao da Medicina Tradicional Chinesa**. Disponível em: <http://www.terapiaschinesas.com.br/2007/10/tabagismo-acupuntura-como-auxilio-para.html>. Acesso em: 09 fev. 2012.

CORDEIRO, A.; CORDEIRO, R. **Acupuntura: Elementos Básicos**. São Paulo: Ensaio, 1992.

DULCETTI, J. O. **Pequeno Tratado de Acupuntura Tradicional Chinesa**. 1. Ed. São Paulo: Andrei, 2001.

GONÇALVES, E. M. A História da Acupuntura no Brasil. **Jornal Natural**. 2007. Disponível em <http://www.jornalnatural.com.br>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

MOREIRA, F. B. ; Roseghini, R. **Análise dos Efeitos da Acupuntura Auricular em Pacientes sob Tratamento Antitabagismo**. Mostra Integrada de Saúde da Família e Vig. da Saúde, Salvador-BA, 2010.

SCOGNAMILLO-SZABO, M. V. R., BECHARA, G. H. Acupuntura: bases científicas e aplicações - revisão bibliográfica. **Rev. Ciência Rural**, v. 31, p. 1091-1099, 2001.

SUSSMANN, D. J. **Acupuntura: Teoria y Práctica**. 1. ed. Buenos Aires: Kier, 2007.

YAMAMURA, Y. **Acupuntura tradicional: a arte de inserir**. São Paulo-SP. Roca, 2ª edição 2000.

## **ANÁLISE DOS EFEITOS DA ACUPUNTURA AURICULAR E SISTÊMICA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO ANTITABAGISMO**

**Roberta Dórea**

**Renata Roseghini** – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

### **INTRODUÇÃO**

O tabaco já foi utilizado como uma planta medicinal e no tratamento de doenças, como: bronquite, asma, doença do fígado, lavagens intestinais, piolhos, analgésico, antisséptico, e até no combate ao câncer. Desta forma, o consumo do tabaco, sob diferentes maneiras, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos (PAHO, 1992; MUSK, 2003).

Os problemas relacionados à saúde pelo uso do tabaco só foram verificados e comprovados a partir dos anos 60, quando foram publicados os primeiros relatos científicos fazendo relação do cigarro ao adoecimento do fumante. Entretanto, seu consumo já simbolizava status e poder (RIBEIRO, 2009).

O tabagismo, hoje, é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, ou seja, 1,2 bilhões de pessoas sejam fumantes (BRASIL, 2003).

O Brasil, mesmo tendo um dos cigarros mais baratos do mundo e sendo o maior produtor e exportador de tabaco, tem desenvolvido obras eficazes e abrangentes para controle do tabagismo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003). Desde 1989, o Instituto Nacional do Câncer, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Como base do programa, para um tratamento eficaz na tentativa da cessação de fumar, foram sistematizados métodos como a abordagem psicológica e farmacêutica. A parte psicológica se baseia na abordagem cognitiva comportamental, muito utilizada em tratamento das dependências. (BRASIL, 2001). O outro método é a farmacoterapia, utilizando medicamentos nicotínicos e não nicotínicos de efeito comprovado para cessação de fumar.

O programa antitabagismo da Unidade de Saúde Familiar (USF) do Candeal vem utilizando estes métodos propostos pelo PNCT com o objetivo de reduzir o número de fumantes e conseqüentemente, a redução da morbimortalidade relacionada ao consumo de tabaco no Brasil. Estudos vêm sendo realizados com pacientes tabagistas na tentativa de se verificar fatores que interferem no processo de interrupção do uso de tabaco. A ansiedade é um dos sintomas mais comuns encontrados na síndrome de abstinência da nicotina e o seu aumento pode significar um risco de recaída. Além disso, estudos têm mostrado que quanto maior forem os sintomas de depressão, maior a dificuldade de conseguir atingir a abstinência efetiva do tabagismo (MELO *et al.*, 2006).

Em 1979, a Organização Mundial de Saúde (OMS) editou uma lista com 41 doenças que apresentaram excelentes resultados com o tratamento de acupuntura, entre elas a depressão, ansiedade e a dependência ao tabaco (SANTOS *et al.*, 2009). A acupuntura, segundo Wen (2006) visa o reequilíbrio energético do indivíduo através da aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo. As doenças na visão da MTC são vistas como desequilíbrio destas energias Yin/Yang e nos cinco

elementos. A depressão e os vícios como do tabaco podem ser manifestações desses desequilíbrios (WEN, 2006).

Sendo assim, é possível diagnosticar em um paciente tabagista os desequilíbrios energéticos, traçar uma conduta terapêutica adequada para reestabelecer o equilíbrio energético do indivíduo e melhorar os sintomas.

## **OBJETIVO**

Analisar os prontuários dos pacientes tabagistas inseridos no PNCT atendidos com Acupuntura Auricular e pacientes tabagistas com sintomas relacionados à depressão tratados com Acupuntura sistêmica e auricular associado ao tratamento convencional, visando o reequilíbrio energético e a diminuição do uso do cigarro.

## **MÉTODOS**

Este trabalho é considerado um estudo com levantamento de dados coletados das fichas dos pacientes que realizaram a acupuntura auricular e sistêmica pertencente ao grupo de fumantes do Projeto Candéal.

A Unidade de Saúde da Família (USF) na cidade de Salvador – BA possui um grupo antitabagista que segue o PNCT. Este grupo faz parte do Projeto Candéal, implementado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) na comunidade do Distrito de Brotas. Este projeto tem caráter interdisciplinar e ocorre em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Os pacientes do grupo antitabagista são acompanhados por um psicólogo e uma médica clínica que realiza uma triagem do grau de dependência da nicotina e a prescrição da dosagem do adesivo (adquirido na própria USF), de acordo com o programa *Deixando de Fumar Sem Mistério*, do Ministério da Saúde (ARAUJO, 2008; BRASIL, 2008).

Em 2009, a técnica de Acupuntura Auricular foi introduzida com o objetivo de auxiliar os fumantes a parar de fumar ou reduzir o consumo de cigarros. Nessa primeira etapa, 20 pacientes foram submetidos à Acupuntura Auricular complementando tratamento convencional. Os mesmos pontos foram utilizados nos 20 pacientes: Shen Men, Rim, Simpático, Boca, Tálamo, Pulmão, Coração; conforme literatura sugerida por SOUZA, 1997 e DUCETTI, 2001.

Em uma segunda etapa do projeto, em março de 2012, introduziu-se a técnica de Acupuntura Sistêmica, com o objetivo de amenizar os sintomas físicos e psicológicos causados pela abstinência da nicotina. O tratamento individualizado com Acupuntura Sistêmica consistiu na aplicação de agulhas visando o reequilíbrio energético e a diminuição do uso do cigarro como distração, fonte de prazer ou relaxamento.

A acupuntura auricular, na primeira etapa, foi realizada uma vez por semana pelas biomédicas acupunturistas Roberta Dórea e Fernanda Moreira. Na segunda etapa, a Acupuntura Sistêmica e auricular foi realizada duas vezes na semana pela farmacêutica e acupunturista Rosa Cruz e pelas biomédicas acupunturistas Fernanda Barbosa Moreira e Roberta Dórea dos Santos, sob a supervisão da biomédica acupunturista Renata Roseghini nas duas etapas, na USF/Candéal.

## **RESULTADOS**

Na primeira etapa, analisaram-se os prontuários dos 20 pacientes submetidos à Acupuntura Auricular. Entretanto, apenas 14 pessoas participaram de, no mínimo, dez sessões. Destes, 42,9% cessaram de fumar enquanto que 57,1% continuaram fumando após o tratamento com acupuntura auricular.

Em relação ao grupo que não parou de fumar, entretanto, foi possível notar que estes obtiveram uma redução maior no número de cigarros consumidos. Ou seja, 25% apresentaram uma redução acima de 90% em relação ao consumo inicial e todos os 14 pacientes analisados reduziram em pelo menos 50% em relação ao número de cigarros relacionado ao consumo anterior ao tratamento.

Na segunda etapa, após a análise das fichas de anamnese dos dez pacientes participantes e a formulação dos pentagramas pôde-se verificar onde se encontram os excessos e insuficiências nos 12 meridianos principais de cada paciente. Estes parâmetros foram determinados após a análise do pulso, da língua e dos sinais e sintomas descritos nas fichas de anamnese.

Nesta etapa, o desequilíbrio energético apresentado por 100% dos pacientes foram nos meridianos do baço-pâncreas e pulmão, como descrito na literatura. Segundo DULCETTI (2001), quando se tem uma secura no pulmão por conta do cigarro acaba ocorrendo um desequilíbrio no coração e no fígado, pois o coração é o harmonizador das emoções e o fígado metaboliza tudo que ingerimos.

No aspecto psicológico, os sintomas mais frequentes entre oito dos dez pacientes, foram: desânimo falta de alegria, emotividade, ansiedade, inquietude, tristeza, mágoa, autoritarismo, medo, irritabilidade e impaciência. Dos sintomas, 40% referência à insuficiência e 60% excesso.

Com esse trabalho, notou-se a importância de uma leitura individual dos pacientes. Com o diagnóstico e a observação das fichas pode-se perceber que cada um apresenta uma justificativa diferente para o que o cigarro representa na sua vida, diferenciando o foco do tratamento.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. **Uma Experiência Pedagógica Interdisciplinar/Intercurso na Comunidade**. AMEE Conference: Association for Medical Education in Europe. Praga, 2008.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Instituto Nacional De Câncer**. Abordagem e Tratamento do Fumante. Consenso, 2001.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ministério da Saúde**. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. 2. ed., 2003.

DULCETTI, J. O. **Pequeno Tratado de Acupuntura Tradicional Chinesa**. 1. ed. São Paulo: Andrei, 2001.

MELO, W. et al. **Estágios Motivacionais, Sintomas de Ansiedade e de Depressão. No Tratamento do Tabagismo**. Curitiba, 2006.

MUSK, A. W. et al. **History of tobacco and health**. Invited Review Series: Tobacco and Lung Health. 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Smoking and Health in the Americas**. Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia, 1992.

RIBEIRO MS, **Ferramentas para Descomplicar a Atenção Básica em Saúde Mental**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2007.

SANTOS, FAS; GOUVEIA GC; MARTELLI, PJL; VASCONCELOS EMR. **Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos**. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2009, n.13.

SOUZA, P. M. **Tratado de Auriculoterapia**. Brasília, 1997. 101,119,143,163,171,179,181p.

WEN, TS. **Acupuntura Clássica Chinesa**. São Paulo, SP: Cultrix, 2006.

## RELAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DAS LER/DORT'S

**Valéria Karlly Gomes Rocha de Souza** (Secretaria de Saúde de Parnamirim/Maternidade, Enfermeira);

**Nilton Cesar Genobie** (Secretaria de Saúde de Natal/Centro Clínico Ruy Pereira, Terapeuta Ocupacional);

**Ana Tânia Lopes Sampaio** (UFRN/Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, Enfermeira).

### INTRODUÇÃO

As doenças relacionadas ao trabalho começam a ser descritas na década de 80, desde então algumas situações levam ao aumento da incidência das LER/DORT's. Essa patologia é o resultado do conjunto de síndromes causadas por esforço repetitivo relacionado ao trabalho.

Na visão da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) todas as estruturas do organismo devem se encontrar em equilíbrio pela atuação das energias YIN e YANG, que caracteriza-se pelo conceito de superficial/profundo, excesso/deficiência, calor/frio, entre outros. Portanto, se essas energias estiverem em perfeita harmonia, o organismo deverá estar com saúde, do contrário o organismo estará doente.

A acupuntura é uma técnica da Medicina Tradicional Chinesa que consiste em picar agulhas em pontos neuroreativos onde há uma concentração energética, a fim de obter um equilíbrio emocional e prevenir os distúrbios físicos; e tem se

mostrado uma opção com resultados satisfatórios, tanto na melhora quanto na manutenção e prevenção das patologias relacionadas ao trabalho.

As PIC's realizadas na saúde do trabalhador por equipes multiprofissionais têm obtido resultados significativos (além das inúmeras possibilidades de aplicação e a diminuição do uso de medicamentos). Os procedimentos cirúrgicos por sua vez nem sempre se mostram eficazes e frequentemente os pacientes tem história relativamente longa; submetidos a procedimentos cirúrgicos, evoluem para dor crônica de difícil controle.

Este trabalho tem como objetivo relacionar as possibilidades do tratamento e prevenção das DORT's pela acupuntura, visto que este distúrbio apresenta-se muito comum, não sendo de fácil tratamento, nem de baixo custo para a sociedade em geral.

A amostra é composta de profissionais que trabalham numa maternidade em Parnamirim. Para coleta de dados utiliza-se: avaliação energética em acupuntura e WHOQOL- questionário utilizado para avaliar a qualidade de vida, pré e pós-tratamento. É feito o primeiro atendimento com avaliação geral e os demais com tomada de pulso e aplicação das agulhas/moxa/auriculoterapia, com duração média de 45 minutos em cada sessão. Todos os pacientes têm seu prontuário individual, onde se anota todas as informações pertinentes ao tratamento.

Como resultado parcial nota-se uma melhora significativa no nível psicoenergético, pois 100% relataram que após a terceira ou quarta sessão obtiveram uma melhora e/ou ausência dos sintomas. Em relação às dores osteomusculares quanto mais aguda a patologia, mais rápido a resposta ao tratamento, e quanto mais crônica a patologia, mais demorado a resposta ao tratamento. Os relatos da diminuição das dores são baseados na escala analógica da dor. Conclui-se que a acupuntura/MTC, é um método eficaz no tratamento e prevenção das DORT's, pois trata o indivíduo como um todo nos aspectos psicoenergético, funcional e estrutural, sendo uma terapêutica simples e de baixo custo com insignificantes efeitos colaterais. Proporcionando bem-estar no ambiente de trabalho, melhorando o desempenho na execução de tarefas e diminuindo o absenteísmo.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Nº 971*. Maio de 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)> Acessado em 20 de fevereiro de 2013.
- FOCKS, CLAUDIA. *Atlas da Acupuntura: com sequência de fotos e ilustrações, textos didáticos e indicações clínicas*. Barueri (SP): Manole, 2005.
- WEN, T. S. *Acupuntura Clássica Chinesa*. São Paulo: Cultrix, 1985.



## QUALIFICAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Ermeson Moreira Campos** (Secretaria de Saúde de João Pessoa/CPICS-Valentina, Fisioterapeuta);

**Mércia Castor Nóbrega Gondim** (Secretaria de Saúde de João Pessoa/ CPICS-Valentina, Diretora Administrativa);

**Francisco Douglas Cabral Leite** (Secretaria de Saúde de João Pessoa)

### INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde foi aprovada pela Portaria 971 de 3 de Maio de 2006 do Ministério da Saúde, essa portaria tem como uma de suas diretrizes, o desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente, visando a expansão das PIC's. (BRASIL, 2006).

A Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, busca desenvolver estratégias de qualificação em PIC's para os profissionais que atuam no SUS, visando o aumento da divulgação e interesse dos profissionais para esta nova vertente de cuidado que está se estabelecendo em nosso País e que é apoiado pela Organização Mundial de Saúde

### OBJETIVO

Esse trabalho teve como objetivo relatar as experiências de um programa de qualificação em PIC's que aconteceu em um Centro de Práticas Integrativas e Complementares e que foi voltado para os profissionais de saúde que atuam no SUS no município de João Pessoa

### MÉTODO

No período entre os meses de Outubro e Novembro de 2012 foi realizada no Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que funciona no bairro do Valentina no município de João Pessoa, a 1ª Iniciação em Terapias Integradas do Município de João Pessoa.

Foram realizadas cinco oficinas com as seguintes temáticas: Técnicas de Massagem: onde foram ministradas técnicas de massagem para gestantes, massagem em cadeira ergonômica, massagem improvisada em ambiente domiciliar com o uso de mesa e cadeira; Cura em Expressão: onde foi visto como as técnicas do teatro podem ser utilizadas em processo terapêutico; Terapias Corporais Indianas: com técnicas de respiração, alongamentos e meditação; Trofoterapia: onde foi apresentado vídeos educativos e orientação para a construção de uma alimentação saudável, no final desta oficina os participantes degustaram um

exemplo de almoço saudável; Terapias Corporais Chinesas: Onde foi demonstrado movimentos corporais lentos associados a respiração.

As oficinas foram ministradas pelos funcionários do Centro de Práticas Integrativas e Complementares do Valentina e por funcionários de outro Centro de Práticas Integrativas e Complementares do município, que desenvolvem terapias individuais e/ou coletivas.

Os participantes das oficinas foram constituídos por 25 profissionais da saúde e que atuam no SUS, de várias funções e que trabalham no município de João Pessoa, as vagas foram distribuídas no setor da Gestão e nos cinco Distritos Sanitários, cuja rede de serviços de saúde do município de João Pessoa está distribuída territorialmente.

Foram realizadas exposições teóricas-práticas, vivência coletivas, apresentação de vídeos e textos. Ao término de todas as oficinas os participantes responderam a um questionário a fim de avaliarem a 1ª Iniciação em Terapias Integrativas do Município de João Pessoa.

O questionário contemplou três perguntas sobre a impressão do participante a respeito das oficinas citadas a seguir: QUE BOM! (o que foi positivo); QUE PENA! (o que foi negativo); QUE TAL! (sugestões de como melhorar)

## RESULTADOS

Os questionários foram respondidos e obtemos as seguintes respostas quando foi perguntado sobre o que foi bom nas oficinas.

Participante A: "Permitir algo diferente para os profissionais de saúde, seja da gestão ou da atenção e a oportunidade desses levar pra o seu campo de prática e multiplicar.". O Participante C complementa: "Ampliar minha visão do ponto de vista da eficácia e funcionalidade das práticas integrativas". O Participante X afirmou: "A diversidade dos temas abordados". Observa-se nestas falas que as oficinas tiveram um efeito na divulgação e multiplicação das PIC's na rede de saúde.

O Participante B respondeu: "O trabalho em grupo (com diversos colegas de vários serviços) e a interação entre todos.". As oficinas se caracterizaram como espaço de integração da rede, uma vez que permitiu a interação de servidores de vários serviços da saúde.

As oficinas também se caracterizaram como espaço de autocuidado e reflexão interior segundo afirma o Participante D: "Ampliar conhecimentos e podermos desfrutar de momentos tão agradáveis nos encontros, momentos onde pudemos nos conhecer melhor e nos cuidar."

Para a pergunta sobre o que as oficinas tiveram de negativo, algumas pessoas relataram não algo sobre as oficinas, mas que tiveram dificuldade em comparecer a todas as oficinas seja pela distância de onde moravam ou por terem outras atribuições como afirma o Participante G: "O que é bom dura pouco, e distância, pois moro em Mandacaru até ai é uma viagem", o Participante C afirmou: "Estive ausente em alguns encontros devido a necessidade de cumprir algumas agendas administrativas."

Alguns participantes acharam que o tempo dedicado as oficinas foi longo como podemos observar nas falas da Participante A: "A pouca divulgação do evento e o longo período realizado". Ao passo que outros acharam que o tempo foi pequeno, o Participante X afirmou: "O tempo curto para realizar as oficinas", A Participante H complementa: "Carga horária reduzida."

A Participante H ainda teceu comentários a logística das oficinas: “Acho que poderia ter sido mais dinâmico, com discussões de como poderíamos utilizar estas práticas nos espaços de trabalho de cada um. Poderíamos ter trocado mais experiências.”.

O Participante B sugeriu a continuidade deste trabalho das oficinas: “Que esta proposta seja ampliada para mais trabalhadores neste ano”.

O Participante G fez referência a atividades externas dos facilitadores das oficinas: “Permitir que um desses profissionais possa fazer visitas nas unidades para nos dar uma aula para todos da equipe conhecer que trabalho maravilhoso.”.

O participante C fez uma consideração sobre a disposição dos horários “Seria interessante que os encontros fossem alternados, em turnos ou em dias da semana.”.

O Participante X deu a ideia de uma formação mais completa em PIC’S: “Realizar cursos propriamente ditos com uma maior duração e uma melhor sistematização para formarmos terapeutas holísticos, cuidadores que utilizam as PICS no nosso SUS.” A Participante H compartilha igualmente: “Então, inicialmente aumentar a carga horária de forma que o conhecimento de cada modalidade fosse um pouco mais aprofundado e com mais discussões entre os participantes e trocas de experiências. Assim, sairíamos mais preparados, principalmente para os que não têm conhecimento sobre as PICS”.

## CONCLUSÃO

As oficinas repercutiram de maneira positiva ao sensibilizar profissionais do SUS interessados em dinamizar as práticas que são ofertadas na sua área de atuação ou que estejam interessados em desenvolver novas perspectivas de cuidado.

Com o crescimento constante da inserção das PIC’s no SUS, mais espaços de formação são necessários para qualificar os profissionais que já trabalham na rede, estimulando uma nova forma de cuidar e que é apoiada pela Organização Mundial de Saúde.

**Descritores:** Terapias; Práticas Integrativas e Complementares; qualificação em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria 971 de 03/05/06 **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

## A INTERDISCIPLINARIDADE E O PET SAÚDE VOLTADO ÀS PROFISSIONAIS DO SEXO

**Tatiana Aline de Souza Carvalho; Sinara Inácia de Melo Santana; Tércio de Sá Ribeiro; Thaís Bernal Martins** (Discentes, UNIVASF);

**Sued Sheila Sarmiento** (Docente/Orientadora, UNIVASF).

## INTRODUÇÃO

A Escola Positivista instituiu na educação ocidental a organização disciplinar do conhecimento, propagado a partir do século XIX pelas Universidades Modernas (Morin, 2008). Esta organização possibilitou impulsionar a pesquisa científica, contudo trazendo o ônus da *superespecialização*. A disciplina normalizada promove uma condição de congelamento pragmático do conhecimento, e reduz sua reprodução a somente correspondência das expectativas do mercado de trabalho, não valorizando o objeto nem o produto do trabalho (Leis, 2005).

Morin (2008), afirma: "...a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e reflexão, eliminando assim as possibilidades de um julgamento coletivo ou de uma visão a longo prazo".

De forma alternativa a compartimentalização do conhecimento, encontramos a interdisciplinaridade. Segundo Leis (2005), esta pode ser entendida como uma condição fundamental do ensino e da pesquisa em níveis universitários e do segundo grau na contemporaneidade. O mesmo autor referencia também a prática interdisciplinar como contrária a qualquer homogeneização e/ou enquadramento conceitual, cuja história se confunde com a dinâmica viva do conhecimento, impossibilitando sua definição dada suas características estritamente abstratas.

Esta prática possui como instrumentos de trabalho os distintos saberes e as referidas disciplinas. Para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça, é imprescindível um compartilhamento de estruturas lógicas e simbólicas. Requer uma mudança nos sujeitos da *práxis*, mudança no processo de trabalho (Menossi *et al*, 2005).

Compreendendo que a interdisciplinaridade se propõe a uma sensibilização e esta é essencial ao que se busca no Programa PET-Saúde, para uma reorientação na formação destes universitários, segundo Mendes e Vilela (2003), "A primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade", e um projeto interdisciplinar traria questionamentos sobre o sentido destas contribuições/colaborações entre as diversas disciplinas que o compõe, visando um conhecimento do humano e postulando um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade. Na tentativa de integrar os conhecimentos, e colaborando com sujeitos e profissionais mais sensíveis às questões e problemas da sociedade e neste caso, da saúde destas mulheres (IDEM, 2003).

Neste contexto, as práticas do grupo PET-Saúde em conformidade com suas bases fundamentadas pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, se apresentam como uma forma exemplarmente propícia para a vivência interdisciplinar. Estas práticas oportunizam reflexões a respeito da importância da heterogeneidade na construção do conhecimento do sujeito e a relação da mesma com o exercício profissional, sobretudo nesta diversidade temática que é a promoção de saúde para mulheres profissionais do sexo,

salientando erros e acertos, além de buscar a reorientação da prática profissional no futuro destes alunos.

## **OBJETIVOS**

Descrever a experiência interdisciplinar vivenciada por este grupo PET-Saúde, vinculado à linha “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro – BA” e os acúmulos que esta experiência vem trazendo ao longo destes meses a esses futuros profissionais.

## **METODOLOGIA**

O grupo de trabalho é composto por 1 (um) tutor, 6 (seis) preceptores, 12 (doze) alunos bolsistas e 6 (seis) voluntários, cujas atividades de ensino, pesquisa e extensão estão sendo realizadas entre agosto/2012 e agosto/2014.

A princípio, foram realizadas aulas de capacitação e debates que propiciaram um nivelamento do conhecimento a cerca das temáticas relacionadas à prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mamário nas mulheres em situação de prostituição, além de quebra de estigmas e uma perspectiva de cuidado mais humanizada, com todos os participantes do grupo PET-Saúde. Posteriormente, o ‘grande’ grupo esteve subdividido em 03 (três) grupos menores, compostos proporcionalmente com o mesmo número de alunos e preceptores. Nestes grupos menores, ocorrem confecções de oficinas de educação em saúde, que sendo apresentadas ao ‘grande grupo’, passam pelos devidos ajustes, e são programadas para apresentação para a comunidade e público alvo.

Finalmente estas oficinas passaram a ser apresentadas ao seu público alvo: comunidade, com foco nas profissionais do sexo, seguindo um cronograma nas três unidades de saúde escolhidas do município de Juazeiro – Bahia, onde se tem o contato efetivo e retorno da comunidade e se pôde observar como os diversos conhecimentos e posturas dos estudantes de diferentes cursos se complementam e auxiliam nesta prática.

## **RESULTADOS**

As discussões têm sido gradativamente fomentadas na visão interdisciplinar, compreendendo e explicitando as diferentes perspectivas; fundamentado com a troca de experiências a desmistificação de crenças, tabus e preconceitos, tanto das equipes de saúde, quanto do grupo PET, sensibilizando seus integrantes e conseqüentemente, construindo serviços de saúde qualificados e humanizados, com vistas especiais às profissionais do sexo.

## **CONCLUSÃO**

A prática da extensão universitária, do aprendizado interdisciplinar, faz-se necessário para uma formação profissional mais humanizada, então, busca-se a partir de tal trabalho, fortalecer, consolidar e difundir estratégias cujas práticas se realizem interdisciplinarmente, bem como compreender a importância desta na construção de um modelo assistencial de saúde digno e eficaz.

## REFERÊNCIAS

LEIS, H. R. **Sobre o Conceito de Interdisciplinaridade**, em Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar para Ciências Humanas. Florianópolis, Agosto-2005. Disponível em: <http://ppgich.ufsc.br/files/2009/12/TextoCaderno73.pdf>. Acesso em abril de 2013.

MENDES, I, J, M; VILELA, E, M. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>. Acesso em março de 2013.

MENOSSEI, M.J. *et al.* **Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistência fundamentado na promoção da saúde**. Revista de Enfermagem da UERJ, 2005. Vol. 13. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a17.pdf>. Acesso em março de 2013.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reformar, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro, 15ª Edição, Bertrand Brasil, 2008.

**Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>. Acesso em março de 2013.

## DESVELANDO ESTEREÓTIPOS: VIVÊNCIAS DE GRADUANDOS(AS) COM MULHERES QUE SE PROSTITUEM

**Sinara Inácia Melo Santana** (UNIVASF/Discente de Ciências Farmacêuticas); **Tatiana Aline de Souza Carvalho** (UNIVASF/Discente de Psicologia); **Tércio de Sá Ribeiro** (UNIVASF/Discente de Medicina); **Lara Régia Dias da Franca Silva** (UNIVASF/Discente de Medicina); **Cláudio Claudino da Silva Filho** (Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC/Pesquisador,

## INTRODUÇÃO

A mulher em situação de prostituição sofre historicamente por diversos contextos de violência, e para a sociedade, esta atividade permanece “ilícita” e moralmente condenável. Essa ótica estereotipada e (certamente) equivocada demanda reconstruções de representações negativas, inclusive dentro dos ambientes de formação universitária, onde o conhecimento (formal) dito "superior", ainda perpetua conceitos distorcidos e tantas vezes negativos, o que repercute diretamente na atuação profissional em saúde. O objetivo geral deste trabalho é descrever as experiências de reflexões, desconstruções, e reconstruções de alguns paradigmas que, tantas vezes, culminam na incompreensão do complexo contexto da mulher em situação de prostituição, vivenciado por graduandos(as) um Grupo/Linha Pet-Saúde. Trata-se de um Relato de Experiência, onde o grupo de trabalho (tutora, seis

preceptores, doze alunos bolsistas e seis voluntários) desenvolveram atividades de ensino, pesquisa e extensão entre agosto/2012 a Março/2013, através de aproximações e atividades educativas em 03 Unidades Básicas de Saúde de Juazeiro – BA, com toda a equipe, comunidade, e foco nas profissionais do sexo. Como resultado parcial, notou-se a necessidade de desmistificação de (pre) conceitos ancorados pelas equipes de saúde da família, resignificando representações estereotipadas que repercutem diretamente em uma assistência discriminatória, por indícios de violência institucional muito claros nos relatos dos sujeitos. Desmistificar o papel da mulher em situação de prostituição frente a uma sociedade que ainda a enxerga pejorativamente e com pouca perspectiva de ter seus direitos garantidos democraticamente, é uma estratégia eficaz para que seja possível o re-estabelecimento de princípios respeitosos e éticos para com elas.

**Descritores:** assistência integral à saúde da mulher; preconceito de gênero; ação intersetorial; educação continuada.

**Apoio Financeiro:** Ministério da Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Linha PET “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro – BA”.

## PSICOPATOLOGIA, SAÚDE MENTAL E FORMAÇÃO INTEGRATIVA: ALIANÇAS E CONCILIAÇÕES POSSÍVEIS.

**Alice Chaves de Carvalho Gomes** (Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF / Professora);

**Herlon Alves Bezerra** (Instituto Federal do Sertão Pernambucano – IF Sertão / Professor).

### INTRODUÇÃO

Pretendemos nesta oportunidade desenvolver um **relato de experiência** que resultou de um conjunto de itinerários e reflexões de sete anos de docência em torno do tema da psicopatologia e da saúde mental com estudantes em formação nos cursos de graduação em Psicologia e Medicina. Habitualmente, os primeiros debates de sala evidenciam as curiosidades destes alunos fortemente dirigidas para representações descritivas e sintomatológicas do adoecimento psíquico, exprimindo-se em poucos deles o pleno interesse pelo amadurecimento de aspectos voltados para os desafios de uma clínica ampliada, integrativa, singular e não exclusivamente farmacológica. Suas expectativas iniciais expressam imagens e representações objetificantes sobre o sofrimento humano, sendo evidente o desejo por um saber que descreva, quantifique e preveja comportamentos ditos psicopatológicos.

Na intenção de gerar um caminho inverso, não são escassas as publicações que produzem reflexões sobre os grandes desafios do ensino em psicopatologia.

Colegas docentes socializam experiências que destacam tanto o desafio operacional da disciplina, apontando as fragilidades do modelo tradicional eticamente descompromissado de **“apresentação de pacientes”** (FERREIRA, 2002; SERPA JR. et al, 2007; SATHLER, 2008), bem como a preocupação teórica em relação à exclusividade do modelo médico e somático hegemônico que embasa os grandes manuais internacionais de classificação das doenças mentais. Sobre isso, Serpa Jr. (2007, p. 209) adverte que o ensino da psicopatologia, em geral, volta-se para o estudo e à “apresentação de sintomas referidos a uma psicologia das faculdades mentais de extração oitocentista e, originalmente, descritos com base no exame de pacientes confinados em manicômios à mesma época”.

Aqui neste trabalho, desejamos compartilhar uma composição teórico-argumentativa que entrecruza três grandes campos reflexivos e que tem se mostrado valiosa e potente na desestabilização de discursos fechados e tradicionais sobre o sofrimento psíquico em nossa recente prática docente: em primeiro lugar, ao partir da defesa da **“irredutível singularidade do caso”**, buscamos retomar elementos biográficos e humanos que superam o puro entendimento sintomatológico dos indivíduos. Nosso conceito âncora é o do **paradigma indiciário** das quais as ciências humanas são herdeiras. Carlo Ginzburg, historiador italiano da atualidade, apresenta em seu texto “Sinais: raízes de um paradigma indiciário” o caminho teórico para compreendermos este conceito. Tanto a medicina, quanto as ciências humanas e jurídicas se apoiaram, sem evidenciarem explicitamente estas origens, em um modelo de inteligibilidade centrado nos resíduos, nos dados marginais aparentemente menos relevantes: são exatamente estes elementos triviais “baixos” os considerados mais reveladores (GINZBURG, 1989, p.149-150). A psicanálise freudiana foi transversalmente influenciada por este método, valorizando os detalhes mais negligenciáveis expressos pelos sujeitos e construindo, assim, um diagnóstico absolutamente particular para cada caso. De modo semelhante, as ciências penais investigativas recorrem a pegadas na lama, fios de cabelo, cinzas de cigarro e odores que traem a presença de um criminoso em particular. Por fim, Ginzburg menciona a medicina, a qual, historicamente, planejou suas práticas a partir de informações constituídas artesanalmente e marcavam cada caso de modo distinto e singular. A análise intuitiva e conjectural de córneas, catarros, pulsações a aproximava cada vez mais da impossibilidade desta alcançar o rigor próprio das ciências da natureza, trazendo-a, ainda mais, para o campo do qualitativo, do individual (GINZBURG, 1989, p. 166).

O que dizer do problema do psicodiagnóstico e das leituras mais objetivistas e sintomatológicas do sofrimento psíquico humano? Como articulá-los aqui? Em uma de nossas recentes aulas, uma estudante brilhantemente concluiu: podemos facilmente compreender o paradigma indiciário tomando como ilustração os frequentes “atentados civis” norte-americanos. Um aluno “aparentemente normal” e ordeiro, socializado e pertencendo a uma família “aparentemente” estruturada, “inesperadamente”, assassina brutalmente seus colegas de escola e, em seguida, comete suicídio. Se pudéssemos nos aproximar dele, provavelmente, talvez até intuitivamente, tomaríamos ciência de indícios, das pistas quase invisíveis, dos detalhes sutis, das minúcias que escapam ao olhar da superfície do fenômeno, da “capa” do sintoma. Para a psicanálise, o sintoma tem uma dupla função: ocultar e revelar. É preciso avançar para além dele se desejamos compreendê-lo e decifrá-lo. Fixar-se nele, é cair na cilada do aparente, do superficial, do que engana (FIGUEIREDO e MACHADO, 2000), além de desencadear um perigoso apagamento



do sujeito que, obviamente, existe antes e depois do sintoma/doença. Ninguém é engolido pela doença, por mais dramática ou terrível que ela seja; o sujeito estará sempre lá (ONOCKO, 2001).

Em segundo lugar, mas ocupando lugar não menos importante, temos trazido para o centro dos nossos debates em sala um caminho de recuperação do sentido da **dádiva** como elemento simbólico central que norteia relações de cuidado entre sujeitos/comunidades/famílias. Este conceito deriva originalmente de Marcel Mauss, sociólogo francês primo de Durkheim. Mauss (2003) escreve o mais antigo e importante ensaio sobre reciprocidade humana e intercâmbio em sociedades ditas arcaicas. Antes da invenção da moeda e das relações de mercado, as pessoas trocavam objetos entre si. O que mais se destacava, segundo Mauss (2003), eram as relações e os vínculos que se estabeleciam, em detrimento do valor do objeto conquistado. As relações que se fundam na lógica do mercado e do Estado, são distintas daquelas nascidas na perspectiva da DÁDIVA. Os serviços que em tempos remotos eram prestados diretamente de pessoa a pessoa, pessoa-comunidade e pessoa-família, passam a ser concedidos pelo aparelho estatal. Deste modo, as pessoas deixam de ter obrigações entre si. Anula-se com isso a antiga dívida moral de cuidado e de honra que um sujeito tinha em relação a outro, a uma família ou comunidade. A lógica do estado previdenciário produz como efeito um processo de esvaziamento dos vínculos, uma vez que a figura do estranho é introduzida no mundo do trabalho. Tais efeitos, ao incidir sobre o campo da saúde, mostram-se ainda mais preocupantes. Tal aspecto é muito acentuado pela tendência à profissionalização e à especialização da relação, que resulta em convertê-la apenas numa prestação de serviços, num mecanismo higiênico e “asséptico” de “solidariedade delegada”. O vínculo social é, por fim, esterilizado (GUIZARDI & PINHEIRO, 2008, p. 44).

Em nosso caso pontualmente, costumamos interrogar nossos estudantes: como restaurar esses sentidos numa clínica prioritariamente “descritiva”? Como introduzir elementos humanos, relacionais, intuitivos, de vínculo e de dádiva, num espaço que defende a perigosa neutralidade e distanciamento a partir da conduta de “puramente” (ou “exclusivamente”) classificar e catalogar comportamentos ditos patológicos? Uma saída inventiva balizada nos relatos dos usuários de serviços diversos da atenção primária tem revelado que o caminho tem sido a superação de ações meramente interventivas para ações de CUIDADO (GUIZARDI & PINHEIRO, 2008). Apresentamos, aqui, portanto, o registro de alguns elementos trazidos pelos próprios estudantes:

- ✓ Maior característica do cuidador: REMOÇÃO DE UMA PRETENSÃO TÉCNICA EXCLUSIVA;
- ✓ Há uma troca, mas uma troca que não pode ser mensurada. É simbólica: em destaque: relação de amizade, confiança, respeito;
- ✓ Nascimento do VÍNCULO DA DÁDIVA: **interesse verdadeiro** pelo outro;
- ✓ INTERVENÇÃO – pena, piedade, compaixão (vitimização), passividade. Efeito principal: infantilização do outro. CUIDADO – apoio solidário, atividade, troca. Efeito principal: autonomia.

O exercício de simplesmente (psico) diagnosticar atualiza duas posições: o lugar do avaliador que observa, avalia, julga e determina terapêuticas, e o lugar do avaliado, aquele que passivamente sofre a ação de um outro sobre ele; geralmente, reduzido a um corpo, uma química disfuncional, com processos somáticos que precisam ser corrigidos ou eliminados de modo artificial.

Em terceiro lugar, por fim, temos defendido a importância de arejar tais reflexões com as valiosas contribuições do campo da **saúde coletiva**, especialmente naquela esfera em que ela se encontra com a Saúde Mental, acrescentando à psicopatologia referências conceituais/vivenciais mais integrativas e ampliadas. Campos (2000) destaca que a saúde coletiva nasce a partir de um movimento político e ideológico de ruptura com a chamada saúde pública tradicional, contribuindo diretamente para a consolidação do SUS e dando origem a novas concepções em torno dos saberes/processos de saúde/doença/cuidado. Neste sentido, Onocko (2001, p.99-100) faz uma importante advertência ao desenhar um conceito de clínica: “Estamos chamando de clínica às práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Isto reforça o argumento sobre a especificidade do Planejamento em Saúde: quem quer contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde deve dispor de um certo leque de modelos clínicos, e isto é uma questão de eficácia”.

A defesa pela hegemonia, portanto, de um saber médico, farmacológico, instrumental, objetivo/estatístico/quantitativo predominante sobre saberes intuitivos, que valorizam o investimento no vínculo e na relação humana e no cuidado a partir do singular de cada caso, põem em cheque a própria qualidade de uma ação integrativa e ampliada em saúde/saúde mental. “Colocar a doença entre parênteses é trazer para o centro do foco o usuário do serviço. Um usuário que muitas vezes está dissociado, e que o serviço contribui para dissociar ainda mais. Remédio é com psiquiatra. Escuta é com psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (ONOCKO, 2001, p. 103).

O movimento, portanto, é justamente o inverso. Desde os debates mais iniciais de sala de aula, urge promover uma ultrapassagem, uma superação da ingenuidade de modelos estáticos, exclusivos, narcisicamente fechados sobre si mesmos. Os estudantes parecem assim chegar, pois rogam um saber que “dê conta”, que explique em definitivo, que preveja que resolva que apague os ruídos e interferências. Pretendemos, aqui, justamente abrir espaço para os ruídos e para novas interferências, compreendendo-os, naturalmente, desde uma perspectiva da interdisciplinaridade, do contato com outras possibilidades de conhecer e de fazer saúde mental.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é o de apresentar em formato de **relato de experiência** uma composição teórico-argumentativa que vem sendo construída ao longo de sete anos de vivência docente no ensino da psicopatologia, como recurso didático/pedagógico de ruptura com o modelo médico/somático/farmacológico ideologicamente predominante entre estudantes de cursos de graduação em medicina e psicologia.

## MÉTODO

O método utilizado neste exercício faz uma explícita recusa às metodologias exclusivamente transmissivas e expositivas em sala de aula. Neste sentido, nosso exercício foi o de convidar os sujeitos (estudantes) numa perspectiva de

**problematização dialética** de construção do conhecimento. Este movimento pretende evitar a simples reprodução de um conteúdo trabalhado e busca, por outro lado, permitir que o estudante, ao ser provocado e questionado, desestabilize saberes anteriores e constitua novas vias, soluções, perguntas e curiosidades em torno de um dado problema. A realidade não é apresentada, mas criticamente construída (VASCONCELOS, 1992). O ambiente de trabalho foi predominantemente a sala de aula. Neste espaço, contudo, vivências concretas externas eram trazidas, como forma de iluminar aspectos teóricos do debate. Os instrumentos utilizados na coleta de dados se constituíram a partir das nossas impressões sobre os diversos trabalhos realizados pelos estudantes ao longo das disciplinas, tais como relatórios de campo, portfólios, estudos críticos, avaliações escritas, análises de filmes, documentários, etc. Tais experiências se sedimentaram em memória, a qual se renova a cada semestre e a cada encontro com novas turmas. Estas vivências geraram diversas impressões e reflexões próprias em torno deste tema, mobilizando-nos para este trabalho de construção de um caminho teórico próprio e de ruptura com modelos de aprendizagem fechados e impenetráveis a novos modos de pensar.

### RESULTADOS PARCIAIS E/OU CONCLUSIVOS (síntese do estudo)

Percebemos que a trajetória que aqui apresentamos tem iluminado notavelmente os debates de sala, amparando inquietações e movendo olhares para direções mais sensíveis aos diversos modos de expressão do sofrimento psíquico. Os debates sobre o sentido simbólico da dádiva e do seu valor terapêutico promovem novas sensibilidades e mais abertura para a complexidade e o imprevisto do campo da saúde mental, o qual é, inquestionavelmente, mais abrangente que o terreno da psicopatologia e do psicodiagnóstico. Cabe ressaltar, por fim, que não desejamos defender ou promover a radical exclusão da abordagem descritiva, objetiva. Como diz Serpa Jr. et al (2007, p. 210), “a necessidade de aprender a realizar uma entrevista diagnóstica de forma competente permanece como um dos elementos centrais do aprendizado em psicopatologia. Mas não o único. Existem outros propósitos práticos em jogo na clínica da saúde mental e no ensino e pesquisa da Psicopatologia”.

### REFERÊNCIAS

- ✓ FERREIRA, Ademir Pacelli. O Ensino da Psicopatologia: do modelo asilar a clínica da interação. Em: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano V, n.4, 11-29, dez/2002.
- ✓ FIGUEIREDO, Ana Cristina, MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. O Diagnóstico em Psicanálise: do fenômeno à estrutura. Em: **Ágora**, volume III, número 2, jul/dez, 2000. p. 65-86.
- ✓ CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Em: **Sociedade e cultura**, Vol. 3, Núm. 1-2, 2000, pp. 51-74.
- ✓ MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: COSACNAIFY, 2003.

- ✓ ONOCKO-CAMPOS, R.T. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Em: **Saúde em Debate**. 2001; 25(58):98-111.
- ✓ PINHEIRO, R.; GUIZARD, F.L. Quando Dádiva se transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro. CEPEESC/UBRJ, ABRASCO, 2008. p. 39-58.
- ✓ SATHLER, Conrado Neves. Psicopatologia: legitimação de discursos pós-modernos na sala de aula. Em: Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza – Vol. VIII – Nº 4 – p. 1077-1098 – dez/2008.
- ✓ SERPA JUNIOR, O.D et al. A Inclusão da Subjetividade no Ensino da Psicopatologia. Interface: comunicação, saúde, educação. Vol. 11, número 22, p. 207-22, maio-agosto 2007.
- ✓ VASCONCELLOS, Celso dos S. Metodologia Dialética em Sala de Aula. In: Revista de Educação AEC. Brasília: abril de 1992 (n. 83).

## FORMAÇÃO TÉCNICA EM 'PICS': UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA EM NATAL/ UFRN

**Andréa C. Viana V. Aguiar** (Docente da Escola de Enfermagem de Natal – UFRN, Bióloga e Yogaterapeuta, Doutora em Educação);

**Flávio César Bezerra da Silva** (Docente da Escola de Enfermagem de Natal – UFRN, Enfermeiro e Acupunturista, Mestre em Enfermagem);

### INTRODUÇÃO

Uma experiência recente demonstra a iniciativa da Escola de Enfermagem de Natal-UFRN, uma Instituição formadora de profissionais em saúde do estado do Rio Grande do Norte, em oferecer um curso profissionalizante que atenda as necessidades técnicas das Políticas Nacional e Estadual em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Essa iniciativa surgiu ao se avaliar a necessidade de profissionais técnicos em saúde que pudessem disponibilizar a comunidade de Natal e grande Natal, a oferta de práticas de cuidado, de caráter não invasivo como Yoga, Lian Gong, Auriculoterapia, Acupressão, Bambuterapia, Aromaterapia e escalda-pés, além de massagens do tipo relaxante, estimulante e ventosaterapia, que abrangessem conhecimentos, habilidades e atitudes para auxiliar a população na autorregulação do processo saúde-doença.

Nesse contexto, desde 2003 quando foi implementado o Programa Nacional de Humanização (PNH) buscando proporcionar atendimento digno e humanizado aos usuários dos serviços oferecidos e, na seqüência, em 2006, surgiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC-SUS) como estratégia de utilização das

práticas advindas das medicinas tradicionais, naturais e/ou alternativas na rede do SUS. Assim, o Ministério da Saúde (MS) vem demonstrando uma constante preocupação em atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, através de programas que viabilizam medidas aplicadas aos serviços prestados e ao acompanhamento da saúde dos indivíduos em geral.

## OBJETIVOS

Apesar de já ter sido institucionalizada, as práticas integrativas e complementares ainda não têm sido aplicadas veementemente nas instituições de saúde da atenção primária. Na nossa concepção isso se deve, em parte, ao pouco preparo ou até mesmo despreparo total dos profissionais integrantes da rede para lidar com essa nova perspectiva de atuação na saúde.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é refletir sobre a necessidade das instituições de ensino em saúde preparar profissionais, bem como capacitar os já existentes na rede de saúde, para se sentirem aptos e competentes na oferta dessas práticas à população, levando em consideração a iniciativa e o êxito da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN (EEN-UFRN) ao atender essa demanda.

## ACOLHENDO E VALORIZANDO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O PNH preconiza o acolhimento no campo da saúde como diretriz ética constitutiva dos modos de se produzir saúde, principalmente para qualificar a escuta, construir vínculo e garantir resolutividade nos atendimentos. Para tanto esse instrumento indica a necessidade de mudanças na relação profissional/usuário e sua rede social, mediante atitudes humanitárias e de solidariedade. Ainda nesse enfoque o documento ministerial espera que o profissional de saúde reconheça o paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

A humanização desejada nesse documento do governo busca valorizar a queixa trazida pelo cidadão, bem como seus medos e expectativas, identificando riscos, vulnerabilidade e a autoavaliação do indivíduo com vistas a fornecer uma resposta ao problema. Desta forma esse tipo de abordagem viabiliza ação terapêutica a partir do contato inicial entre as pessoas envolvidas no processo do cuidar (BRASIL, 2004).

Como forma de acompanhar a crença da cultura popular quanto ao uso de terapias alternativas, bem como motivado pela constante adoção de medidas alternativas nos atendimentos em rede pública estadual e municipal de forma desigual, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com a intenção de sistematizar práticas de cunho empírico já adotadas no país e também oriundas de outras culturas e sistematizadas em medicinas tradicionais. Dentre várias práticas, podemos citar algumas que têm sido bastante ofertadas e difundidas em capacitações informais como a ginástica terapêutica do *Lian Giong*, a prática corporal do *Yoga*, as variadas técnicas de meditação, as técnicas de massagem de cunho relaxante, estimulante, com ou sem oleação, aromaterapia com escalda-pés, auriculoterapia, ventosaterapia, moxabustão, dentre outras. Diante dessa permissividade, a referida política contribuiu para uma valorização desses serviços, assim como demandou uma maior atenção aos

seguimentos de formação já existentes, de forma que possam atender os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

A PNPIC surge fundamentada nas premissas da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à necessidade de se instalar nas instâncias dos serviços de saúde disponibilizados à população, principalmente na atenção básica, condutas terapêuticas que abranjam as práticas culturais utilizadas ao longo das suas vivências. Segundo a OMS o campo desta Política de Saúde contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). No entanto poucos profissionais integrantes da rede de serviços de saúde possuem algum, ou até nenhum preparo voltado a este universo terapêutico.

Diante do exposto faz-se necessário preparar o profissional técnico em saúde com um perfil voltado a terapêuticas mais acessíveis à população onde as práticas integrativas e complementares podem surtir efeitos benéficos sem a exigência de utilizar instrumentais ou recursos dispendiosos ao sistema de saúde ou à clientela assistida.

## FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

É de suma importância serem oferecidos à população tratamentos complementares de grande resolutividade bem como de baixo custo para o governo. Entretanto, as escolas formadoras na área de saúde carecem de profissionais preparados para oferecer cursos que atendam a essa finalidade.

A Escola de Enfermagem de Natal tem como missão promover a profissionalização cidadã dos educandos para atuarem nos diversos níveis de atenção à saúde, de forma integral e crítica, considerando os princípios éticos, técnicos, políticos e humanos, na perspectiva de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população. Nesse sentido, sua formação profissional está pautada em conhecimentos, habilidades e atitudes para apreensão, compreensão, análise e transformação da realidade, tanto no campo tecnológico como nos campos político, social, ético e humanístico.

Assim, ao se dispor abrir um curso que abrangesse a PNPIC do SUS, a EEN-UFRN abriu vagas em seu quadro de Professores para criar um curso dentro dessa perspectiva. Em conjunto, esses profissionais, especialistas em diferentes práticas e medicinas tradicionais, construíram um projeto pedagógico pertinente ao campo de atuação técnica e aprovaram no Ministério da Educação uma proposta de curso profissionalizante.

Este curso se dispõe a formar profissionais técnicos em saúde comprometidos com a consolidação da PNPIC no SUS e a PEPIC no RN, por meio de situações de ensino-aprendizagem que propiciem o desenvolvimento das competências profissionais nas dimensões técnica, ética, política e comunicativa, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Frente às considerações tecidas, motivados pelas realidades de atendimento do nosso cotidiano que é conduzido pela abordagem humanizada, característica do profissional envolvido com a integralidade e complexidade do conhecimento, bem como pela abertura do governo federal em fornecer ao usuário do SUS práticas complementares em saúde prestadas por profissionais da rede devidamente capacitados, construímos uma estrutura curricular pertinente a essa realidade. Compreendemos que essa configuração nos

proporciona a possibilidade de formar profissionais para ofertarem aos pacientes mais uma alternativa para sanar e/ou minimizar disfunções energético-orgânico-emocionais desestruturantes de seu bem estar.

Considerando a finalidade de se profissionalizar para desenvolver práticas coletivas e individuais com ênfase na promoção do cuidado, da saúde e na prevenção dos desequilíbrios energético-funcionais e/ou restauração das desarmonias existentes, bem como seguindo as premissas da PNPIC, o curso tem duração de 2 anos e carga horária de 1.200 horas. Está dividido em Módulos, por semestre, sendo estes: módulo 1-Básico de Saúde; 2-Fundamentos de Corporeidade e Biologia Humana; 3-Fundamentos da Biologia dos Sistemas Energéticos-funcionais e módulo 4-Processo de trabalho em PICS.

O curso de formação técnica em práticas integrativas e complementares em saúde é aprovado pelo Ministério da Educação e se apoia nas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, tendo como fio condutor e inovador o eixo da corporeidade, que norteia a formação para atuação com Práticas Corporais Contemplativas (Yoga, Lian Gong, Eutonia, Kun Yie ); Massoterapia, Aromaterapia, Auriculoterapia, Ventosaterapia e Moxabustão;

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As práticas elencadas na estrutura curricular do curso explicitam a necessidade de uma formação específica. Esta, por sua vez, integra os conteúdos das terapêuticas mediante uma compreensão de corpo multidimensional e uma adoção de cuidados que amplia as possibilidades de encontros, observações, mobilização e escuta sensível para as pessoas adoecidas e saudáveis. A intensão, durante esse processo de promover saúde e cuidar do corpo, é construir relações de vínculo, de corresponsabilidade, inovadoras, autônomas e socialmente inclusivas, como propõe a PNPIC.

O curso adota o pluralismo de ideias e concepções pedagógicas, agrega questões técnicas à formação crítica e humanista, fora de padrões mecanicistas pela compreensão da sociedade na sua complexidade. Aposta num profissional em cujas atividades laborais e rotinas diárias, em unidades hospitalares e outros serviços, esteja presente o sentido de cuidar em saúde, pelo reconhecimento do contexto externo com suas influências, na relação entre quem cuida e quem é cuidado.

Nesse cenário, se faz importante disseminar essa iniciativa em outras Instituições formadoras de profissionais de saúde. O empenho desejado assume certa relevância, visto que, haverá maior contingente de indivíduos capacitados para disseminar técnicas, hábitos e formas de conduzir os percalços da vida daqueles que são assistidos no cuidar. Assim, os serviços de saúde disponibilizarão à população as práticas integrativas e complementares como meio de fortalecer a promoção da saúde através de abordagens integrais de cunho preventivista.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, A. C. V. V. Corporeidade e yoga: o transcender da educação para além do ego. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Educação – UFRN, 2000.

AGUIAR, A.C.V.V. A alquimia da corporeidade em êxtase: perspectivas para uma educação transpessoal. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em Educação – UFRN, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. ATA da Centésima Sexagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
**RACIONALIDADES EM SAÚDE: SISTEMAS MÉDICOS E PRÁTICAS  
 ALTERNATIVAS (HACA 50): EXPERIÊNCIA DO BACHARELADO  
 INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, UFBA.**

**Anamélia Lins e Silva Franco**<sup>15</sup>, Carmen Fontes Teixeira<sup>16</sup>, Marcelo Nunes Dourado Rocha<sup>17</sup>.

## APRESENTAÇÃO

Os Bacharelados Interdisciplinares em desenvolvimento na UFBA (BIs) fazem parte dos planos da UFBA desde 2004 a partir da aprovação do Plano de Desenvolvimento Institucional. Em 2007 com a aprovação do REUNI esse projeto conquistou respaldo político-institucional e financeiro. A UFBA NOVA como foi

<sup>15</sup> Anamélia Lins e Silva Franco (Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, UFBA, Profa. do IHAC-UFBA);

<sup>16</sup> Carmen Fontes Teixeira (Médica, doutora em Saúde Coletiva, UFBA, Profa. do IHAC e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFBA);

<sup>17</sup> Marcelo Nunes Dourado Rocha (Odontólogo, doutorando em Saúde Coletiva, UFBA, professor da Escola Baiana de Odontologia e Saúde Pública).



nomeado todo esse processo contou com amplo debate, ampliação de vagas e novos modelos de arquitetura curricular, em especial os Bacharelados Interdisciplinares em Saúde. Os BIs em curso contemplam quatro grandes áreas: Humanidades, Artes, Ciência e Tecnologia e Saúde, trata-se de um primeiro ciclo de formação universitária com terminalidade própria (2400 horas).

A implantação do BI Saúde é uma inovação, um experimento no âmbito da formação de pessoal em saúde, que pretende responder aos anseios de mudança nos processos de formação com efeitos nas práticas em saúde na perspectiva da interdisciplinaridade e das respostas aos problemas sociais.

O BI Saúde UFBA compreende a Saúde como um campo interdisciplinar e seu “egresso será um indivíduo dotado de uma compreensão abrangente da problemática de saúde nas sociedades contemporâneas, com capacidade de compreender a contribuição de diversas disciplinas do campo científico, das humanidades e das artes na análise das múltiplas dimensões dessa problemática e das respostas sociais que vêm sendo dadas a estes problemas” (UFBA, 2009).

O estudante para concluir o BI Saúde cursará 2040 horas em componentes curriculares e 360 horas em atividades complementares. Entre as horas cursadas nos componentes curriculares 136 horas são comuns a todos os estudantes dos quatro BIs com os componentes Estudos da Contemporaneidade que compõem o eixo interdisciplinar, 136 horas também comuns a todos, no eixo linguagem, com os componentes Língua, poder e diversidade e Produção de Textos em Língua Portuguesa. Para aprofundar a interdisciplinaridade o estudante deverá cursar componentes nas áreas complementares do saber: 136 horas de cultura artística e 136 horas de cultura humanística. O BI Saúde possui quatro componentes obrigatórios de 68 horas: i) Introdução ao Campo da Saúde; ii) Campo da Saúde Saberes e Práticas; iii) Saúde Educação e Trabalho e iv) Oficina de Textos Técnicos e Acadêmicos em Saúde. As 1224 horas restantes 748 devem ser cursados em componentes da área de saúde, componentes de todos os cursos oferecidos pela Universidade e 476 horas são componentes livres- o que significa qualquer componente oferecido pela Universidade.

Outro elemento importante na formação do bacharel interdisciplinar na UFBA é o desenvolvimento da sua autonomia. Isso acontece pela carga-horária de componentes optativos e livres (1224 horas) e principalmente porque o curso é orientado por uma matriz curricular que não tem pré-requisitos e que pode ser construída de acordo com as escolhas do estudante. Para efeito de organização, ainda são oferecidos os componentes obrigatórios ao estudante calouro, mas não há impedimento que esses componentes sejam cursados ao longo do curso ou no final.

A temática “Racionalidades<sup>18</sup> em saúde” no curso de Bacharelado Interdisciplinar surgiu a partir da análise de várias perspectivas: i) o reconhecimento da incorporação nos Sistemas Médicos em todo o mundo de concepções e práticas não biomédicas; ii) esse fenômeno também tem sido presenciado no Brasil com a difusão de sistemas médicos práticas “alternativas” tanto no âmbito da medicina interna quanto da saúde mental. Esse movimento Nacional foi legitimado no âmbito

---

<sup>18</sup> Segundo Luz (2005), as racionalidades médicas ou sistemas médicos complexos possuem, em termos teóricos e/ou simbólicos, cinco dimensões básicas: 1) uma morfologia humana, 2) uma dinâmica vital humana, 3) uma doutrina médica, 4) um sistema de diagnose e 5) um sistema terapêutico.

das políticas governamentais brasileiras com a aprovação da PNPIC-SUS (BRASIL, 2006); iii) observou-se também uma tendência crescente de produção científica tendo um interesse significativo por parte de profissionais das ciências sociais.

Essas foram as justificativas para inclusão do tema das Racionalidades em Saúde como componente optativo do BI Saúde, entretanto atualmente, após três semestres de sua implementação consideramos que a discussão das Racionalidades em Saúde, proposta em HACA 50, vem ser uma ampliação da discussão realizada em Introdução ao Campo da Saúde já que passam a ser conhecidos outros conceitos-concepções de saúde, uma ampliação da análise sobre o sistema de saúde brasileiro apresentada em Campo da Saúde, Saberes e Práticas e por fim uma outra perspectiva para a ação do profissional de saúde, nas diversas áreas de profissionalização.

A decisão de oferecer esse componente ensejou, inicialmente, um esforço de revisão para elaborar um programa de curso que contemplasse as bases conceituais mínimas que configuram o debate atual em torno dessa temática, ao tempo em que motivasse os estudantes a se envolverem no levantamento e sistematização da situação atual em termos da difusão e incorporação das “práticas integrativas e complementares” no sistema de saúde brasileiro.

Ressalte-se também que, em 2010 quando o componente começou a ser oferecido esse tema até então não havia sido abordado nos cursos de graduação na área de saúde, enquanto uma disciplina, um componente, sendo tratado quase que exclusivamente em alguns cursos de pós-graduação que desenvolvem pesquisas na área de Antropologia da Saúde ou de Sociologia da Saúde.

## **OBJETIVO**

Este texto busca relatar esse processo, descrevendo e comentando, em primeiro lugar, o programa de curso, em segundo lugar, discorre sobre o desenvolvimento do curso, explicitando o conteúdo programático e as estratégias pedagógicas utilizadas, e analisa o desempenho dos alunos nas atividades propostas.

## **O PROGRAMA DE RACIONALIDADES**

A elaboração do programa do curso tomou como ponto de partida a revisão de literatura na área de Ciências Sociais em Saúde, recorrendo-se, entre outros, a textos e coletâneas organizadas por docentes e pesquisadores (UCHOA E VIDAL, 1994; ALVES E RABELO, 1998; MINAYO E COIMBRA JR., 2005; BARROS, 2008), o que permitiu que se localizasse o tema no âmbito de estudos de corte antropológico, sociológico e histórico, que estudam as concepções (saberes) que fundamentam os chamados “sistemas médicos” e as práticas de saúde em distintas sociedades.

Desse ponto de vista, foram definidos os objetivos pedagógicos do componente curricular: i) Analisar as características da medicina do ponto de vista sócio-histórico e antropológico; ii) Descrever e analisar a emergência e desenvolvimento da “medicina científica”; iii) Identificar e analisar os movimentos de reforma médica e suas repercussões sobre as políticas e organização dos sistemas de serviços de saúde; iv) Identificar e comparar as “racionalidades médicas” presentes na medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica; v) Identificar e discutir as semelhanças e diferenças entre sistemas

terapêuticos biomédicos, tradicionais, alternativos, populares e *folk*; vi) Discutir a Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS e analisar as diretrizes referentes à incorporação nos serviços públicos de saúde; vii) Analisar a emergência de práticas de saúde não convencionais e técnicas complementares em instituições não médicas.

Pelo exposto, percebe-se que o programa parte da revisão dos estudos sobre racionalidades médicas, sistemas terapêuticos e práticas alternativas, realizados no campo da Saúde Coletiva, especificamente na área de Ciências Sociais em Saúde, na interface dos estudos sociológicos e antropológicos sobre saberes e práticas em saúde. Dessa forma, busca problematizar o “diálogo” interdisciplinar e multicultural que vem se estabelecendo nesse espaço, ao tempo em que discute os limites e possibilidades de “complementariedade” entre sistemas médicos fundamentados em concepções distintas acerca do corpo, da saúde e da doença.

Ao longo dos três semestres que HACA 50 foi oferecido ocorreram mudanças principalmente na relação dos estudantes com o objeto de conhecimento em construção, o processo de avaliação da aprendizagem. No primeiro momento além de avaliações do conteúdo sócio-antropológico os estudantes apresentaram seminários relativos as diversas racionalidades. No segundo semestre buscou-se a partir de entrevistas construir uma história das racionalidades e de algumas práticas na Bahia e nesse último semestre buscou-se conhecer a realidade daqueles que desenvolvem as práticas cotidianamente, tanto profissionais como usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados aferidos na avaliação do trabalho dos alunos indica que o componente tem contribuído para a construção de uma visão mais ampla acerca das distintas racionalidades que “atravessam” o campo da Saúde. Reconhecemos a pertinência desse componente inclusive ampliando-se a oferta de modo a contemplar os demais cursos da área de saúde.

Por fim, o interesse e a disponibilidade dos estudantes pelo estudo das racionalidades não biomédicas e a análises de diversas práticas em saúde são crescentes. Esse trabalho tem sido provocador de reflexões pessoais, profissionais e institucionais.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C.; RABELO, M. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde-doença. In: Alves, P.C.; Rabelo, M. (orgs) *Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Fiocruz, 1998. p.107-121.
- BARROS, N.F. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2008. 311 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

- LUZ, M.T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988. 151p.
- LUZ, M.T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: *Canesqui, A. M. (org) Dilemas e desafios das Ciências Sociais em Saúde Coletiva*. São Paulo, HUCITEC, 2000.
- LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: *Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco, 2001.
- LUZ, M.T. Novas Práticas em Saúde Coletiva. In: *Minayo e Coimbra (orgs). Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.33-46.
- MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. (orgs). *Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- UCHOA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, dez. 1994.
- UFBA, IHAC, Colegiado do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. *Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Salvador, 2010.

# I P I C S N E

## PRÁTICAS COMPLEMENTARES: EXPERIÊNCIA ACADÊMICA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DA BAHIA

**Indiara Campos Lima** (UEFS, Professor); **Almeida Bastos** (Faculdade Pitágoras, Professor); **Mávis Dill Kaipper; Célia Maria C dos Santos; Jeancarlo Filgueiras** (UEFS, Professores).

### INTRODUÇÃO

Práticas complementares e integrativas em saúde são consideradas as práticas terapêuticas utilizadas concomitantemente ao tratamento convencional e que têm se difundido pelo mundo inteiro, com grande intensidade ultimamente, apesar da sua remota utilização, pois historicamente pertencem ao patrimônio cultural e ao inconsciente coletivo da humanidade<sup>1,2</sup>. O interesse da população pelas práticas complementares e integrativas vem crescendo e estimulando os órgãos gestores e setores da saúde mundial para a implementação e desenvolvimento de medidas que visem a corresponder aos anseios da sociedade nessa área<sup>3</sup>.

As terapias integrativas fundamentam-se em uma visão holística do ser humano, fugindo da abordagem fragmentada e mecanicista do modelo médico

dominante que visa à tecnologia, a especialidade e o mercantilismo, valorizando o indivíduo; onde emoções, sensações, sentimentos, razão e intuição se compensam e se vigoram buscando equilibrar o indivíduo no seu aspecto físico, social, mental, espiritual e ambiental <sup>4,5</sup>. Estas abordagens integrativas podem ajudar no controle do estresse e melhorar a qualidade de vida, estimulando a relação do indivíduo com o ambiente, com seus pares e consigo mesmo, utilizando técnicas e métodos que auxiliam o profissional na orientação ao indivíduo em adoções de hábitos e costumes saudáveis <sup>6</sup>.

O campo das práticas integrativas e complementares contempla sistemas complexos e recursos terapêuticos, denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). No final da década de 70 a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área que culminaram no documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”. No Brasil estas abordagens ganharam ênfase a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS e com a aprovação pelo Ministério da Saúde da Portaria 971/2006, que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, onde recomenda-se a implantação e implementação em todas as esferas dos serviços de saúde<sup>7,2</sup>; salientamos que apesar de citar apenas quatro das diversas práticas existentes, é um marco inicial para utilização de tantas outras práticas no SUS, contemplando assim um número maior de beneficiados junto à população mais carente do país.

O presente trabalho relata a experiência acadêmica junto à comunidade de uma universidade pública da Bahia, através de uma disciplina optativa e de um projeto de extensão com práticas complementares e integrativas em saúde.

O projeto TnC e Você: um projeto de ensino e extensão em terapias e integrativas foi idealizado no final da década de 90 e encaminhado na primeira versão em 2002 com o título: Centro de Terapias Alternativas. O projeto na versão atual foi encaminhamento à coordenação de Extensão do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 2008, aprovado pelos pares em 2010, e pelo Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão em 13 de dezembro do mesmo ano, com a Resolução CONSEPE 221/2010 <sup>3,5</sup>. A disciplina optativa Terapêuticas não Convencionais (TnC), com 60 horas de carga horária teórico-prática integra o currículo do curso de enfermagem da UEFS a mais de dez anos, é ofertada para os cursos de enfermagem e educação física, sendo solicitada vagas pelos diversos cursos de saúde e áreas afins.

A disciplina é ministrada por dois docentes do curso de enfermagem e o projeto de extensão é realizado com a colaboração de docentes dos cursos de enfermagem, medicina e letras, envolvendo os Departamentos de Saúde e Letras e Artes da Universidade Estadual de Feira de Santana, localizada na cidade de Feira de Santana, interior da Bahia. São beneficiando docentes, discentes e funcionários da UEFS e a comunidade externa, através da Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI) e em eventos científicos. A finalidade de nossa prática é proporcionar espaço terapêutico de aprendizado, onde a Disciplina Terapêuticas não Convencionais (TnC) realiza suas atividades junto à docentes, funcionários e discentes da Universidade Estadual de Feira de Santana utilizando práticas

integrativas e complementares visando o controle do estresse e tensões diárias harmonizando aspectos biopsicosociocultoespíritoenergetico do ser humano.

Dentre as atividades do projeto estão os atendimentos com agendamento prévio (shiatsu, auriculoterapia, energização e alinhamento dos chacras; homeopatia e terapia floral) realizadas pelos profissionais; e massoterapia (massagem relaxante, na cadeira e reflexologia podal), realizada pelos bolsistas. As atividades são realizadas na sala prática Terapêuticas não Convencionais, localizada no MP 62, Laboratório de Enfermagem e em outras salas do referido laboratório. Os procedimentos seguem protocolos específicos, elaborados pelos profissionais.

Outras atividades realizadas são: 1) Espaço Anti-Estresse, atividade realizada em eventos científicos com práticas de massoterapia pelos bolsistas e auriculoterapia, energização e alinhamento dos chacras pelo docente 2) Massoterapia para idosos, práticas realizadas pelos bolsistas numa parceria com o Programa Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI). Os primeiros acontecem em eventos científicos realizado no campus universitário e instituições da cidade e as segundas semanalmente em dias definidos pela equipe de trabalho na sala prática da disciplina e outras salas práticas do laboratório.

Os bolsistas foram previamente treinados pela coordenadora do projeto e participaram de reuniões para planejamento e efetivação das atividades. Todos os atendimentos foram registrados em livro de registro e impresso próprio específico, com anotações antes e após cada atendimento, sendo este o instrumento de coleta de dados utilizado para este trabalho, arquivado na sala prática da referida disciplina.

Em 2011 participamos de três eventos científicos atendendo 244 pessoas e realizando 340 práticas complementares (massagens, energização, alinhamento de chacras com cromoterapia e auriculoterapia). Na prática da disciplina foram atendidas 60 pessoas com 69 massagens (relaxante, na cadeira e reflexológica podal) realizadas e foram atendidos 28 idosos da UATI com 151 massagens (relaxante, na cadeira e reflexológica podal) realizadas. Neste ano perfazemos um total de 332 pessoas atendidas e 560 práticas complementares e integrativas realizadas<sup>8</sup>.

No ano de 2012 atendemos um total de 1076 pessoas e realizamos 1639 práticas complementares e integrativas realizadas. Nos cinco eventos científicos que participamos, 339 pessoas foram atendidas e 410 práticas complementares (massagens, energização, alinhamento de chacras com cromoterapia e auriculoterapia) realizadas. Na prática da disciplina foram beneficiados 238 pessoas com 401 massagens realizadas (relaxante, na cadeira e reflexológica podal) e na parceria com a UATI foram atendido 26 idosos e realizadas 231 massagens (relaxante, na cadeira e reflexológica podal). Em relação a realização da massoterapia pelos bolsistas foram atendidas 286 pessoas e realizados 272 massagens (relaxante, na cadeira e reflexologia podal)<sup>9</sup>.

Com a implantação do agendamento prévio para os atendimentos dos profissionais em 2012 as práticas complementares à saúde como homeopatia, terapia floral, shiatsu; auriculoterapia, energização e alinhamento dos chacras com cromoterapia, beneficiaram 185 pessoas, sendo homeopatia (19),

terapia floral (20), shiatsuterapia(16); auriculoterapia, energização e alinhamento dos chacras com cromoterapia (130); foram realizadas 286 atendimentos em práticas complementares e integrativas em saúde, sendo homeopatia (39), terapia floral (22), shiatsuterapia(76); auriculoterapia, energização e alinhamento dos chacras com cromoterapia (149) <sup>9</sup>.

Além das atividades acima mencionadas, promovemos oficinas de massagem relaxante, massagem na cadeira e auto massagem, bem como elaboração de trabalho de conclusão de curso e elaboração e apresentação de trabalhos em eventos científicos bem como publicações em periódicos.

O ser humano deve ser compreendido em toda sua integralidade abordando aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, ambientais e energéticos, ou seja, enquanto ser “biopsicosociocultoespiritoenergetico”, respeitando-o em essência. Em dois anos de funcionamento o projeto de extensão “TnC e Você” e a prática da disciplina optativa Terapêuticas não Convencionais, beneficiou 1408 pessoas com 2199 práticas complementares e integrativas em saúde realizadas, demonstrando aceitabilidade e credibilidade da população beneficiada. No entanto este número não faria sentido se não existisse no final de cada atendimento a expressão facial de relaxamento, a verbalização do sentimento de bem estar e o sorriso de agradecimento na face do ser-cuidado e também do ser-cuidador

A realização de trabalhos desta natureza que valorizam novos/velhos saberes proporcionando melhor aceitação de um novo/velho paradigma, bem como melhora a relação cuidador/ser cuidado no compartilhar de sentimentos e na compreensão das diferentes visões de mundo, dessa forma a cientificidade converge para além de dados ou protocolos, buscando a formação de profissionais e indivíduos com uma visão mais integralizada e humanizada do ser humano.

Complementares em Saúde  
Pela reconstrução do modelo de cuidado

## REFERÊNCIAS

1. LIMA, I. C., Terapias integrativas e complementares: uma visão geral. Departamento de Saúde. Feira de Santana: UEFS, 2007.
2. LIMA, Indiara Campos; BASTOS,. Rodrigo Almeida; KAIPPER, Mávis Dill; SANTOS, Célia Maria C dos; FILGUEIRAS, Jeancarlo. Terapias complementares: um projeto de extensão. Rev. Conexão UEPG, Vol. 8, No 1 (2012). Ponta Grossa-PR.
3. TEIXEIRA, M. Z. A ciência das formas peculiares de curar. Jornal da USP, São Paulo, p. 1, 21 a 27 mar 2005.
4. TSUCHIYA, K. K., NASCIMENTO, M. J. P. Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro. Rev Enferm UNISA 2002; 3: 37-42.
5. SILVA, Luana Batista. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de graduação em enfermagem de uma

instituição pública, 2012, 43f. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana: 2012.

6. LIMA, Indiara Campos (Coord.). Projeto de Extensão: TnC e Você: um projeto de ensino e extensão em terapias complementares e integrativas, Departamento de Saúde, Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana: UEFS, 2009.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 971- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC no Sistema Único de Saúde. Brasília, 3 de maio de 2006.
8. Relatório anual de projeto de extensão. Projeto TnC e você: um projeto de ensino e extensão em terapias complementares e integrativas. Pró-Reitoria de Extensão. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.
9. Relatório anual de projeto de extensão. Projeto TnC e você: um projeto de ensino e extensão em terapias complementares e integrativas. Pró-Reitoria de Extensão. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.

## CONHECIMENTO E VIVÊNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM.

**Matilde Baracat** (Enfermeira, mestre, Terapeuta Holística, professora, Sociedade de Ensino do Nordeste – SEUNE, Maceió);

**Elza Duarte** (Bióloga, especialista, Terapeuta Holística, professora. Sociedade de Ensino do Nordeste - SEUNE, Maceió-AL).

### INTRODUÇÃO

A discussão da atenção à saúde e da formação profissional na enfermagem envolve uma análise crítica de modelos de assistência que são criados e desenvolvidos de acordo com o contexto e as bases culturais e materiais de cada época.

Historicamente a enfermagem adota um modelo de assistência denominado biomédico, centrado na doença, no saber médico, nos procedimentos técnicos, impondo um fazer mecânico e burocratizado, seguindo o que determina a lei que regulamenta a profissão (Lei 7.498/1987).

Apesar dos avanços tecnológicos terem possibilitado um grande avanço no controle das doenças no mundo todo (GEOVANINI, et al, 2002) no desenrolar do séc. XX não mais consegue dar resposta plena aos graves problemas de saúde da



população relacionados ao estresse, à poluição e aos maus hábitos (PELIZZOLI; LIIMAA, 2009).

A partir daí passa-se à discussão de um novo modelo de assistência em saúde, que incorpore valores como a humanização dos serviços e a busca da integralidade na assistência, tendo o marco histórico em 1986 com a Reforma Sanitária.

Esse contexto é considerado, também, um marco para a introdução de outros recursos terapêuticos denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). A meta é a oferta de um novo leque de terapias possibilitando ao usuário a escolha democrática da terapêutica de sua preferência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No Brasil, a oficialização dessas práticas acontece em 2006 com a PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS) através da portaria nº 971. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em sintonia com as mudanças no cenário nacional a Sociedade de Ensino do Nordeste SEUNE cria o curso de Enfermagem em 2009 propondo uma formação profissional integral, humanizada que faça a diferença no cuidar em saúde da sociedade, destacando entre outras competências a **“Capacidade de utilizar estratégias que ampliem as possibilidades do cuidar de si e do outro aplicando recursos das Terapias Integrativas e Complementares, buscando o equilíbrio corpo-mente-espírito”**.

Essa competência é trabalhada especialmente em uma disciplina com cinco créditos (100 horas) intitulada “Práticas Integrativas e Complementares no Cuidar em Saúde” cuja ementa **“Estuda o modelo assistencial integral, a dimensão energética humana, a fisiopatologia do estresse, a importância do autocuidado na busca do equilíbrio corpo mente e a integração das terapias complementares no cuidar em saúde”**.

O Objetivo geral da disciplina é ampliar as possibilidades do cuidar em saúde incluindo as dimensões física, energética, emocional e espiritual, com foco no Auto Cuidado do Cuidador e o desafio de aprender estratégias de cuidar de si para poder cuidar do outro.

Autocuidado (AC) é cuidar de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo e da mente, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças, adotar medidas de prevenção de doenças.

O objetivo da educação para o AC vem da tradição de Dorothea Orem e sua teoria apresentada no início dos anos 1970 é permitir a provisão da pessoa da capacidade para cuidar de si (FOSTER, PC; BENETT, A.M.; OREM, Dorothea, 2000).

O principal desafio tem sido o aprendizado de estratégias que minimizem os efeitos do estresse já que esse é um problema considerado pela OMS como uma epidemia mundial e tem produzido um grande sofrimento coletivo pelo adoecimento físico e emocional e perda da qualidade de vida. (ANDREWS, 2003).

Os eixos temáticos são desenvolvidos de forma teórica e vivenciais sequenciados e interligados de maneira a construir um leque de possibilidades

iniciados com a importância do monitoramento dos pensamentos – programação mental positiva, ou seja, gerenciar as emoções desenvolvendo a habilidade de transformar padrões negativos em positivos. (SZEGO, Thais, 2009). Observar sinais e sintomas de estresse, ansiedade, depressão, raiva, tentar manejar apropriadamente com ajuda profissional ou sozinho previne agravos e somatizações.

Na sequência é enfatizada a importância da prática da respiração diafragmática (respiração profunda), relaxamento físico-mental e introdução à meditação. Havendo treino destas técnicas é possível aumentar a eficiência da oxigenação e da eliminação do gás carbônico, expandir o nosso reservatório energético e essa expansão fortalece a mente, harmoniza as emoções e equilibra o corpo (ANDREWS, 2003).

A disciplina introduz práticas corporais – alongamentos integrados com respiração diafragmática e consciência corporal. O objetivo é reduzir uma *grande variedade de problemas físicos como dor nas costas, dores de cabeça, pescoço e ombros até a perda da flexibilidade, tensão e fadiga*. (BERSIN, 1992).

Com essas práticas iniciais são introduzidos conteúdos e vivências da massoterapia: automassagem corporal, massagem das mãos; massagem dos pés, visando o gerenciamento do estresse, relaxamento físico e mental e o alívio da dor.

Complementando as técnicas de massagem corporal é apresentada aos estudantes de enfermagem a massagem para bebês, massagem Shantala, trazida da Índia para o ocidente pelo obstetra francês Frédérick Leboyer. Para Leboyer o contato amoroso com o bebê estabelece nele uma base emocional altamente favorável ao seu desenvolvimento. (LEBOYER, 1995).

Coroando a disciplina o último eixo temático aborda a Ciência Hedônica ou Ciência da Felicidade. Na última década vem crescendo uma nova área de pesquisa, a da Felicidade, baseada na política oficial do governo do Butão denominada FIB (Felicidade Interna Bruta). O FIB propõe um Modelo Multidimensional - pensamento sistêmico, interdisciplinar e contempla dimensões subjetivas e objetivas – materiais e não materiais. (Andrews, 2012).

Considerando que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 197 de 19 de março de 1997, reconhece as Terapias Alternativas e Complementares como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, cabe às Instituições formadoras incluírem essas Terapias na formação do Enfermeiro.

A metodologia da disciplina inclui aulas teóricas e vivências, uso de músicas, movimentos, trabalhos em grupo com apresentação de artigos científicos na área das Terapias Integrativas e Complementares e relatórios com as experiências pessoais durante cada bimestre.

Os resultados podem ser observados nos relatórios dos acadêmicos de enfermagem:

“Já tinha ouvido falar no poder que tinham os pensamentos, mas nunca tinha dado tanta importância, até começar a praticar realmente e a monitorar meus pensamentos e ver os benefícios inacreditáveis trazidos a minha saúde”.

“Ao realizar a técnica da respiração abdominal durante 5’ duas vezes ao dia... observei que estava mais calma e mais leve...percebi que as cólicas menstruais diminuíram...passei a ir frequentemente ao banheiro”

“Com a respiração profunda melhorei a constipação e a ansiedade...”

“Adorei a prática da meditação... Percebi que deixar minha mente livre de pensamentos ruins por alguns instantes me faz muito bem”

“Venho praticando a técnica da massagem das mãos nos meus plantões...na equipe de enfermagem...está um sucesso...eles falam que dá uma sensação de prazer e relaxamento”

“...faço os exercícios corporais sempre pela manhã...e notei que meu dia se torna bem melhor com essas práticas”

“...minhas dores na coluna foram passando com a prática corporal ...me ajuda com as dores no pescoço...e quando não os faço as dores retornam”.

“Sentia-me muito indisposta e com muitas dores musculares então, assumi o compromisso de exercitar-me todos os dias, o resultado tem sido maravilhoso”

## REFERÊNCIAS

ANDREWS, Susan. **Stress a seu favor: como gerenciar sua vida em tempos de crise**. São Paulo: Agora, 2003;

\_\_\_\_\_. **A CIÊNCIA DE SER FELIZ**. São Paulo: Editora Agora, 2011;

BENTLEY, Eilean. **O LIVRO ESSENCIAL DE MASSAGENS: o guia completo sobre Terapias Manuais Básicas**. São Paulo: Manole, 2006;

BRASIL, Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. Revista Brasileira Saúde da Família**, maio 2008;

CHIA, Mantak. **AUTOMASSAGEM CHI: método taoísta de rejuvenescimento**. São Paulo, Cutrix, 1986.

LEBOYER, Frédérick. **SHANTALA: massagem para bebês, uma arte tradicional**. São Paulo, Ed. Ground, 7ª Ed. 1995;

PELIZZOLI, Marcelo (org.); LIIMAA, Wallace (org.). **O Ponto de Mutação na Saúde: A Integração Mente-Corpo**. Recife, PE. Editora Universitária UFPE, 2009.

**CONHECIMENTO OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DA UFAL  
SOBRE TERAPIAS COMPLEMENTARES**

**Bruna Luízy dos Santos Guedes** (estudante do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas);

**Bruno Kennedy Lins Medeiros; Giordanni Bruno Ferreira de Oliveira** (enfermeiros pertencentes ao grupo de pesquisa PROCUIDADO da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas);

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza** (professor associado 4 da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas).

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tratou de levantar o conhecimento dos estudantes em um curso de graduação em enfermagem da UFAL sobre as terapias complementares que constam na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

As terapias complementares são técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/corpo/espírito e não um conjunto de partes isoladas. Essas terapias foram denominadas de diferentes formas, como por exemplo: alternativas, naturais, não-ortodóxicas, holísticas, integrativas e não-convencionais. Nas décadas passadas, foram conhecidas como “terapias alternativas” expressão que acabou sendo substituída por “terapias complementares” uma vez que a primeira faz alusão a uma escolha entre duas opções de terapias de maneira exclusiva, e a segunda remete à ideia de que essas modalidades terapêuticas devem ser utilizadas concomitantemente com o tratamento alopático, potencializando a ação benéfica ao indivíduo, uma vez que a alopatia trata o homem de forma segmentada através da intervenção direta no órgão ou parte doente.

Diante dessa realidade, excluir essas alternativas dos serviços de saúde seria um desrespeito às demandas da sociedade e uma contradição do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere aos seus princípios e suas diretrizes. Por esse motivo, essa conjuntura vem sendo pautada a nível nacional e culminou com a aprovação da Portaria nº 971 do Ministério da Saúde em 2006, que estabelece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, do Ministério da Saúde (MS), contempla algumas terapias ou medicinas complementares, também denominadas de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens

abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

As Terapias complementares podem ser agrupadas em: a) terapias físicas: acupuntura, moxabustão, shiatsu (e outras massagens), do-in, argiloterapia, cristais; hidroterapia (não especificada), banhos, vaporização e sauna; b) fitoterapia (não especificada), ervas medicinais, florais; c) nutrição alternativa (não especificada), terapêutica nutricional ortomolecular; d) ondas, radiações e vibrações: radiestesia e radiônica; e) terapias mentais e espirituais: meditação, relaxamento psic muscular, cromoterapia, toque terapêutico, visualização e Reiki; f) terapia de exercícios individuais: biodança e vitalização.

## OBJETIVO

Levantar o conhecimento dos estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas sobre as Práticas Integrativas e Complementares preconizadas pelo PNPIC no SUS.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, pois buscamos levantar o conhecimento dos estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas sobre Práticas Integrativas Complementares preconizadas pelo PNPIC do SUS.

O estudo descritivo é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. Além disso, o estudo descritivo tem por função descrever as características de determinada situação, podendo ser utilizado quando coletar dados com um objetivo definido, incluindo uma interpretação por um investigador.

O ambiente de nosso estudo foi a Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, localizada no Campus A.C. Simões em Maceió. A Escola compreende os cursos de Graduação em Enfermagem e Farmácia e conta com 240 alunos matriculados em Enfermagem

A população do nosso estudo foi composta pelos estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFAL do primeiro ao décimo semestre. A partir de 2006, as vagas foram aumentadas em 50%, somando 60 vagas, e o curso passou a ser semestral. Portanto, durante a coleta de dados tivemos duzentos e setenta e dois estudantes regularmente matriculados que compôs a população.

O conceito de amostra é que a mesma constitui uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo. A técnica de amostragem não probabilística adotada foi a acidental. Trata-se de uma amostra formada por aqueles elementos que vão aparecendo, que podem ser obtidos até completar o número desejado de elementos da amostra, geralmente utilizada em pesquisa de opinião em que os entrevistados são acidentalmente escolhidos com partilha proporcional, ou seja, nossa amostra foi representada por 11% da população total de estudantes.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário a ser preenchido pelo próprio estudante. No momento da aplicação do formulário, os alunos foram escolhidos de forma não aleatória, ou seja, aquela que não se pode aplicar inferência estatística, mas pode-se utilizar a estatística descritiva.

Sendo assim, para formalizar o consentimento verbal foi solicitada a assinatura dos sujeitos da pesquisa em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual se garante o sigilo, o anonimato, a sua segurança e integridade, além da liberdade de, assim que desejarem, deixar de participar da pesquisa. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e aprovado com o processo de número 006048/2011-33.

Após recebimento do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, deu-se início a coleta de dados desta pesquisa, a qual foi realizada através da interrogação direta dos sujeitos, no qual os sujeitos da pesquisa foram abordados e indagados se aceitariam participar de nosso estudo.

## **RESULTADOS CONCLUSIVOS**

Pudemos verificar nesse estudo, diante dos objetivos propostos, que os estudantes possuem conhecimento sobre terapias complementares, mas poucos conhecem a PNPIC, suas terapias e o que cada uma representa.

É necessária a intensificação e a oficialização das discussões sobre as terapias complementares/alternativas no curso de enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL, não por meio de cursos extracurriculares ou disciplinas eletivas, mas sim como parte do currículo básico do enfermeiro, como disciplina obrigatória e indispensável a todos os graduandos.

## **REFERÊNCIAS**

Andrade M.M. de Introdução à Metodologia do Trabalho Científico. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2001. 174p.

MS. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 91p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>. Acessado em: 01/03/11.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de Normas e Procedimentos do núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração/Numenati. Distrito Federal;2010. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/318/00000044.pdf> Acessado em; 15/02/11

Pires RM. O Termalismo Tem Lugar na Reumatologia nos Dias Atuais? Rev Bras Reumatol; 2006. v. 46, n. 2, p. 161-162. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042006000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000200015). Acessado em: 01/03/2011.

Quintela MM. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). Hist Cien Sal. 2004;1:239-260.

## TERAPIAS COMPLEMENTARES: CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO PELOS DOCENTES DE ENFERMAGEM, 2011.

**Luana Batista da Silva** (Enfermeira, Graduada na UEFS);  
**Indiara Campos Lima** (Orientadora, Docente da UEFS);  
**Rodrigo Almeida Bastos** (Co-orientador, Docente Faculdade Pitágoras)

### INTRODUÇÃO

As terapias complementares ou integrativas fundamentam-se em uma visão holística do ser humano, fugindo da abordagem fragmentada e mecanicista do modelo médico dominante que visa à tecnologia, a especialidade e o mercantilismo. O holismo vem da palavra grega *holos* que significa todo, e traz uma visão geral do indivíduo, na qual as emoções, sensações, sentimentos, razão e intuição se compensam e se vigoram buscando equilibrar o indivíduo no seu aspecto físico, social, mental, espiritual e ambiental<sup>1</sup>.

As práticas não convencionais utilizam-se de recursos terapêuticos com eficácia comprovada e que complementam as terapias convencionais, respeitando a individualidade de cada um e empregando técnicas seguras, pautadas na

responsabilidade profissional, com o pleno conhecimento e consentimento do cliente<sup>2</sup>.

Diante dessa realidade, com o intuito de garantir a integralidade na atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, foi instituído na forma de Portaria Ministerial nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a qual regulamenta essas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda existe uma desarticulação entre os demais setores ocorrendo de modo desigual, descontinuado, com registros deficientes e até mesmo ausentes, carência no fornecimento adequado de insumos ou nas ações de acompanhamento e avaliação<sup>3</sup>.

Outro aspecto a ser considerado em relação às práticas complementares é que vários conselhos profissionais, reconhecem a acupuntura como uma especialidade da terapia complementar, a exemplo do Conselho Federal de Enfermagem, (COFEN). A resolução 197, de março de 1997 do COFEN, estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, desde que realizado curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênera, com carga horária mínima de 360 horas<sup>4</sup>.

Tendo em vista a importância da terapêutica complementar para promoção e proteção da saúde, assim como prevenção de agravos, reabilitação e manutenção da saúde, questiona-se: os docentes do curso de graduação enfermagem conhecem e utilizam as terapias complementares e integrativas? Dessa forma, o objetivo deste trabalho é identificar aspectos relevantes do conhecimento e a utilização das terapias integrativas pelos docentes do curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública.

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, descritivo do tipo corte transversal, com aplicação de questionário aos docentes do curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública de ensino, no período de Outubro à Novembro de 2011. Dos 72 docentes a serem localizados, foram entregues 64 questionários e destes foram devolvidos 40, sendo esta a população de estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, protocolo nº 012/2011/CAAE nº 0010.059.000-11, seguindo as especificações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, incluindo o termo de consentimento livre esclarecido<sup>5</sup>.

Nossa pesquisa apontou que em relação à religião da população estudada, a maioria declarou-se católica, resultado esperado como no trabalho de Trovo e Silva<sup>6</sup>, pois o Brasil é um país predominantemente católico, apesar do sincretismo religioso.

Quando questionados em relação às práticas de terapias complementares, 92,5% (37) possuem algum tipo de conhecimento em terapias complementares e 7,5% (03) nunca ouviram falar sobre estas, sendo um número próximo ao encontrado no estudo com alunos de enfermagem da Universidade de São Paulo, os quais 93,75% conheciam alguma terapia complementar/alternativa e apenas 6,25% não conheciam<sup>6</sup>, mesmo comparado em populações diferentes, há uma aproximação nos achados.



Dos 37 docentes que possuem algum conhecimento sobre terapias complementares, a mais conhecida foi a homeopatia com 83,8% (31), e a menos o termalismo com 10,8% (04), sendo citadas outras terapias, 16,2% (06), a exemplo: aromoterapia, cromoterapia, florais de bach, massoterapia, reflexologia, moxabustão, musicoterapia e toque terapêutico.

Pela análise dos dados, a homeopatia é a terapia mais conhecida, dado que não coincide com outros estudos<sup>7,6</sup>, que obtiveram a acupuntura e a terapia floral as mais conhecidas, respectivamente; semelhanças aos achados em pesquisa no que diz respeito à terapia mais utilizada, o qual a homeopatia apresentou 29,3% no estudo citado, apesar de ser uma especialidade médica<sup>8</sup>.

O contato dos docentes com estas terapias ocorreu por meio de: 58,8% (20) pela utilização pessoal e em familiares, 29,4% (10) por indicação de terceiros, 17,6% (06) durante a formação acadêmica e 17,7% (05) através de leituras de artigos e livros sobre o tema. Dos 37 que conhecem, 8,1% (03) não descreveram os meios de conhecimento das terapias complementares. Os resultados vão de encontro à presente pesquisa, sendo que a maior parte dos participantes destes tiveram contato com as terapias através de leituras de artigos e livros (34,5%) e apenas 21,9% a utilizavam<sup>6</sup>.

Com relação à utilização das terapias complementares, 77,5% (31) dos docentes que participaram da pesquisa utilizam ou já utilizaram alguma terapia complementar e 16,2% (06) nunca utilizaram. Destes, a terapia mais utilizada foi a homeopatia com 58,1% (18), e a menos o termalismo com 3,2% (01) e outros 6,4% (02), sendo citados toque terapêutico e atividade física.

Em estudo<sup>8</sup> onde foram pesquisados os docentes de instituições públicas e particulares da cidade de São Paulo em relação ao uso de terapias alternativas por enfermeiros docentes, demonstra que 66,1% já fizeram uso de alguma terapia alternativa contra 33,9% que afirmaram não fazer uso delas, sendo um dado compatível com o presente estudo.

Em relação à indicação de terapias complementares 70% (28) indicam o uso de terapias complementares e 30% (12) não indicam. Outro estudo<sup>8</sup> aponta que 94,9% recomendam o uso das terapias enquanto que 5,1% não a indicam por não conhecer o suficiente sobre as terapias.

Em relação as terapias indicadas, 67,9% (19) apontou a homeopatia a mais indicada, seguida de 57,1% (16) indicando a acupuntura, 46,4% (13) a fitoterapia, e 10,7% (03) indicando outras terapias, como a massoterapia, moxabustão, aromoterapia, atividade física e dietoterapia. Comparando utilização com indicação, observou-se que os dados se aproximam no que se refere à homeopatia, mesmo conhecendo seus efeitos, somente a homeopatia foi indicada com proporções aproximadas, sendo 58,1% para utilização e 67,9% para indicação.

Quanto ao incentivo à utilização das terapias complementares aos alunos por parte dos docentes em suas práticas, observa-se que 55% (22) dos docentes estimulam o uso de terapias complementares entre os alunos e 40,5% (15) não estimulam. Em sua pesquisa<sup>8</sup> demonstrou que 51% falam sobre as terapias complementares com os alunos, contra 49%, demonstrando em ambos os estudos

um percentual ainda pequeno de docentes que incentivam o uso dessas terapias aos alunos, visto a eficácia comprovada, a exemplo da acupuntura, homeopatia, fitoterapia, termalismo e medicina antroposófica<sup>9</sup>.

Quanto à estimulação da realização de práticas terapêuticas, 22,7% (05) o fazem através do relato de experiências, 18,2% (04) incentiva os alunos estudarem o tema, 27,3% (06) indica o uso aos clientes e 31,8% (07) discutem o assunto na prática. No estudo de outros autores<sup>6</sup> os alunos são questionados se já haviam discutido sobre as terapias alternativas com os docentes e 70,8% responderam negativamente, contra 29,2% positivamente, mostrando-se diferentes em relação aos dados apresentados nesse estudo.

Quanto à regulamentação das terapias complementares e integrativas, observou-se que 87,5% (35) dos participantes da pesquisa afirmaram que as terapias complementares são regulamentadas pelo Ministério da Saúde, 10% (04) afirmaram que não e 2,5% (01) não responderam. Em relação ao conhecimento da portaria que regulamenta as terapias 42,5% (17) responderam positivamente e 55% (22) não possuem conhecimento desta e 2,5% (01) não respondeu. Dos docentes pesquisados, nenhum citou a portaria nº 971 de 03 de maio de 2006.

Apesar do crescente interesse pelas terapias complementares, em nível mundial, tanto por parte dos profissionais de saúde como por pacientes, pode-se notar que um número significativo de docentes não possuem quaisquer conhecimentos sobre estas terapias, sendo um dado alarmante, pois além de não utilizarem deste instrumento como forma de cuidado aos clientes, eles podem ser espelho dos futuros profissionais que poderão seguir com uma visão puramente alopática, não enxergando outras possibilidades do cuidar.

Um resultado de grande relevância foi que nenhum dos professores pesquisados souberam citar a portaria que regulamenta as terapias complementares e integrativas, levando a considerar que apesar de pouco tempo de aprovada, em torno de 5 anos, esta deveria ser conhecida pela maioria dos profissionais que podem se utilizar dela, principalmente dos docentes de instituições superiores, visto que são formadores de opinião e incentivadores da prática do cuidar.

Faz-se necessário perceber o homem como um todo, em seu contexto "biopsicosociocultoespiritoenergetico", para que desta forma se alcance o tão almejado holismo na enfermagem, sendo as terapias complementares um instrumento para o cuidar a disposição do profissional.

É imprescindível que o interesse pelas terapêuticas complementares na formação superior dos profissionais de enfermagem seja estimulado pelos docentes, propondo um ensino mais amplo, redefinindo conceitos e propostas de assistência de enfermagem mais humanizadas.

## REFERÊNCIAS

1. TSUCHIYA, K. K., NASCIMENTO, M. J. P. Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm UNISA**, n.3, p.37 – 42, 2002.

2. LIMA, Indiara Campos. **Terapêuticas não convencionais: uma visão geral**. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2543.2005** - Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2005.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Disponível em: <[www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br)> Acesso em: 5 nov 2010.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196/96**. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out 1996.
6. TROVO, Monica Martins; SILVA, Maria Júlia Paes da, LEAO, Eliseth Ribeiro. Terapias Alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.4, p. 483-489, 2003.
7. BARBOSA, Maria Alves. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. 1994. 259 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
8. SILVA, Maria Julia Paes da; BENKO, Maria Antonieta. O uso das terapias alternativas por enfermeiros docentes. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, n. 3, p. 457-468, jul./set., 1998.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971/2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília-DF, 2006.

## SAÚDE E BEM-ESTAR DOS TRABALHADORES HOMENS DA FEIRA LIVRE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BAHIA.

Joanderson dos S. Cruz<sup>19</sup>; Elton Souza<sup>1</sup>; Aloísio Júnior<sup>1</sup>; Feizi Milani<sup>20</sup>; Renata Mota<sup>2</sup>.

### INTRODUÇÃO

A saúde do homem no Brasil vem se caracterizando como uma enorme provocação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e conseqüentemente para a efetividade das políticas públicas voltadas para os mesmos. Esses desafios também suscitam grande inquietude em pesquisadores da área (Saúde do Homem), que tem se debruçado sobre estudos que debatam e tragam elementos validos para essa discussão. Dados apontam que os índices de morbidade e mortalidade entre a

<sup>19</sup> Joanderson dos S. Cruz, Elton Souza, Feizi Milani – Discentes da Disciplina de Processo de Apropriação da Realidade (PAR III), curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

<sup>20</sup> Renata Mota – Docente da Disciplina de PAR III, do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

população masculina é relevantemente maior, quando postos em comparação com a população feminina.

Devido ao fato da população masculina não se reconhece como alvo das políticas públicas de saúde ou como sujeitos que necessitam de cuidados, na maioria das vezes só procuram pelo serviço em busca de tratamento de determinada enfermidade que já se agravaram, e não em prol da prevenção. Sendo assim a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem alinhada à Política Nacional de Atenção Básica, objetiva qualificar a atenção à saúde voltada para esse gênero, criando estratégias capazes de garantir, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Dentre os possíveis fatores que contribuem para a não frequência dos homens no sistema de saúde e maiores estatísticas de morbimortalidade destaca-se: o fator sócio-histórico e o fator cultural, os quais levaram à formação de uma população masculina machista, invulnerável. Trata-se de uma sociedade formada culturalmente na visão de que a masculinidade é demonstrada na agressividade, e o foco dos mesmos neste pensamento vem acarretando cada vez mais agravos à saúde dos próprios homens e aumento nos perfis de morbimortalidade por causas externas (envolvimento em brigas, acidentes automobilísticos). No percurso histórico brasileiro, inicialmente as políticas públicas de saúde, voltadas para mulheres e crianças sempre foram as mais destacadas e alvo de campanhas em saúde, ao contrário dos homens que vinham permanecendo na penumbra histórica da atenção à saúde (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Um fator importante a ser observado, é a existência de uma feminização do espaço, seja pela presença de cartazes mais voltados para a saúde da mulher e da criança, como também pelos funcionários que trabalha nas unidades de saúde. Estes funcionários muitas vezes não são preparados para receber o homem no serviço, fazendo com que o mesmo não se reconheça pertencente a este ambiente, não se apoderando deste espaço, ou serviço que lhe é assegurado por lei. Destarte faz-se relevante e necessário considerar as particularidades dos sujeitos homens, que fazem uso deste serviço no momento da organização e/ou estruturação dos três níveis de atendimento a saúde, principalmente do nível básico (FIGUEIREDO, 2005).

A demora no atendimento público devido à grande demanda que este sistema possui, caracteriza-se também como um empecilho para a não procura deste serviço pela população masculina. Geralmente as necessidades não são solucionadas de imediato, necessitando de paciência e tempo para conseguir atendimento, tendo que perder um ou mais dias de trabalho. Por não ter condições de pagar ou por não priorizar o serviço de saúde particular que muitas vezes é mais rápido e prático, sentem-se desamparados e não buscam o atendimento de saúde. Muitos também não vão por medo do diagnóstico de doenças.

Nesse sentido, estudos acerca da temática em questão se fazem necessários para que se possa adequar os serviços de saúde às demandas masculinas. Recomenda-se que no momento em que o homem busque o serviço de saúde seja bem tratado e aproveite-o da melhor forma possível, para que o retorno faça parte de sua rotina. Portando este trabalho objetivou o presente trabalho tem como

objetivo, analisar e conhecer a procura ao serviço de saúde e o bem-estar dos homens feirantes da Feira Livre de Santo Antonio de Jesus.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo, descritivo, acerca da saúde do homem, contou com a participação de 44 sujeitos do sexo masculino, trabalhadores, com idade entre 15 a 65 anos, da feira livre da cidade de Santo Antônio de Jesus-Ba. O trabalho foi realizado no mês de outubro de 2012. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário estruturado, contendo questões de múltiplas escolhas, que foram respondidas pelos participantes durante o seu momento de atividade laboral.

O questionário foi subdividido em cinco domínios, sendo: características sócio-demográficas, estilo de vida, morbidade referida, medicação e utilização dos serviços de saúde.

Para análise dos dados, utilizou-se a estatística quantitativa descritiva. A amostra escolhida para o estudo foi à amostra estratificada, composta por elementos (feirantes) provenientes de todos os estratos (galpões) da população (feira) e por amostra de conveniência, onde os pesquisadores coletaram os dados de pessoas que tiveram acesso em cada galpão. Para obtenção do tamanho da amostra foi utilizado o cálculo amostral, considerando grau de confiança de 95% e erro de 15%, obtendo um número (n) de indivíduos para compor a amostra, igual a 43. Vale ressaltar que utilizamos uma amostra de 44 pessoas, pois o número de entrevistados pode ser maior que a amostra e nunca menor.

Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais, com base no tamanho da amostra. O estudo foi realizado com trabalhadores dos galpões de carnes, farinha, hortifrutti, calçados, cereal e alimentação.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 44 feirantes homens da feira livre municipal de (SAJ-BA). Observada a distribuição das características sócio-demográficas, percebe-se que a maioria da população masculina que trabalha na feira livre tem faixa etária de 51 a 55 anos (20,5%), apenas (2,3%) da população tem faixa etária de 26 a 30 anos.

Observa-se ainda que a maioria dos feirantes (81,8%) é residem em casa própria. A maioria dos entrevistados tem apenas o ensino fundamental incompleto (41%). E 52,2% dos feirantes trabalham mais de 40 horas semanais. A maioria dos entrevistados (93,2%) são moradores da cidade de SAJ-BA.

Quanto ao estilo de vida dos homens da feira livre, observa-se que dos entrevistados (39%) já fumaram, destes feirantes que tiveram contato com cigarro, apenas 5,9% fumam atualmente e dos que fumam ou já fumou 23,5% usavam de 4 a 10 cigarros por dia.

Quanto à morbidade referida, dos que atualmente têm alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares como exames, medicamentos ou tratamentos, percebe-se que apenas 2,3% dos feirantes são diabéticos, 13,6% são hipertensos e 97,7% não possuem tuberculose. Nos últimos doze meses, os feirantes que foram

acometidos de alguma doença, percebe-se que (6,8%) está acometido com doenças de pele, (4,5%) já tiveram dengue, (100%) nunca tiveram leptospirose e (9,1%) tem infecção urinária.

Nos últimos doze meses os feirantes que tomaram algum medicamento sem prescrição médica (automedicação), corresponde a 81,8%. Dos que se automedicaram, foram várias as justificativas para tal ato, 36% dos feirantes se automedicaram por causa de dores de cabeça, 19% por dor e 2,8% se automedicam porque não acreditam em médico.

A frequência com que os feirantes usam os medicamentos. 66% usam medicamentos para dores quando necessário, 2,3% usam regularmente medicamentos para dormir, 86,4% não tomam medicamentos para hipertensão e apenas 2,3% usam medicamentos para diabetes diariamente.

Quanto à utilização dos serviços de saúde entre os feirantes do sexo masculino, percebe-se que 70,5%, nos últimos doze meses não faltaram ao trabalho por motivos de saúde. Dos 29,5% que faltaram ao trabalho por motivos de saúde, 23% alegaram dores de coluna e 15,4% virose.

Nos últimos doze meses, a procura ou utilização dos serviços de saúde pelos feirantes foi de 63,6%. Dos que procuraram o serviço, (53,6%) foram no serviço público e (42,8%) no serviço particular.

Nos últimos doze meses 25% dos feirantes, precisaram ir ao serviço de saúde, mas não foram. As razões para não irem ao serviço foram diversas, 16% justificaram que não conseguiu marcar a consulta, 11% falta de tempo e 7% não se sentem a vontade para procurar o serviço. Dos feirantes que alegaram ter outras razões para não ter usado o serviço de saúde, (56%) alegaram que não precisaram ir ao serviço.

Dos feirantes que tiveram contato ou utilizaram os serviços de saúde, 50% mostram que estão satisfeitos com os serviços, 16% disseram que não estão satisfeito (nada satisfeito) e 18% pouco satisfeito.

Conclui-se, que a perspectiva da saúde do homem na feira livre de Santo Antônio de Jesus, em determinados e importantes fatores, se destoam de forma positiva da literatura nacional, tendo em vista que foi observada a frequência de mais da metade dos entrevistados aos serviços de saúde. Além disso, apenas dezessete por cento dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de fumo, mas apenas um indivíduo relatou fumar atualmente. E oitenta e três por cento nunca fizeram uso de fumo ou cigarro. Em contra partida, existem alguns dados que por si só suscitam relevante preocupação no que diz respeito ao cuidado em saúde, a exemplo do alto índice de homens na feira livre que fazem uso da automedicação. Tal dado deve ser levado em consideração no que se refere ao risco desta prática e de como ela pode interferir na busca dos homens pelo serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, Jussara Bôtto. **Desafios Para a Inclusão dos Homens nos Serviços de Atenção Primária à Saúde**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. Ciência & Saúde Coletiva, 8(3): 825-829, 2003.

GOMES, R.; et al. **A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11): 4513-4521, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A. FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [ 3 ]: 659-678, 2009.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):105-109, 2005.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Tabagismo no Brasil: um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2007.

PEDROSA, A. A. S; et al. **Consumo de álcool entre estudantes universitários**. Cad. Saúde Pública vol.27 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2011.

BLEIL, S. I. **O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil**. Cadernos de Debate, Vol. VI, 1998.

VITOR, R. S; et al. **Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS**. Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl.0 Rio de Janeiro Apr. 2008.

## **EDUCAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL DO SUS: CAMINHOS EM CONSTRUÇÃO**

**Caio Fernandes Santos** (Orientando de Extensão, Acadêmico do Curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal Rural de Pernambuco, Unidade Acadêmica de Garanhuns);

**Valdir Eduardo Ferreira da Silva** (Orientador de Extensão, Professor Adjunto da Unidade Acadêmica de Garanhuns, da Universidade Federal Rural de Pernambuco).

## INTRODUÇÃO

A construção das políticas públicas de Saúde no Brasil tem sido historicamente debatida pela sociedade civil organizada, movimentos sociais, profissionais e usuários, tendo como marco a Reforma Sanitária articulada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deliberou e formulou a política de criação do SUS - Sistema Único de Saúde em 1986. [1] Esta conquista também reconhecida no âmbito da Constituição Federal de 1988 [2] teve suas diretrizes estabelecidas principalmente pelas Leis 8080/90 [3] e 8.142/90 [4], que continuam sendo debatidas e dialogadas com a sociedade para a ampliação e consolidação da universalidade, equidade e integralidade, princípios norteadores do SUS.

Os desafios para efetivação da Reforma Sanitária perpassam pela dicotomia entre público *versus* privado, e pelos modelos hospitalocêntrico e curativo *versus* saúde preventiva da família, que co-existem no fluxo de disputas por investimentos e problemas de gestão. No sentido de fortalecer o diálogo e delinear um modelo assistencial que atenda às necessidades sociais, existem movimentos organizados de grande conotação como a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde – ANEPS, Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP, Jornada Nacional de Extensão Universitária – JORNEXU, Conferência e Conselho Nacional de Saúde, dentre outros mecanismos populares de defesa da educação em saúde e do SUS.

A principal tarefa do Controle Social está na democratização e gestão compartilhada dos serviços e da Educação Popular em articular e fortalecer os mecanismos de valorização do saber comunitário e informações sobre os direitos dos usuários, como também a capacidade organizativa na formulação conjunta de demandas, pressões e resultados, dando visibilidade aos sujeitos ainda excluídos das estratégias de saúde pública.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## MATERIAL E MÉTODOS

Metodologicamente, o projeto foi dividido em duas etapas. A primeira consistiu na caracterização dos limites para a concretização do controle social do SUS através da realização de entrevista semi-estruturada (Minayo, 2007) que auxiliou na coleta das informações junto aos usuários do SUS.

Nossos Objetos de Estudo foram a Comunidade escolar e os usuários da Estratégia de Saúde da Família na COHAB III, Município de Garanhuns – PE.

Debruçamos os estudos diante do problema: Quais os fatores que limitam a participação popular no controle social da saúde?

Quanto ao tipo da Pesquisa, buscamos fundamentação de base social, explicativa e descritiva [5]; tendo foco nas dimensões institucional e pedagógica. [6]

Tivemos como objetivo geral identificar a ocorrência da participação popular nos mecanismos de Controle Social do SUS, no Conjunto Dom Helder Câmara - COHAB III, Garanhuns – PE. Já os objetivos específicos foram compreender os



fatores limitantes para participação social nas políticas públicas; Viabilizar o acesso às informações acerca dos direitos dos usuários e do funcionamento do SUS; e Dinamizar o debate sobre a Reforma Sanitária;

Analizamos os dados a partir do interacionismo simbólico, que busca compreender a representação social dos signos e objetos, no decorrer das vivências partilhadas, na identidade e ideologia do sujeito, colaborativamente às dos grupos, na construção do significado simbólico dos artefatos materiais e teias relacionais.[14]

Outra colaboração teórica utilizada foi o construcionismo social que trabalha com práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano, segundo Spink, dar sentido ao mundo é uma força poderosa e inevitável na vida em sociedade, afirma:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (Spink, 1999, p. 41) [13]

Na segunda parte, de caráter mais dinâmico, realizamos rodas de conversas e fórum comunitário com o objetivo de trabalhar a temática do controle social de forma mais específica. Assim utilizamos como eixos temáticos a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, informações e dados da gestão do SUS; apresentação da estrutura organizativa dos mecanismos de Controle Social do SUS, ouvidoria, conselhos, conferências bem como exibição de filmes.

As atividades de extensão, nas duas etapas, foram realizadas na estratégia de saúde da família, PSF da Bela Vista e Escola Municipal Jaime Luna, no bairro da COHAB III, e na Central de Marcação de Consultas, na Cidade de Garanhuns. Pensando em inserir outros estudantes no processo de multiplicação desta prática de extensão, e como um dos mecanismos de divulgação dos resultados, desenvolvemos atividades pontuais na UAG/UFRPE.

O presente trabalho utilizou como metodologia práticas pedagógicas de orientação popular junto aos usuários do SUS, a exemplo as rodas de conversa e o fórum comunitário, diretamente nos espaços da oferta dos serviços públicos de saúde, bem como no contexto escolar. No sentido do fortalecimento, promoção e articulação do controle social do SUS consolidando os mecanismos de participação popular na política de saúde como os Conselhos, Conferências e Fóruns, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Em atividades de pesquisa junto à Comunidade, quando entrevistamos as pessoas, nenhum dos participantes soube dizer o que os termos (Controle Social, Conferência de Saúde, Conselho Municipal de Saúde) querem dizer e na sua maioria nunca ouviram falar, da mesma forma desconhecem o papel ou função dos referidos instrumento de participação. Formalmente foram 40 entrevistas individuais, 100 entrevistas coletivas durante os fóruns e rodas de conversa.

Este quadro não ficou diferente junto a outros públicos, como profissionais de saúde e estudantes de Medicina e Psicologia da UPE, que participaram de alguns dos Fóruns e Rodas de Conversa, o desconhecimento dos termos e funcionamento dos mecanismos de Controle Social é compatível aos dados verificados na comunidade.

No sentido de vivenciar na prática os espaços de participação popular, estive na etapa Municipal e Estadual da 1ª Conferência Nacional sobre Transparência e Controle Social – Consocial, como representante da Sociedade Civil. [fig.1] A 1ª Consocial nasceu de uma demanda apresentada pelos participantes do Seminário Nacional sobre Controle Social, realizado na Cidade de Brasília – DF, no ano de 2009.

Foram realizadas entre 2003 e 2010, 74 Conferências Nacionais, que ao todo tiveram 18.635 deliberações aprovadas, entre estas 2.213 tratavam diretamente de temas relacionados aos mecanismos de participação popular na gestão pública o que representa 12% do total, estabelecendo assim, novos parâmetros nas relações entre Estado e sociedade. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde - CFS, realizada no ano de 2007 foram aprovadas 723 deliberações, destas 164 tratavam da temática do controle social. Já na 13ª CNS realizada em 2011, foram 857 deliberações aprovadas, sendo 167 destas sobre a participação popular na gestão pública. O estudo encomendado pela Controladoria Geral da União possibilitou a sistematização da 1ª Conferência Nacional sobre Transparência e Controle Social, realizada em 2012. [15]

## DISCUSSÃO

A Educação Popular em Saúde, ao mobilizar autonomias individuais e coletivas, abre a alteridade entre indivíduos e movimentos na luta por ampliação do significado dos direitos de cidadania. (...) As ações pedagógicas constroem cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação. [8]

O Ministério da Saúde acredita que a educação popular deve ser colocada enquanto estratégia política e metodológica para permitir que a integralidade de saberes e de práticas proporcione espaços que se conectem com outros agentes, tecnologias, e sujeitos, favorecendo a dignidade, respeito ao outro, e à subjetividade da vida, qualificando as relações dos indivíduos que constitucionalmente possuem o direito à saúde e educação. [9]

No processo de consolidação do SUS, a Educação em Saúde é um princípio inerente a todas as práticas para o desenvolvimento e articulação entre a gestão e a formulação de políticas de forma compartilhada através de ações diretamente ligadas aos usuários. Nesta perspectiva busca compreender que os sujeitos sociais precisam estar presentes no Controle Social, através de mobilizações em defesa do SUS, pauta permanente de movimentos sociais na luta pela dignidade e qualidade de vida dos brasileiros [8]

O projeto de Lei de Iniciativa popular por 10% do PIB para Saúde Pública, [fig.2] diretriz da 14ª Conferencia Nacional de Saúde realizada no ano de 2011[10], enquanto Mobilização Nacional em Defesa do SUS vem referendar as discussões e práticas da Educação Popular em Saúde para ampliar a participação das pessoas na Gestão.

O processo Democrático tem passado por mudanças, a vaga noção de representatividade vem sendo paulatinamente dinamizada pelos movimentos, instituições e comunidades organizadas. A Lei de Acesso a Informações, Ficha Limpa, o próprio SUS, a Constituição de 1988, fazem parte das conquistas e lutas do povo brasileiro. A Educação Popular em Saúde é uma ferramenta colaborativa para promoção e garantia de direitos sociais. [9]

Na dinâmica direito/serviço versus saúde/doença, e pensando nas relações entre usuários/contribuintes, trabalhadores e gestores, no âmbito político conforme afirma Andrade, existe uma apropriação identitária dos objetos representados, simbolicamente constituem elementos peculiares de cada subjetividade individual e comunitária. Quando tentam distanciar o individuo da política, colocando margens invisíveis e outra materialmente limitadora, desconsideram que estes atores sociais são lapidados diariamente pela própria organização pessoal, e suas construções dialéticas, em multiplicidade contraditoriamente coerente e estável. Portanto o individuo é uma totalidade indissociável da própria sociedade. [14]

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de Extensão permitiram qualificar o debate sobre a Reforma Sanitária e evidenciar o papel da Educação na formação permanente dos profissionais de Saúde, além da democratização do acesso às informações sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS. [11] [fig.3]

De modo geral podemos afirmar que a comunidade estudada além de desconhecer os mecanismos de controle social, não apresentou evidencias de participação em movimentos e atividades reivindicatórias de direitos básicos de cidadania.

Os desafios para engajar a população e fortalecer os mecanismos de controle social começam na própria gestão pública que restringe a divulgação destas ferramentas e dificulta o acesso às informações.[7] A Participação popular na Gestão Pública continua sendo um debate e uma construção dos atores sociais que estão no campo de disputa por espaço e garantias constitucionais, sociais e políticas.

O volume e a relevância das propostas e diretrizes debatidas e aprovadas nas 82 Conferências Nacionais realizadas entre 2003 e 2012, torna-se um marco histórico na política nacional, principalmente com a necessidade de superação do desencantamento da participação social, da precarização dos conselhos existentes, da ampliação dos processos democráticos, e democratização dos equipamentos de comunicação, sendo estes os principais entraves ao Controle Social efetivo. [15]

Para que se efetivem o Controle Social e a incorporação da população neste processo, é preciso lembrar que o lugar da cidadania é onde tudo deve ser visto, ouvido e divulgado para o maior número de pessoas [12]

**REFERÊNCIAS**

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. *Documentário "POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Um século de luta pelo direito à saúde" Roteiro e direção de Renato Tapajós. 2007a.*
- [2] BRASIL. Constituição Federal de 1988.
- [3] BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a.
- [4] BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b.
- [5] GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 9 Ed., São Paulo: Atlas, 2009.
- [6] ANDRÉ, M.E.D.A . de. Etnografia da prática escolar. Campinas: Papirus, 1995;
- [7] COHN, A. *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias.* São Paulo: CEDEC, 2009, p78.
- [8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. p. 15-17.
- [9] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a, p 27.
- [10] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, out/2011.
- [11] BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada.* (Série F. Comunicação e Educação em Saúde.) Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, p. 8.: il.
- [12] BRASIL. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde (série trabalho e formação em saúde).* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.299.
- [13] SPINK, M. J. P (org.) e outros. *Práticas discursivas e produção de sentidos n cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.* São Paulo: Cortez, 1999.
- [14] ANDRADE, M. A. Cultura Política, Identidade e Representações Sociais.
- [15] BRASIL. Controladoria Geral da União. Relatório e Pesquisa Nacional sobre as Conferências. CGU, 2011.

## ATIVANDO A FORMAÇÃO PARA PROMOVER O CUIDADO EM SAÚDE

**Karine de Oliveira Gomes** (Terapeuta Comunitária e Professora do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia - IMS/CAT/UFBA).

### INTRODUÇÃO

A aplicação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem tem sido discutida e implementada em cursos de graduação e pós-graduação, tanto por colocar o educando como o ator principal do seu aprendizado quanto por proporcionar maior reflexão e conseqüente aproximação da teoria com a prática, suscitando o entusiasmo e o interesse por parte do educando (Silva et al., 2007).

Com efeito, as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em saúde têm recomendado um perfil profissional baseado em uma formação crítica e reflexiva, de modo que o indivíduo seja capacitado para atuar na perspectiva da integralidade e nos diferentes níveis de atenção à saúde (Wuillaume, 2005). Neste contexto, o emprego de metodologias de ensino-aprendizagem conservadoras vem se mostrando insuficiente para o cumprimento de todas as competências esperadas para o ensino superior, abrindo espaço, cada vez mais, para o uso de novas práticas pedagógicas.

Segundo Freire (2011), a metodologia tradicional se baseia na concepção “bancária” da educação, cujo processo ensino-aprendizagem se resume ao ato de depositar, transferir e reproduzir valores e informações para educandos que devem apresentar uma postura passiva e ingênua, sem qualquer manifestação crítica ou criadora, o que limita, sobremaneira, o aprendizado dos profissionais de saúde.

Ao contrário, as metodologias ativas são instrumentos de ensino fundamentados na concepção pedagógica crítico-reflexiva, que favorecem a interação entre os diversos atores e viabilizam a construção coletiva do conhecimento (Feuerwerker e Sena, 2002). Ao mesmo tempo, constitui uma prática pedagógica que estimula a criatividade e a liberdade na construção de soluções para os problemas da realidade, pois é uma metodologia que aproxima a teoria da prática e permite a intervenção do educando na realidade social em que está inserido (Calazans, 2007; Silva et al., 2007; Paciornik, Coelho e Albuquerque, 2007).

Desta forma, o ensino baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem representa uma possibilidade viável para cumprir a recomendação da Lei nº. 9.394 sobre a verificação do rendimento escolar. De acordo com o inciso V do artigo 24 da Lei nº. 9.394, a verificação do rendimento escolar deve ser baseada na avaliação contínua e cumulativa do desempenho do educando e, entre os critérios adotados para a verificação do aprendizado, devem prevalecer os aspectos qualitativos sobre os quantitativos, que, necessariamente, devem refletir os resultados ao longo do período de estudo (Brasil, 1996).

Para Freire (2011), a problematização representa uma das estratégias mais adequadas para o processo de ensino-aprendizagem baseado em metodologias ativas. Isto porque é uma metodologia que estimula a participação reflexiva e ativa dos educandos, promovendo o desenvolvimento da sua autonomia e da responsabilidade individual e coletiva no processo de formação.

Além disso, a problematização promove o envolvimento significativo de todos os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem e cria a possibilidade de intervenções imediatas e em longo prazo (Andrade, 2007), potencial este que aparece como grande destaque desta metodologia, pois permite a avaliação processual do educando, bem como a intervenção necessária e no momento certo para intensificar o seu aprendizado.

A problematização é baseada no processamento de situações problemas e de relatos de práticas construídos a partir das experiências reais dos educandos e educadores como meio de discussão, reflexão e busca do conhecimento. Tais recursos geram frutos como a criação de questões de aprendizagem, que direcionam e aprofundam a busca do conhecimento durante o desenvolvimento das sínteses individuais e coletivas sobre os problemas levantados. Esta proposta sugere, ainda, o armazenamento de todos os trabalhos produzidos no portfólio reflexivo, que constitui uma coleção de registros realizados pelo educando a respeito das vivências no processo de ensino-aprendizagem (Brasil, 2010).

Diante do exposto, o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, especialmente a problematização, pode ser uma estratégia potencial para promover o protagonismo do educando e desenvolver as competências necessárias para a qualificação do cuidado em saúde.

## **OBJETIVO**

Apresentar a experiência de utilização da metodologia ativa de ensino aprendizagem no curso de Nutrição do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, da Universidade Federal da Bahia (IMS/CAT/UFBA).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de prática sobre a aplicação da problematização como estratégia de ensino e avaliação nos componentes curriculares ministrados pela autora no curso de Nutrição do IMS/CAT/UFBA, em Vitória da Conquista, Bahia.

O trabalho vem sendo realizado desde março de 2011 e tem como público alvo os educandos do curso de Nutrição. A análise dos dados foi realizada a partir da apreciação dos depoimentos dos participantes.

## **RESULTADOS**

Nesta experiência, o processo ensino aprendizagem empregado nos componentes curriculares ministrados conjugou a proposta pedagógica tradicional com a problematização, inicialmente aplicada pelo processamento de situações problemas, elaboração de questões de aprendizagem e construção de portfólios coletivos.

Ao exigir a participação ativa e a reflexão crítica dos educandos sobre os conteúdos programáticos, a utilização dessa metodologia não apenas consentiu a liberdade do educando na construção de soluções individuais e coletivas para os problemas da realidade, como também estimulou a criatividade e promoveu a associação do conhecimento discutido na universidade com a sua vida cotidiana. Além disso, o envolvimento dos educandos com o processo ensino-aprendizagem influenciou a criação de novas técnicas de ensino, que foram usadas para a

discussão do conceito de educação e batizadas como “terapia literária” e “terapia da massinha”.

A “terapia literária” envolveu a realização de um amigo oculto e a leitura de textos sobre os temas “educação”, “ética” e “espiritualidade”, extraídos dos seguintes livros: 1) “Conversas sobre Educação” e 2) “Educação dos Sentidos e mais!” do autor Rubem Alves; 3) “O que a vida me ensinou”; 4) “Qual é a tua obra?” e 5) “Não nascemos prontos”, ambos de autoria de Mario Sergio Cortella, e 6) “É sagrado viver”, do autor Padre Fábio de Melo. Como presente para o amigo oculto foi elaborado um cartão contendo uma mensagem do livro “Ensinar, cantar e aprender” do autor Rubem Alves.

A atividade iniciou com o sorteio do amigo oculto e a escolha aleatória do cartão e do texto. Imediatamente passou-se para a revelação do amigo oculto, que seguiu a mesma dinâmica da brincadeira, com a diferença de que o presente era o cartão e que, após a revelação, os educandos realizavam a leitura do texto selecionado.

Na “terapia da massinha” os educandos foram divididos em grupos e receberam massinha de modelar para a livre criação de um objeto. Em seguida, eram questionados sobre o que havia motivado a criação do objeto e sobre a originalidade do mesmo. Depois, os grupos trocaram os objetos e foram desafiados a transformá-los, sendo, posteriormente, arguidos se a transformação realizada produziu o aperfeiçoamento ou a deformação do objeto criado inicialmente. Logo após a discussão, os educandos receberam frases sobre a “educação”, extraídas das obras de Paulo Freire, e foram convidados a ler e comentar o conteúdo abordado.

Ambas as atividades foram muito bem aceitas pelos educandos, resultado que pôde ser percebido tanto pelo interesse no momento da sua realização quanto pela avaliação expressa no portfólio, conforme os depoimentos abaixo:

- “Saí do óbvio por um instante e pude ver que a educação, de modo geral, mas também a educação no sentido acadêmico pode desprender-se do convencional e abrir-se ao novo, ela pode ter a audácia de ousar” (*educando 1*);

- “Diversas sensações, emoções, reflexões e lembranças, estes foram os sentimentos que tive ao participar da dinâmica Terapia Literária. Encontrei um espaço para acrescentar novos olhares a partir de outros olhares. Olhar de quem já tem mais experiência ou que já refletiu mais sobre determinada coisa em relação a mim. Educar é realmente algo além de regras e procedimentos a se obedecer e passar, é também fazer com que coisas pequenas da vida sirvam como grandes ensinamentos” (*educando 2*);

- “No início fiquei ansiosa para saber como seria o andamento da dinâmica e essa troca de presentes literários. Nessa dinâmica nós conseguimos deixar de lado apenas o hábito de falar, enquanto as outras pessoas liam os textos, passando a escutar o outro. No nosso dia-a-dia, ter um tempo para escutar o próximo muitas vezes pode tornar-se algo muito difícil, sendo que cada pessoa quer expor o seu pensamento e pronto. Enfim, achei a atividade excelente, gostei demais” (*educando 3*);

- “A atividade permitiu grande reflexão ao longo da escuta dos textos. Ajudou a visualizar a importância da educação no entendimento da vida e que pequenas coisas podem representar grandes significados no processo de aprendizagem” (*educando 4*);

- “Achei interessante a ideia do amigo secreto e da troca de mensagens, onde se pôde perceber um maior envolvimento da turma na hora das leituras e no momento da revelação do amigo secreto. Durante as leituras pudemos exercer melhor a nossa oralidade e notamos, em alguns momentos, que as mensagens recebidas pelos amigos secretos, bem como os textos lidos, tinham algo em comum com a pessoa que recebia a mensagem e lia o texto. Não poderia deixar de mencionar a riqueza dos textos fornecidos para a dinâmica” (*educando 5*);

- “Gostei tanto da aula que até a apelidei de “amigo culto”! Mais iniciativas como essas precisam ser implementadas para que possamos participar melhor do processo ensino-aprendizagem. A dinâmica nos deu a chance de ver adiante, abriu nossos olhos e criou expectativas de diversificação” (*educando 6*);

- Muito positiva a dinâmica. Possibilitou-me transcender, por muitos momentos (*educando 7*);

- “Foi uma experiência bastante agradável, porque quebrou completamente a rotina de aulas e trabalhos” (*educando 8*).

Além da manifestação da satisfação por parte dos educandos com as estratégias de ensino adotadas, a cada semestre é possível perceber sua evolução e o desenvolvimento de uma atitude crítica-reflexiva frente aos conteúdos programáticos abordados nos componentes curriculares.

## CONCLUSÕES

A metodologia ativa mostrou-se capaz de incentivar a participação dos educandos, desenvolver sua criatividade e a reflexão crítica sobre os conteúdos, bem como de promover a associação do conhecimento discutido em aula com a vida cotidiana. Assim, os resultados da aplicação da problematização no processo ensino-aprendizagem subsidiam a recomendação desta metodologia para dinamizar a formação profissional e qualificar o cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

Andrade MRS. A metodologia da problematização: uma proposta significativa de atuação no campo da educação em saúde. Anais Metodologias Ativas, Londrina, v.14, n.2, p.48-55, jul./dez. 2007.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm). Acesso em: 26/08/2010.



Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Caderno do especializando. Brasília, 3ª. ed, 2010.

Calazans CM. A implantação de metodologias ativas na supervisão de estágio curricular em Serviço Social do Centro Universitário de Maringá. Anais Metodologias Ativas, Londrina, v.14, n.2, p.48-55, jul./dez. 2007.

Feuerwerker LCM, Sena RR. A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, 6(10): 37-50, 2002.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

Paciornik EF, Coelho ICM, Albuquerque L. Integração ensino-serviço: pesquisa como ação. Anais Metodologias Ativas, Londrina, 14(2): 48-55, 2007.

Silva LG, Jodas DA, Otrenti E, Aguilera TKC, Vannuchi MTO. Buscando a teorização da prática: relato de experiência. Anais Metodologias Ativas, Londrina, 14(2): 48-55, 2007.

Wuillaume SM. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Cad. Saúde Pública, 2005; 21(6):1962-1967.

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

## **CUIDANDO DE QUEM CUIDA: O ACOLHIMENTO PELA TERAPIA COMUNITÁRIA**

**Karine de Oliveira Gomes** (Terapeuta Comunitária e Professora do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia - IMS/CAT/UFBA).

### **INTRODUÇÃO**

Diante da complexidade do processo saúde-doença e do sofrimento, a atitude de cuidado implica acolhimento, envolvimento, compaixão, interação, troca e o respeito pelos diferentes saberes. No entanto, o modelo biomédico que ainda orienta grande parte dos serviços de saúde é centrado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando as alterações e lesões corporais em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento, para atenção e cuidado integral à saúde (Lacerda e Valla, 2005).

Neste contexto, a Terapia Comunitária (TC) surgiu como uma estratégia que permite o avanço do modelo centrado na patologia para o modelo da promoção da saúde, das redes de solidariedade e da inclusão social, uma vez que se apoia na

competência dos indivíduos e das famílias e, jamais, nas carências, que são prerrogativas dos especialistas (Barreto, 2008).

A proposta de integrar a prática da TC nos serviços de saúde viabiliza o espaço para fala e construção das redes solidárias, promovendo a canalização do sofrimento e sua transformação para uma instância palpável e identificável, a partir da alteridade grupal, que favorece o empoderamento pessoal (Camarotti, 2008). Isto porque a TC é um instrumento que se apoia no resgate e valorização das competências das pessoas e ao permitir que as informações circulem, rompe com o modelo que privilegia a informação concentrada em um único indivíduo portador de soluções, pois reconhece que se o grupo tem problemas também tem suas próprias soluções (Barreto, 2008).

Partindo do pressuposto de que o sofrimento humano decorre do macro contexto socioeconômico e social, que fere a dignidade da pessoa, atinge seus direitos como cidadão e gera extremos de patologia social e adoecimento, no espaço comunitário da TC todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso, através da partilha horizontal e circular de sabedorias e experiências de vida (Barreto, 2008).

Assim, a utilização da TC na Atenção Primária à Saúde fortalece o autocuidado e potencializa a prática do acolhimento, pois a atenção dispensada ao sofrimento, às demandas, frustrações e impotências dos próprios profissionais de saúde os prepara para agir de maneira mais humanizada frente aos problemas de saúde da população que acompanham.

## **OBJETIVO**

Apresentar a experiência de inserção da TC como estratégia de acolhimento dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de prática sobre a experiência vivenciada no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) na USF Jardim Valéria, em Vitória da Conquista, Bahia. O trabalho foi realizado entre maio de 2011 e fevereiro de 2012 e o público alvo foi composto pelos profissionais de saúde e alunos vinculados à unidade de saúde.

As rodas de TC eram incluídas na programação mensal das Equipes de Saúde da Família (ESF) e realizadas na unidade ou na igreja da comunidade, em datas previamente marcadas para viabilizar a participação de todos os profissionais de saúde da unidade.

Os dados quantitativos foram analisados por frequência relativa simples e os dados qualitativos foram apreciados de acordo com os depoimentos dos participantes.

## **RESULTADOS**

Embora a proposta inicial fosse executar mensalmente a roda de TC, foram realizadas apenas três rodas, o que pode ser justificado pela grande demanda de trabalho dos profissionais, já que o funcionamento do serviço era interrompido para a realização dessa atividade.

A primeira roda de TC contou com a presença de 16 profissionais de saúde, entre os quais 87,5% eram do sexo feminino. Nesta primeira oportunidade, os profissionais ficaram um pouco inibidos por ainda não conhecerem a proposta, mesmo assim, muitos participaram compartilhando suas experiências e ansiedades e o tema escolhido foi a “desvalorização no trabalho”. A escolha deste tema foi influenciada pelo momento de instabilidade que os profissionais de saúde enfrentavam na época, uma vez que muitos eram contratados pela Associação de Apoio à Saúde Conquistense (ASAS) que havia sido extinta, causando a demissão de vários profissionais.

Já na segunda roda, estiveram presentes 25 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino (84%), profissionais de saúde (64%) e alunos do PET (24%). Nesta roda estiveram presentes, ainda, dois representantes do Conselho Local de Saúde do Bairro Jardim Valéria e a Referência da Atenção Básica da USF Jardim Valéria. Na segunda roda de TC o grupo estava mais familiarizado com a estratégia e ficou mais à vontade para compartilhar suas experiências. O tema escolhido foi a “pressão/cobrança no trabalho” e o maior número de participantes já demonstra a repercussão do efeito positivo provocado pela primeira roda.

Na última roda de TC participaram 21 pessoas, prevalecendo, mais uma vez, as mulheres (76,2%) e os profissionais de saúde (61,9%), os demais participantes eram alunos do PET. O tema escolhido foi o “sentimento de impotência” frente aos desafios impostos pelo trabalho na saúde, tendo sido manifestado o sofrimento causado pela limitação das ações de saúde oferecidas pelos profissionais de saúde perante as diversas demandas apresentadas pela população sob sua responsabilidade.

As rodas representaram um momento oportuno para o desabafo sobre as ansiedades e incertezas relacionadas ao futuro profissional, mas também para a troca de experiências e estratégias de enfrentamento/superação de diversos tipos de problemas e situações adversas. Ao final de cada roda de TC, a aceitação e satisfação com a proposta era expressa pelos depoimentos dos participantes:

- Pela reconstrução do modelo de cuidado*
- “Aprendi que eu não devo ter medo da vida, porque enquanto há vida há esperança” (*participante 1*);
  - “Hoje levo mais confiança desta roda de TC” (*participante 2*);
  - “Aprendi que a gente não pode se entregar, pois só quem luta vence” (*participante 3*).

Também foi possível perceber a melhoria do acolhimento da população após a inserção da TC na unidade, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos alunos do PET. Este resultado pode ser considerado um fruto produzido a partir do desenvolvimento do relacionamento interpessoal e do estreitamento do vínculo entre os profissionais e os alunos, conforme relatado no depoimento abaixo:

- “A roda de terapia melhorou meu entendimento quanto à necessidade da construção de uma boa relação entre a equipe e importância de cada pessoa no processo de acolhimento dos pacientes” (*participante 4*).

A mudança na qualidade do acolhimento oferecido na unidade foi reconhecida, inclusive, pela Referência da Atenção Básica da USF Jardim Valéria,

que relatou redução das reclamações realizadas pela população após a realização das rodas de TC na unidade.

## CONCLUSÕES

A implantação da TC sensibilizou os profissionais de saúde e os alunos para a escuta terapêutica da população, promovendo a humanização e o acolhimento no cuidado à saúde. Ao mesmo tempo, a experiência fortaleceu a integração entre a equipe, ampliou os horizontes e estimulou um processo significativo de mudança a partir do apontamento de várias estratégias para a superação dos impasses cotidianos. Deste modo, recomenda-se a TC como uma ferramenta eficiente para a promoção do acolhimento no trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS

Barreto, A. P. Terapia Comunitária: passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008. 3ª ed. 408p.

Camarotti, M. H. A doença como fonte de transformação: um estímulo a resiliência comunitária. Disponível em: [http://www.abratecom.org.br/artigo\\_detalhe.asp?art\\_ID=8](http://www.abratecom.org.br/artigo_detalhe.asp?art_ID=8). Acesso em 05/05/2008.

Lacerda, A.; Valla, V.V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesp/UERJ, Abrasco 2005. 319p. cap. 6, p.91-102.

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e A RÁDIO COMO IMPORTANTE FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pela reconstrução do modelo de cuidado

**Carlos Antonio Santos Guimarães; Bruno Miranda** (UNIVASF, discentes);  
**Michelly Bezerra dos Santos** (Secretaria de Saúde de Santa Maria da Boa Vista/NASF – preceptora do PET-SAÚDE, Fisioterapeuta);  
**Glória Maria Pinto Coelho** (UNIVASF, Professor/Orientador).

## INTRODUÇÃO

O rádio é um meio de comunicação de massa de vasta relevância junto às famílias das regiões rurais, pequenas cidades e periferias de grandes cidades. Nas pequenas cidades, o acesso a um espaço dentro da programação não é difícil, visto que muitas vezes pela dificuldade de sobrevivência, as mesmas não possuem uma programação totalmente fechada. Segundo Vasconcelos (2012), devido ao fácil acesso dos profissionais de saúde e pela grande audiência junto às famílias, o rádio é um meio de comunicação de massa estratégico para a educação popular em saúde. Várias experiências podem ser observadas, principalmente no trabalho com usuários de saúde mental (CUNHA, 2000; STREPPPEL, 2008; STREPPPEL et al, 2009)

Os meios de comunicação ocupam papel fundamental na ampliação dos horizontes de interlocução do campo da saúde com a comunidade, representada pelos seus diferentes segmentos. A mídia, em seus mais diversos veículos de comunicação, incluindo o rádio, exerce nesse contexto este papel, seja na difusão de orientações e informações de interesse coletivo, seja em relação a atitudes de prevenção e promoção à saúde, seja na formação da opinião pública quanto à saúde como um direito do cidadão. (TEIXEIRA, 2013).

É necessário destacar algumas das características que são intrínsecas ao rádio, como: a linguagem oral, mobilidade, imediatismo, instantaneidade e sensorialidade. Estes aspectos se refletem na própria linguagem radiofônica que deve ser simples, clara, concisa e redundante. Desta forma, o entendimento do que é dito será melhor compreendido pelo ouvinte. O uso da linguagem adequada somado ao aspecto da sensorialidade faz com que o rádio tenha uma relação de proximidade com o ouvinte. Por não dispor de imagem e contar apenas com o som, ele chega mais diretamente ao ouvinte com se falasse a ele individualmente.

Este poder de penetração doméstica confere ao rádio a capacidade única de mobilizar as audiências para mensagens simples e emocionais. Deste modo, apresenta um grande potencial mobilizador que os movimentos sociais podem utilizar, criando formas alternativas de comunicação que promovam a cidadania, visem à conscientização e seja um aporte para a mobilização e o fortalecimento de um grupo ou movimento social. As características do rádio, facilitam o rompimento da maneira individualista de discutir o processo saúde/doença.

“Do estúdio da rádio se fala não as pessoas isoladas, mas à grande massa populacional. [...] para se obter uma boa audiência é preciso buscar os problemas de forma mais coletiva e geral, mesmo que parta de casos individuais. A prática da saúde no rádio acaba por reorientar o modelo de atuação dos profissionais que nele se engajam” (VASCONCELOS, 2012).

Diante dos aspectos interessantes observados no trabalho com rádios, o grupo de educação em saúde do PET/Saúde, na cidade de Santa Maria da Boa Vista/PE, optou em realizar um trabalho neste sentido, acreditando-se tanto por ser uma estratégia diferenciada para atividades educativas, quanto pela possível reorientação e novo aprendizado que este desafio traz.

## **OBJETIVO**

O presente trabalho tem por objetivo relatar uma das experiências realizada nas ações da linha do PET/SAÚDE no município de Santa Maria da Boa Vista-PE, e mostrar a construção de um espaço de prática de cidadania, onde a rádio se torna um instrumento pedagógico de educação em saúde diferenciado, por permitir uma grande abrangência populacional e debate de conteúdos voltados para construção da autonomia e promoção da saúde.

## **METODOLOGIA**

O respectivo relato tem como público-alvo a população do município de Santa Maria da Boa Vista, apresenta como constituintes os profissionais da saúde, os alunos bolsistas do programa PET/SAÚDE, bem como todos aqueles envolvidos na

disseminação e manutenção do funcionamento das centrais de rádio presentes e suas redes.

A escolha dos temas a serem expostos sempre estava relacionada a uma demanda observada dentro dos serviços, solicitada pelos usuários, necessidades observadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), ou por demanda da Secretaria de saúde do município. Os acadêmicos participaram ativamente na pré-produção (definição dos temas), produção e realização dos programas, desenvolvendo novas vivências e aprendizados, através da realização das atividades e da interação com a comunidade. Os programas e entrevistas foram realizados nas rádios locais do município, com participações agendadas, cujo foco é a promoção e a educação em saúde.

A intermediação das apresentações e os possíveis resultados foram observados através de depoimentos durante os encontros nas unidades de saúde ou em atividades externas e a conseqüente maior presença da comunidade nos eventos propostos. Foram trabalhados temas como: Aleitamento materno, alimentação saudável, Alimentação da criança no primeiro ano de vida, divulgação de eventos, como a semana do Bebê, dentre outros.

## RESULTADOS PARCIAIS

As atividades do trabalho ainda estão em andamento, mas pode-se observar que a inserção destas atividades socioeducativas, através de entrevistas e avisos à comunidade, nas rádios do município de Santa Maria da Boa Vista-PE trouxe uma maior participação da população nos eventos divulgados, mostrando sua potencialidade como distribuidora de informação e conteúdos, bem como seu importante papel de dar respostas aos questionamentos advindos da participação dos indivíduos da região durante os programas/entrevistas, além de sempre indicarem novos possíveis temas para os próximos encontros.

Outra característica positiva observada foi o correto direcionamento do público-alvo ao evento que o estava associado, uma vez que é comum em diversos encontros nos centros de saúde a presença de uma clientela que de certa forma não se encaixa com a temática trabalhada no encontro, o que nos permite alcançar os objetivos propostos de cada reunião e contato junto ao social do município.

Neste sentido, a introdução das atividades em um dos principais meios de comunicação em Santa Maria da Boa Vista-PE, que é a rádio, mostrou-se bastante eficaz, tanto na maior participação populacional nas atividades propostas pelos profissionais de saúde do município, quanto pela disseminação de informações e conteúdos, de forma clara e adequada ao público. Demonstrando-se eficiência e potencialidades desta ferramenta na prevenção e promoção à saúde. Estas experiências trouxeram aos acadêmicos uma reflexão sobre a realidade nos pequenos municípios e sobre a importância da rádio como uma ferramenta essencial para a educação em saúde, seja durante o processo de produção dos programas, ou mesmo, nos momentos de pesquisa sobre os temas a serem abordados, sempre adequando os saberes e promovendo cidadania, fazendo da rádio um espaço de inserção social.

## REFERÊNCIAS:

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Gente cuidando de gente: a arte do cuidar pelas ondas do rádio. **Rev. bras. enferm**; 53(3):431-4, jul.-set. 2000.

STREPPEL, Fernanda Fontana; FRANCISCO, Deise Juliana. **Do megafone ao microfone: percurso de uma oficina de rádio em saúde mental**. Curso de Psicologia, URI, Santo Ângelo. X Salão de Iniciação Científica, PUCRS, 2008.

STREPPEL, Fernanda Fontana; GORCZEWSKI, Deisimer; PALOMBINI, Analice de Lima. Rádio-Acontecimento: Modos de Comunicar Potência Mental. **Revista Periferia**, v.II, n.1, 2009.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma>>. Acesso em: 19/04/2013>.

VASCONCELOS, E.M. O rádio como veículo de educação popular em saúde. **Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, América do Norte, 12, dec. 2012. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/revistas/index.php/revistaintercom/article/view/1360/1309>>. Acesso em: 28/04/2013.

## **QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO NA ESCOLA: CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE PARA A INTERSETORIALIDADE EM JUAZEIRO-BA.**

**Saionara Thaise Carvalho do Amarante; Jéssica Silva de Siqueira Barbosa; Marlete Corrêa de Faria; Vanessa Carvalho de Souza** (Discentes, UNIVASF);

**Sílvia Raquel Santos de Moraes** (Tutora e professora, UNIVASF).

### **INTRODUÇÃO**

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) configura-se como uma aposta na facilitação e integração entre a educação universitária e a prática nos serviços de saúde, possibilitando somar conhecimentos junto aos profissionais de saúde buscando estratégias de fortalecimento nas diversas áreas do SUS (HADDAD, CAMPOS, FREITAS, BRENELLI, PASSARELLA & RIBEIRA, 2009).

O PET-Saúde foi idealizado pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação, sendo regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, e se estabelece como um instrumento destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito do SUS, compostos por estudantes, tutores (professores) e preceptores (profissionais da área da saúde), permitindo e estimulando a inserção precoce de estudantes da área de saúde em campo, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão. Com isso, proporciona a integração estudantes/profissionais/comunidade no processo de ensino-aprendizagem,

contribuindo para a orientação teórica e para o realinhamento das práticas de atenção nos serviços públicos de saúde (HADDAD et al, 2009).

Diante disso, surgiu a proposta da Linha de atenção “Trabalho e bem-estar na escola: o PET-Saúde como estratégia fortalecedora da Atenção Básica na rede pública municipal de Juazeiro-BA”, que visa desenvolver junto a educadores de três escolas municipais de Juazeiro-BA, atividades extensionistas com base nas temáticas previamente pactuadas com os atores envolvidos e de acordo com a demanda do público-alvo. Consoante a essa proposta, desenvolveu-se uma oficina com o tema qualidade de vida (QV) com foco nos subtemas lazer, alimentação e sono.

O conceito de QV é amplo e envolve vários aspectos relacionados à percepção subjetiva de bem-estar. Torna-se difícil defini-lo consensualmente e em sua totalidade, já que o mesmo carrega uma noção eminentemente humana, aproximando-se do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial (OLIVEIRA, MININEL & FELLI, 2011).

Por vezes, o termo QV é entendido como sinônimo de saúde, mas isso seria equivalente a reduzir saúde a um único fragmento de bem-estar da integralidade humana. Por isso, ampliando o conceito qualidade de vida, não mais restrita à ausência de doenças, pode-se considerar esse fator agregado aos diferentes níveis da esfera física, psicológica, das relações sociais, do meio ambiente e da espiritualidade.

Diante dessa compreensão podem-se filtrar alguns aspectos inerentes a QV que sofrem grandes impactos na rotina dos professores, podendo ocasionar o aparecimento de algumas doenças, são eles: lazer, sono e alimentação. Estudos revelam a importância do lazer para efeitos de minimização da sobrecarga do trabalho, bem como, como fator de proteção diante dos altos níveis de ansiedade (WHOQOL GROUP, 1998). Em alguns relatos de pesquisas, é possível observar que alterações nos padrões de sono, podem causar dores, irritabilidade e estresse negativo (MAURO, 2000). Uma alimentação não balanceada e sem horários fixos pode contribuir para o surgimento de diversos tipos de cânceres, doenças isquêmicas e do coração, diabetes e obesidade (VINHOLES et al, 2009).

Partindo da concepção de que a promoção de saúde não pode se reduzir a um único campo de conhecimento, assim também as ações nesse âmbito devem estar pautadas na interlocução entre diferentes setores, no intuito de produzir um cuidado baseado nos princípios da integralidade. Nesse sentido, práticas intersetoriais possibilitam o entrecruzamento entre atores distintos na construção de estratégias em saúde que vão além de seu campo predominante. Dessa maneira, o conceito de intersectorialidade pode ser entendido como:

A articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (BRASIL, 2006a, p.13 apud AZEVEDO et al., 2012, p. 1334).



Assim, o presente relato de experiência, com também a Linha PET, estão alicerçados nesses princípios, possibilitando uma interlocução entre os setores de saúde e educação dentro de um contexto de trabalho tão complexo como o da escola.

## **OBJETIVO**

O objetivo geral foi realizar uma intervenção de promoção à saúde com 10 professores e 4 funcionários de uma escola municipal de Juazeiro-BA, por meio de uma oficina cujo tema foi qualidade de vida. E o objetivo específico foi sensibilizar esse grupo sobre a importância do autocuidado, compartilhando conhecimentos com foco no tripé lazer/sono/alimentação.

## **METODOLOGIA**

Esse relato de experiência partiu de uma abordagem qualitativa de pesquisa baseada na ação-problematização-ação, proposta por (Tozoni-Reis, 2006), tendo como cenário, a escola municipal Joca de Souza Oliveira no município de Juazeiro-BA. Os *interlocutores* foram 14 profissionais dessa escola, mais precisamente 10 educadores e 4 funcionários.

A partir do delineamento metodológico mencionado, foram utilizados como instrumentos de pesquisa, os seguintes procedimentos: questionário, exposição dialogada, avaliação das respostas dos questionários.

O primeiro momento consistiu na aplicação de questionários com seis perguntas no intuito de compreender hábitos do cotidiano desses profissionais. As perguntas foram: “O que é lazer para você?”; “O que você faz nas horas vagas?”; “Quantas horas de sono você tem em média por dia?”; “Você considera que consegue descansar durante a noite?”; “Quantos copos de água você bebe por dia?”; “Quais alimentos você acha que fazem bem para a voz?”.

O segundo momento consistiu de uma exposição dialogada onde foi possível conversar sobre os temas: lazer, sono e alimentação, trazendo a importância de cultivar hábitos pertencentes aos três eixos supracitados. Isso foi realizado com o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida desses profissionais.

O último momento consistiu na avaliação das respostas dos questionários. Nesse momento os profissionais puderam ler as respostas e após o término dessa leitura foi possível dialogar acerca dos hábitos desses profissionais, trazendo à tona o que poderia ser modificado nesses hábitos.

## **RESULTADOS**

Ao serem questionados quanto ao significado de lazer, os profissionais responderam que este inclui o cultivo de alguns hábitos, como dormir (36%) e assistir televisão (29%). Tais resultados apontam para um limitado repertório de

atividades envolvendo entretenimento, a ponto de o item sono ser considerado como sinônimo de lazer e não como necessidade fisiológica.

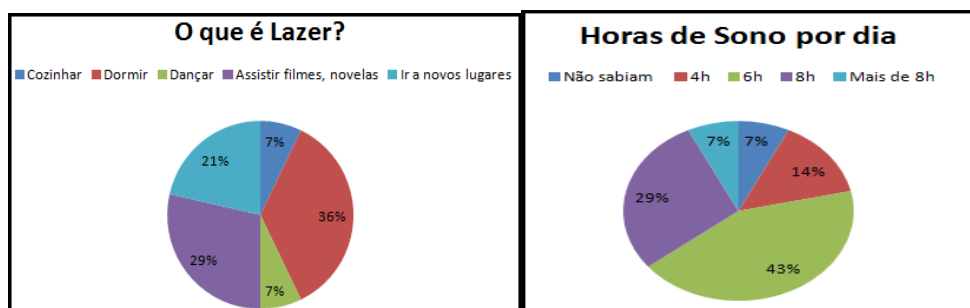


Figura 1. O que os professores consideram lazer.

Figura 2. Horas de sono por dia dos professores.

Quando perguntados sobre o que fazem nas horas vagas, argumentaram que vão a lugares novos, dançam, dormem, dentre outras atividades. Ao serem questionados a respeito das horas de sono que tinham por dia, foi possível constatar que somente 36% dos participantes afirmaram dormir 8 horas ou mais por dia. Esse dado demonstrou a qualidade do sono como algo prejudicado, já que a carga horária recomendada, de acordo com a literatura, é de no mínimo 8 horas diárias.

As respostas obtidas quanto à ingestão diária de água, 43% dos participantes afirmaram ingerir menos da metade da quantidade recomendada de água (10 copos = 2 litros). Apenas 36% apresentaram hábitos saudáveis, promotores de qualidade de vida, em se tratando de ingestão de água.

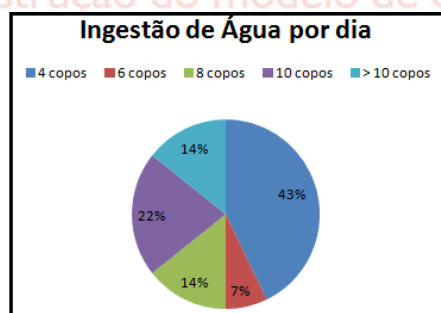


Figura 3. Quantos copos de água os professores ingerem por dia.

Quando questionados sobre alimentos que contribuem para uma melhor vocalização, os funcionários não souberam mencionar, destacando a importância de se apresentar informações a esse respeito.

## CONSIDERAIS FINAIS

A aplicação dos questionários, bem como seus resultados, permitiu constatar que os participantes não apresentaram um número significativo de vivências qualificadas como favorecedoras de bem-estar, uma vez que o cumprimento de hábitos saudáveis não foi referido, embora se constitua como uma preocupação inquietante para muitos.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C.F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1333-1356, 2012.

HADDAD, A.; CAMPOS, F. E.; FREITAS, M. S. B. F.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRA, T. C. V. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. Cadernos Abem [online]. v. 05, 2009. p. 6-12.

Mauro M.Y.C; Santos C.C; Oliveira M.M.; Lima P.T. O estresse e a prática de enfermagem: quando parar e refletir? Uma experiência com estudantes de enfermagem. **Acta Paul Enf** 2000;13(número especial, parte II):44-48.

OLIVEIRA, B. M; MININEL, V. A. ; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2011, vol.64 no.1.

VINHOLES, D. B. et al. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009, vol.25 no.4.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life. Assessment: development and general psychometric properties. **Soc Sci Med** 1998; 46(12): 1569-85.

**A SIGNIFICAÇÃO DA ACUPUNTURA NO BRASIL**  
**Percalços de uma Ecologia de Saberes no ensino de saúde e seus reflexos na profissionalização**

**Leila Massière Carneiro** (CRAENE, Presidente. Shen – Estudos de Medicina Chinesa, Diretora) **Paulo Henrique Martins** (UFPE/PPGS, Professor/Orientador) **Silke Weber** (UFPE/PPGS, Professor/Co-orientadora)

## RESUMO

A ampliação do uso da acupuntura no Brasil acirra a disputa pelo direito de exercer a profissão, principalmente quando, após a comprovação científica de sua eficácia, a classe médica passa a pleitear a exclusividade da prática. Contudo, nos moldes da ciência ocidental pouco se sabe acerca de seus mecanismos de atuação. Tal lacuna vem sendo preenchida por um discurso que substitui o arcabouço teórico da medicina tradicional chinesa da qual a acupuntura se origina por alterações bioquímicas e neurológicas provocadas pelas agulhas. Para perceber diferenças entre os significados difundidos, voltamos o foco deste estudo para as instituições de ensino: comparamos os conteúdos programáticos de diversos cursos e o significado atribuído à acupuntura por seus coordenadores. Pudemos constatar que apesar da racionalidade médica chinesa ocupar a maior parte da carga horária de todos os cursos, os médicos exclusivistas buscam subordinar a acupuntura à racionalidade médica ocidental através de discursos científicos. Tal contradição faz emergir interesses ocultos: colonizar conhecimentos oriundos de universos culturais distintos capazes de desafiar a hegemonia da medicina ocidental contemporânea e da própria ciência moderna. O desvio no processo de tradução, que distorce o próprio conceito de acupuntura, traz implicações diretas tanto para os resultados dos tratamentos quanto para os rumos da profissionalização.

Palavras chave: sociologia das profissões, teoria pós-colonial, acupuntura; racionalidade médica; medicina chinesa

## INTERDISCIPLINARIDADE E USO DAS PLANTAS MEDICINAIS EM JUAZEIRO/BA

**Rosa de Cássia Miguelino Silva** (Enfermeira, Doutoranda e Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA/UFS). Professora Auxiliar do Colegiado de Enfermagem da Universidade de Pernambuco – UPE);

## INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, vive-se um momento crítico no que se refere à relação entre os seres humanos e o meio ambiente. Para Grün (1996), o modelo advindo do cartesianismo, que é explicativo e emprega o discurso reducionista, simplesmente impede de se abordar a crise ecológica em sua forma

necessariamente multifacetada, porque o que se precisa é de uma linguagem integrativa e compreensiva, para uma abordagem complexa e em sua dimensão histórica, ética e política. Frente a esta situação, conforme Leff (2000), a questão ambiental e a interdisciplinaridade emergem manifestadas pelo fracionamento do conhecimento e pela degradação do ambiente, demandando uma abordagem holística e um método que permita a integração das ciências da natureza e da sociedade para ações (re) significadas.

As experiências locais, de acordo com o pensamento de Souza (2007), necessitam de uma compreensão das culturas e dos saberes desenvolvidos tradicionalmente pelos homens. A finalidade é contribuir para a manutenção da biodiversidade dos ecossistemas e, desse modo, conciliar suas práticas e seu conhecimento sobre o ambiente onde vive, para fins de conservação do substrato mantenedor de sua cultura que os ambientes representam.

Como em geral as vivências das populações são muito ligadas a sua cultura, Geertz (1989) diz que a antropologia, enquanto ciência interpretativa em busca dos significados socialmente construídos, por vezes, acha difícil discerni-los, sendo, por isso mesmo, necessário um trabalho atento e continuado de aproximação com o outro. Ou seja, para ele a cultura são as teias e os sistemas entrelaçados, de signos impenetráveis que homem constrói, e onde ele próprio está atado. Assim, a cultura age sobre a sociedade e esta a ela reage, permitindo ser moldada para compromissos com modelos, que se espera sejam adequados e se vinculem às estratégias para uma vida em comunidades sustentáveis.

Nesse contexto, Philippi Júnior (2000) afirma que há uma exigência de um paradigma de cooperação e coordenação entre disciplinas e áreas do conhecimento como o que é buscado pela a interdisciplinaridade, aqui definida como uma estratégia de união das diferentes disciplinas para tratar um problema comum. Assim, a interdisciplinaridade estende seu campo de intervenção entre disciplinas científicas, para fazer o intercâmbio e a articulação entre saberes.

Conforme Langdon (2010), na saúde o sistema de atenção é tanto cultural quanto social e ele é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interações, assim como as relações de poder a eles inerentes. Comumente, essa dimensão do sistema de atenção à saúde também inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina, tais como curandeiros, benzedeiras, parteiras, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores, padres, dentre outros.

Sendo este o entendimento, Brasil (2006) aponta como porta de entrada do sistema oficial de saúde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela Atenção Básica, que se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange: promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a qualidade de vida. Assim, segundo Almeida e Mishima (2001), a ESF tem a potencialidade de se abrir para além do trabalho técnico hierarquizado, ao fazer interação com a comunidade e entre os trabalhadores, com uma maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos atores e maior integração da equipe. Sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações, utiliza tecnologias que devem resolver os problemas e é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A ideia é de que a totalidade das ações na saúde não se realiza pela ação isolada de único ator, e, desta forma, é necessário reorganizar os trabalhos especializados da mesma área profissional e a relação interprofissional. Para Gadamer (1993 *apud* Saito, 2008), atender o ser em sua integralidade significa mobilizar os sentidos para pensar os modos de vida e os desequilíbrios no processo saúde/doença. Desse modo, o sujeito da transformação do desequilíbrio não é apenas o profissional de saúde, mas ambos, profissional e usuário, ao estabelecerem um horizonte comum entre eles. Assim, a intencionalidade dotada de finalidade mobilizará as tecnologias disponíveis para o atendimento da necessidade trazida e reconhecida.

Com base nesses pressupostos, a ESF é um campo de inter-relações privilegiadas para o desenvolvimento de práticas integrativas, favorável ao acesso à fitoterapia pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Brasil (2006), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na ESF incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social, no sentido do uso das plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define planta medicinal como uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos. A planta fresca é aquela coletada no momento do uso e planta seca é aquela que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal. O medicamento fitoterápico é definido como sendo exclusivamente matérias-primas ativas vegetais.

A produção de medicamentos fitoterápicos exige, entretanto, a obtenção de recursos materiais, como também a adequação do processo às normas técnicas disponíveis e recursos humanos qualificados dentro da proposta interdisciplinar.

## **OBJETIVO**

Investigar as indicações do uso das plantas medicinais e dos fitoterápicos, de forma integrativa e complementar, por profissionais de saúde em Juazeiro/BA.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Participaram como colaboradores da pesquisa 46 profissionais de saúde, que foram distribuídos em seis categorias: médicos (quatro), enfermeiros (quatro), cirurgiões dentistas (dois), técnicos de enfermagem (oito), agentes comunitários de saúde (27) e auxiliar de consultório dentário (um), perfazendo um total de 10 profissionais com formação de ensino superior e 36 profissionais com formação de nível médio. A abordagem ocorreu em seis comunidades rurais cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, no município de Juazeiro/BA.

A pesquisa foi quali-quantitativa, realizada entre julho e setembro de 2012. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: observação, entrevista semiestruturada (perguntas abertas e fechadas), fotografias, anotações no diário de campo, gravações e análise documental. A coleta de dados teve início logo após o atendimento dos preceitos éticos e a análise dos dados seguiu duas etapas, a primeira foi a transcrição das entrevistas e a segunda a avaliação das questões apresentadas, com enumeração das categorias para interpretação, discussão, organização e escrita do trabalho.

## RESULTADOS

Os resultados mostraram que os profissionais de saúde indicam o uso de espécies da flora no processo saúde-doença. Ao todo, fizeram 204 citações de plantas medicinais, dentre as quais foi possível classificar 68 espécies vegetais.

Quanto às citações dos profissionais de saúde não médicos, 10 espécies indicadas se destacaram pela frequência de seis ou mais citações. São elas: alho (*Allium sativum*), babosa (*Aloe vera*), boldo (*Plectranthus barbatus*), capim santo (*Cymbopogon citratus*), catigueira (*Caesalpinea pyramidalis*), aroeira (*Schinus terebintifolium*), cajueiro (*Anacardium occidentale*), romã (*Punica granatum*), erva cidreira (*Melissa officinalis*) e hortelã (*Mentha spicata*).

As indicações com maior número de citações, de acordo com a divisão em sistemas corporais, foram: diarreia (oito citações) no aparelho gastrointestinal; gripe (21 citações) no aparelho respiratório; HAS e redução do colesterol (04 citações cada) no aparelho cardiovascular; infecção renal e/ou urinária (quatro citações) no aparelho geniturinário; calmante (06 citações) no sistema nervoso; cicatrizante (05 citações) no tegumento; dor no corpo, contusões e reumatismos (uma citação para cada) no aparelho musculoesquelético; e inflamação (07 citações) na categoria outros, relacionada a sintomas gerais e/ou outros sistemas corporais. Estas indicações demonstram significativa representação do etnoconhecimento que é socializado e permeia as práticas convencionais.

Os profissionais médicos demonstraram pouca identificação com a prática de indicação das plantas medicinais. Apesar de referirem algum conhecimento sobre fitoterapia, eles verbalizaram que sentem dificuldade de prescrever esse tipo de terapia, uma vez que não existe uma orientação farmacêutica no município que regularize tal serviço, o que poderia garantir o acesso dos comunitários a esses recursos. Ainda assim, admitem fazer algumas prescrições.

As indicações das plantas e dos fitoterápicos feitas pelos profissionais médicos foram traduzidas e agrupadas, seguindo a “Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” (CID-10), adotada pela OMS. Estas prescrições são apresentadas a seguir, com o nome popular da planta medicinal ou fitoterápico, nome científico, indicação, o CID-10 e número de citações: Aroeira (*Schinus terebintifolium*), infecções de pele e tecido subcutâneo, L08.8, e inflamações da vagina e da vulva, N76.8 (01 citação); Babosa (*Aloe vera*), faringite aguda, J02 (01 citação); Camomila (*Matricaria chamomilla*), transtornos orgânicos da ansiedade, F06.4 (03 citações); Erva doce (*Pimpinella anisum*), transtornos orgânicos da ansiedade, F06.4 (02 citações); Hortelã (*Mentha spicata*), resfriado, J00 (02 citações); Hortelã da folha miúda (*Mentha x villosa*), verminose, A06 (01 citação); Imburana de cheiro (*Amburana cearensis*), dispepsia, K30 (01 citação); Isoflavona de soja (fitoterápico), climatério, N95 (01 citação); Pau ferro (*Apuleia férrea*), infecção aguda de vias aéreas superiores, J06 (01 citação); Romã (*Punica granatum*), faringite aguda, J02 (02 citações); Tamarine (fitoterápico), constipação, K59.0 (01 citação); Valeriana (*Valeriana officinalis*), insônia, G47.0 (01 citação).

Todas as categorias profissionais apontaram benefícios do uso de plantas medicinais, tais como: resolutividade, economia, facilidade de acesso e poucos efeitos colaterais, sendo que estas razões favorecem o uso destes. Os entrevistados afirmaram desconhecer o conteúdo das políticas que tratam das práticas integrativas e complementares com plantas. Apesar disso, foi possível observar, nos pontos de vista dos entrevistados, que as plantas medicinais e os fitoterápicos fazem parte do

seu cotidiano e têm significativa aceitação entre eles. Em particular entre os ACS, que referem realização de algumas ações de educação em saúde sobre essa temática, o que sinaliza a existência de alguns sinais do reconhecimento e valorização das práticas populares com o uso de plantas medicinais e remédios caseiros.

Os resultados mostraram a representação do etnoconhecimento dos profissionais de saúde, que é socializado e permeia as práticas convencionais. Entretanto, revelaram a existência de lacunas na formação profissional e qualificação permanente, relativas ao conhecimento científico e às políticas governamentais para práticas integrativas e complementares no município.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento da interdisciplinaridade permite flexibilidade, reorganização de conceitos e práticas capazes de integrar diferentes atores em propostas metodológicas, sem perder de vista a produção científica que busca a solução de problemas, relacionados ou não às interações sociedade e natureza. Assim, fazer uma convergência entre duas ou mais áreas do conhecimento, gera novos conhecimentos ou disciplinas e novos profissionais, com perfil distinto dos existentes anteriormente, ou seja, com uma formação básica sólida, ética, política e integradora. Portanto, embora haja uma situação desafiadora para a conquista da integralidade e o emprego das práticas integrativas e complementares nos serviços oficiais de saúde já mostram exemplos exitosos. A comprovação da indicação terapêutica de plantas medicinais por profissionais de saúde possibilita projetar a sua institucionalização para a escolha democrática dos usuários.

Nesta perspectiva, o conhecimento ora apresentado leva a uma compreensão capaz de propor: programas adaptados à realidade social, econômica e cultural das comunidades pesquisadas; construção de pontes entre os saberes; abertura de perspectivas para realização de outros estudos; a produção de outros conhecimentos e de sua aplicação adequada em práticas integrativas de saúde no município.

## REFERÊNCIAS

Almeida, M.C.P.; Mishima, S.M. (2001) O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunic, Saúde, Edu.*, 9:150-153.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

LANGDON, EJ; WIIK, FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mai-jun 2010 [acesso em: 02 fev. 2012; 18(3): 09 telas]. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/riae>>.

LEFF, Enrique. **Ecologia, capital e cultura**. Blumenau, Edifurb, 2000.b



GEERTZ, C. (1997) **The Interpretation of Cultures**. New York: Basic Books Inc. Publishers

GRÜN, Mauro. **Ética e Educação Ambiental: a conexão necessária**. Campinas, SP: Papirus 1996.

PHILIPPI Jr., Arlindo Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais / A. Philippi Jr.,

SAITO, Raquel Xavier de Souza; GONÇALES, Maria do Rosário; MAGRI, Rosana Félix; MARQUES, Tiago Reis; SANTOS, Fabiana Rodrigues. **Promoção em Saúde: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde**. In: **Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito** / Raquel Xavier de Souza Saito, organizadora. \_\_ São Paulo: Martinari, 2008.

SOUZA, Rosemeri Melo e. **Redes de monitoramento socioambiental e tramas da sustentabilidade**. / Rosemeri Melo e Souza. – São Paulo: Annablume; Geoplan, 2007. Disponível em:

<<http://books.google.com.br/books?id=NPEkckSzUHYC&pg=PA183&lpg=PA183&dq=o+que+e+ecorecurso&source=bl&ots=W6h3NnKdRs&sig=F2z6z6kjWq6PSklbl65fO0UT-Q0&hl=pt-BR&sa=X&ei=HZVGT92bDs3pgQf27q2kDg&ved=0CCUQ6AEwATgK#v=onepage&q=o%20que%20e%20ecorecurso&f=false>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

## **CURSO DE AURICULOTERAPIA NA ESF: EXPERIÊNCIA PILOTO EM RECIFE**

*Pela reconstrução do modelo de cuidado*

**Régia Sofia Wanderley Silva de Azevedo** (Secretaria de Saúde do Recife/Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas – NAPI, médica);

**Iana Wanderley Gallindo** (Secretaria de Saúde do Recife / NAPI, educadora física);

**Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida** (UFPE, discente)

### **INTRODUÇÃO**

O Curso de Auriculoterapia é feito por profissionais acupunturistas do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) em Recife, que trabalha como apoiador matricial da Estratégia Saúde da Família.

A Auriculoterapia é uma técnica originada a partir da Medicina Tradicional Chinesa que utiliza a orelha como um microssistema, ou seja, considera que no pavilhão auricular está representado todo o corpo humano. Sendo assim, ao estimular pontos específicos na orelha, produzem-se efeitos a distância.

Sua aplicação é rápida, prática e de baixo custo, se mostrando uma ferramenta de grande potencial para o dia a dia das Unidades de Saúde da Família.

## **OBJETIVO**

O curso tem o objetivo de habilitar profissionais de nível superior do Programa de Saúde da Família na prática da Auriculoterapia.

## **MÉTODO**

Para compor a primeira turma, foram selecionados 10 profissionais de nível superior de 08 Unidades de Saúde da Família (USF) a partir de uma lista de 23 interessados do Território de Saúde 3.5 do Distrito Sanitário III da cidade do Recife. A seleção teve como critério a escolha dos profissionais que não estavam envolvidos em outras atividades de capacitação naquele momento. Sendo eles cinco dentistas, quatro enfermeiras e uma médica.

O curso foi organizado em 07 encontros, sendo 04 módulos teórico-práticos, que aconteceram na UCIS Prof. Guilherme Abath; 01 módulo prático (no qual os participantes foram divididos em 03 pequenas turmas) nas USF de Sítio dos Macacos, Sítio dos Pintos e Córrego da Bica e 02 módulos posteriores de avaliação do curso e discussão das experiências.

As aulas foram ministradas e as atividades facilitadas pelas profissionais Régia Sofia, médica, e Iana Galindo, educadora física; componentes da equipe do NAPI.

Os temas abordados nas aulas foram: Introdução sobre Medicina Tradicional Chinesa, Teorias do Yin/Yang e Cinco Movimentos, Microssistemas – Orelha, Técnica e cuidados da aplicação da Auriculoterapia, Orientações ao usuário, Diferentes técnicas de estimulação, Relação dos pontos Zang-Fu com a teoria dos Cinco Movimentos, Anatomia da Orelha, Pontos zona-correspondente, Pontos Zang-Fu, Pontos neuro-endócrinos, Pontos específicos da anatomia auricular, Preparo do material, Escolha dos pontos, Discussão de casos clínicos, Principais afecções do dia-a-dia do PSF.

## **RESULTADOS**

De acordo com a avaliação dos participantes, de forma geral o curso foi considerado muito bom. Foram destacados como pontos positivos: as aulas práticas nas USF, as atividades teórico-práticas que utilizaram dinâmicas e o fato de alguns

participantes estarem em dupla da mesma USF (considerada condição importante para o sucesso da implantação da atividade no dia a dia da ESF).

O ponto negativo relatado foi o fato de a organização do curso não ter provido os kits de auriculoterapia.

Sobre as experiências dos participantes dois meses após o último módulo teórico-prático, seis profissionais iniciaram a prática da auriculoterapia em suas ESFs, obtendo bons resultados enquanto ferramenta complementar.

## CONCLUSÕES

O curso de Auriculoterapia se mostrou, nessa primeira turma, uma forma importante do apoio da Prática da Medicina Tradicional Chinesa ao PSF, empoderando os profissionais de uma ferramenta de baixo custo, simples aplicação e boa eficácia enquanto prática complementar.

## REFERÊNCIAS

GARCIA, Ernesto G. *Auriculoterapia*. São Paulo: Roca, 1999.

GUIMARÃES, Raul; BOUCINHAS, Jorge. *Auriculoterapia. Visão oriental. Visão ocidental*. Recife: UPE, 1997.

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
Pela reconstrução do modelo de cuidado

## BIOENERGÉTICA E ACUPUNTURA: AMPLIANDO REPERTÓRIOS DE CUIDADO VIA CUIDADO DE SI

**Anne Crystie da Silva Miranda; Hortencia Oliveira Lima; Lourivan Batista de Sousa** (UNIVASF/Colegiado de Psicologia, discentes);  
**Israel José da Silva Filho** (Instituto Holos, acupunturista);  
**Alexandre Franca Barreto** (UNIVASF/Colegiado de Psicologia, docente).

## INTRODUÇÃO

Idealizada pelo psiquiatra norte-americano Alexander Lowen, a partir de estudos psicanalíticos, reicheanos e psicossomáticos (LOWEN, 1982), a Análise Bioenergética é uma abordagem psicocorporal que nasceu na década de 70. Ela

propõe uma interação homem-corpo-emoção-razão e é conduzida a partir da análise do corpo, pensamentos, emoções e ações (BARRETO et al., 20011).

Para Lowen,

A bioenergética é uma técnica terapêutica que ajuda o indivíduo a reencontrar-se com seu corpo, e a tirar o mais alto grau de proveito possível da vida que há nele. Essa ênfase dada ao corpo inclui a sexualidade, que é uma das suas funções básicas. Mas inclui também as mais elementares funções de respiração, movimento, sentimento e auto-expressão. (LOWEN, op.cit., p. 38)

A Acupuntura, por sua vez, é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, compreendendo um conjunto de procedimentos que permitem promoção, manutenção, recuperação da saúde e prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2006).

Ancorada numa concepção energética e holística, a técnica da Acupuntura faz com que o humano seja compreendido como um todo – a inter-relação entre os órgãos do corpo, as emoções e os elementos básicos da natureza –, ofertando uma anatomia minuciosa e orientando a compreensão detalhada do adoecimento.

Visto que ambos os recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico, na integração do ser humano com o meio ambiente e com a sociedade, no autocuidado (BRASIL, op. cit.), o “II Ciclo do Projeto Integrar: A Educação Permanente ampliando repertórios de cuidado integral à saúde” resolveu se apropriar deles para trabalhar junto ao Sistema Único de Saúde – SUS em Juazeiro/BA.

Durante o ano de 2012, a partir de uma parceria entre Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF e a Secretaria de Saúde de Juazeiro/BA, carregando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, de 2006, e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de 2009, como motivadoras e protetoras das ações, o “II Ciclo do Projeto Integrar” desenvolveu estratégias de Educação Permanente em Saúde – EPS.

A EPS apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2004 apud PEDUZZI, 2009). Com a ideia de que os profissionais da saúde se aproximem cada vez mais dos pacientes e pressupondo que para aprender não basta transferir conhecimento, mas é preciso criar um ambiente propício à construção compartilhada, a EPS é um movimento pedagógico da interface saúde-educação que constitui, sem dúvida alguma, um grande desafio institucional.

Em suma, o presente relato resume a experiência inter-transdisciplinar do “II Ciclo do Projeto Integrar: A Educação Permanente ampliando repertórios de cuidado integral à saúde”, ressaltando aspectos teórico-metodológicos, ancorados num paradigma holístico de saúde, consonantes com as políticas públicas atuais e acreditando no potencial da Educação Permanente, que trabalharam a ampliação de repertórios de cuidado de profissionais de saúde por meio do cuidado de si.

## **OBJETIVOS**

## Geral

Promover saúde e qualificação técnica de profissionais em uma Unidade de Saúde da Família na rede de Atenção Básica de Saúde no município de Juazeiro/BA, a partir da Análise Bioenergética e Acupuntura, estudando aspectos teórico-práticos de suas efetividades no cuidado.

## Específicos

- 1 – Ampliar o conhecimento sobre a Análise Bioenergética e a Acupuntura, fomentando a compreensão sobre os processos de saúde-doença;
- 2 – Ofertar a experimentação de estratégias de cuidado integral com a saúde;
- 3 – Realizar EPS com foco na ampliação do repertório de tecnologia de cuidado;
- 4 – Possibilitar uma visão interdisciplinar/transdisciplinar e fortalecer a capacidade de trabalhar em equipe;
- 5 – Contribuir para a institucionalização de práticas terapêuticas ancoradas na visão integral de saúde no contexto acadêmico e dos serviços públicos de saúde, e;
- 6 – Propor recomendações aos serviços públicos de saúde sobre o uso de práticas terapêuticas em saúde integral e promoção da saúde.

## MÉTODO

### Participantes

As ações beneficiaram 19 profissionais de saúde do SUS (dentre eles: enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem, ACS, ASB, psicólogo, farmacêutico e recepcionistas), de ambos os sexos, membros de Equipe de Saúde da Família – ESF ou de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. A adesão ao projeto foi feita de forma voluntária e mediante contrato de trabalho.

### Metodologias terapêuticas

Foram ofertadas 24 oficinas terapêuticas de Análise Bioenergética, com duração de 2 horas cada, a partir da metodologia de Grupo de Movimento – GM, que contaram com uma média de 7 participantes por grupo, dos 19 envolvidos no projeto. Quanto às oficinas de Acupuntura, foram ofertadas 36, com duração de, aproximadamente, 45 minutos cada, no esquema de sessões individuais de aplicação de agulhas, onde 5 profissionais foram beneficiados.

A prática do GM consiste na utilização de exercícios corporais expressivos que favoreçam o desbloqueio de tensões musculares, provocadas pela sobrecarga emocional, em regiões localizadas do corpo, que afetam o livre fluxo energético dos processos básicos do organismo (respiração, digestão e comunicação). São exercícios que propiciam a integração do sujeito com seu corpo, sentindo as regiões rígidas, bem como os sentimentos inconscientes inerentes a sua postura corporal, que obstruem a saúde.

Já as sessões individuais de aplicação de agulhas se referem à inserção de agulhas através da pele nos tecidos subjacentes, em diferentes profundidades e em pontos estratégicos do corpo (chamados de pontos de Acupuntura), para produzir o efeito terapêutico desejado. Elas estimulam o aumento do fluxo da energia Ki e, aplicando certos meios de manipulação, podem curar uma enfermidade,

reequilibrando o órgão ou área em desequilíbrio, aliviar uma dor, estimular o sistema imunológico e etc..

## Ambiente

Os GMs eram realizados no Centro Comunitário Raul Rosa, no bairro do Alto da Maravilha, em Juazeiro/BA e as sessões individuais de aplicação de agulhas aconteciam na Unidade de Saúde da Família Alto da Maravilha/Alagadiço, no mesmo bairro e cidade.

## Materiais

Os principais materiais de trabalho das duas práticas terapêuticas adotadas pelo projeto foram o corpo e a subjetividade de cada participante. Ademais, alguns exercícios de Análise Bioenergética utilizaram colchões, bola de ginástica e música e todas as sessões de Acupuntura empregaram, essencialmente, agulhas descartáveis, esparadrapo, algodão e álcool.

## RESULTADOS

Com um caráter reformulador da formação em saúde, as ações do “II Ciclo do Projeto Integrar” tiveram resultados qualitativos, oriundos do registro de Grupos Focais, bem como das avaliações de impacto realizadas a cada oficina terapêutica, bastante relevantes.

Dentre os resultados, como apontam as falas a seguir, é possível mencionar melhor qualidade de vida aos beneficiados; alívio do estresse oriundo da sobrecarga de trabalho; fortalecimento do vínculo e da solidariedade no trabalho em equipe, bem como na vida pessoal dos participantes; reparação de sintomas físicos e emocionais frutos de uma rotina que pouco propiciava o cuidado de si e; outros repertórios de cuidado para a comunidade.

“Eu sentia muitas dores. Desde quando eu comecei a fazer [as oficinas terapêuticas], não senti mais dor de cabeça. Dores no corpo também melhoraram. Não foram 100%, mas 90% melhoraram.”

“Aliviou os estresses. Deu pra gritar, berrar, jogar tudo fora! Depois vinha mais, mas fazia a mesma coisa: jogava fora de novo.”

“[Aprendi a] ter mais equilíbrio, paciência, antes de abordar certa palavra, certo tema. Até parece que o povo [da comunidade] tá mais calmo.”

“Vi diferença foi na minha autoestima; me deu coragem pra fazer coisas que antes eu não fazia. Depois dos exercícios, eu fui empurrada e fui em frente.”

“Acho que aprendi a me reservar, olhar mais pra mim, porque antes eu não vivia pra mim, vivia mais pra o contexto, no caso, família. Agora não. Agora eu aprendi a cuidar mais de mim e também a reclamar mais, querer mais meu direito.”

“Eu observei com vocês a maneira de entender os problemas, os problemas dos outros, de respeitar, de ouvir... Principalmente o acolhimento, porque acolhimento aqui não falta. Então isso a gente passa realmente pra outras pessoas.”

“Um cuidador que não se cuida, como é que vai cuidar, como é esse cuidado? Então a gente precisa se olhar também. Eu sou cuidadora, eu preciso estar bem pra cuidar do outro. Então esse espaço serviu pra gente pensar sobre isso também.”

“O encontro do grupo, o conhecer os colegas de trabalho, o compartilhar os problemas, as dificuldades... Isso foi muito bom pra mim e acho que pra os

outros também. Tá compartilhando, tá rindo junto, tá num ambiente que não seja o ambiente de trabalho [...], tá só a gente só, cuidando uns dos outros ali, nos ouvindo, falando das nossas dúvidas, das nossas queixas e assim podendo o grupo atuar bem no trabalho, na equipe, se coordenar bem.”  
 “Construiu mais os laços afetivos e eu percebi que eu fiquei mais solidária. Eu percebi que eu fiquei mais amiga, eu me preocupo mais com os membros da família, com irmão, irmã, primo...”.

É de fundamental importância que todas essas instâncias, que fazem parte da vivência do cuidador cotidianamente, estejam integradas e em harmonia energética, para que haja, verdadeiramente, uma prática de cuidado humanizado no SUS e uma congruência no que diz respeito a um cuidador que promove saúde e porque também tem saúde.

Nesse sentido, a experiência de EPS do “II Ciclo do Projeto Integrar” contribui diretamente com a ampliação do saber teórico-prático acerca da humanização e cuidado integrativo em saúde, desvelando modos de cuidar atentos quer à demanda atual da assistência em saúde pública, quer às demandas da formação em saúde.

A vivência com os profissionais de saúde da rede municipal de Juazeiro/BA despertou outra visão de cuidado, quer na Secretaria Municipal de Saúde, a partir da Diretoria de Humanização e Educação Permanente, quer na equipe estudantes e professores da UNIVASF. Abre-se ainda mais a perspectiva para o cuidado do outro a partir do cuidado de si, que não é uma ideia nova no campo da saúde, todavia é uma proposta bastante sensível, que tem sofrido dificuldades na grande maioria dos espaços de saúde existentes.

Espera-se, por fim, que as propostas desenvolvidas pelo “II Ciclo do Projeto Integrar” sirvam de aporte a outras realidades. Sigamos pensando o cuidado em saúde pela perspectiva da integralidade, em consonância com as políticas públicas e com as determinações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

## REFERÊNCIAS

Barreto, A. F. et al. Unidade mente-corpo: A Análise Bioenergética como um caminho para o cuidado integral à saúde. In: Barreto, A. F. (Org.), **Integralidade e Saúde: Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado**. Recife: Editora UFPE, p. 129-149 (Cap. 7), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LOWEN, A. **Bioenergética**. 10. ed. São Paulo: Summus, 1982.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)** [online], vol.13, n. 30, p. 121-134, 2009.

## **FILA ATIVA: EDUCAÇÃO E SAÚDE NOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA**

**Hortênsia Coutinho da Rocha; Letícia Gonçalves; Mislene Souza Silva**  
(Discentes, UFBA);

**Thais Rodrigues Penaforte** (Professora/Orientadora, UFBA).

### **INTRODUÇÃO**

A assistência farmacêutica foi inserida à agenda do Governo no Brasil em 1998, resultando na publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o intuito de assegurar acesso da população aos medicamentos. De lá pra cá, a ela tem sido acrescentados vários subsídios como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, criada em 2004 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), para promover o uso racional de medicamentos(VIEIRA, 2008).

Entretanto, apesar das reformas deste setor, pouco se sabe sobre os comportamentos que elevaram os gastos com medicamentos, pelas três esferas do governo no SUS. Estima-se que, em 2007, o gasto total do Ministério da Saúde com medicamentos foi de R\$ 1.440.181.600,74, quase o dobro do gasto em 2000: R\$ 684.975.404,43 (CARIAS et. al., 2011), dando a ideia da necessidade de racionalização do uso de medicamentos (OPAS/BRASIL, 2007).

Este cenário aponta para a urgência de reposicionamento da assistência farmacêutica e da política nacional de medicamentos frente à qualidade do consumo dos medicamentos e inserção do farmacêutico nesta luta permanente, de promover, nos serviços de saúde, o uso racional de medicamentos (URM).

O medicamento frequentemente relaciona-se com efeitos indesejáveis e impróprios. O uso inadequado do medicamento lesa a população e desperdiça os recursos públicos. A escolha racional proporciona mais garantia da eficácia e segurança ao usuário e menor custo do tratamento (BRASIL, 2012), sendo assim uma tecnologia custo-efetiva.

O URM se dá quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (OMS, 1985). Uma das estratégias para promover o URM é a educação do usuário com o fornecimento de informações apropriadas e a garantia de adequado acesso a medicamentos apropriados (BRASIL, 2012).

Compreende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes a saúde. Estas ações dizem respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (CANDEIAS, 1997). Práticas educativas bem estruturadas empoderam a população por permitir a cada um adquirir e por em prática os conhecimentos, atitudes, valores, habilidades e competências necessárias à promoção e proteção da própria saúde e a do coletivo (RIVEIRO, 2011).



Um estudo desenvolvido por Oenning (2011) demonstrou que embora os participantes tenham recebido informação sobre a terapêutica durante a consulta médica (70%) e durante a dispensação dos medicamentos na farmácia (98%), os resultados de avaliação do nível de conhecimento acerca dos medicamentos foi regular ou insuficiente.

Este trabalho busca não é apenas fornecer informações sobre saúde e uso correto de medicamentos, à população, através de suas atividades de extensão e pesquisa, mas instrumentalizar uma construção histórica de reorientação de práticas que inclua as diversas inter-relações que envolve a saúde, o sujeito e o medicamento como recurso terapêutico. Pactua um conjunto de procedimentos para avaliação do uso de medicamentos associado a ações educativas para promoção do URM.

O sucesso da farmacoterapêutica depende diretamente de duas dimensões: aspectos técnicos e relativos ao paciente. Tecnicamente a decisão terapêutica deve ser racional, a prescrição médica adequada a seu receptor, os medicamentos acessíveis e dispensação com orientação apropriada. Com relação ao indivíduo este também elabora um processo de tomada de decisão diante da terapêutica. Este processo está centrado em 3 etapas: motivação, entendimentos individuais e tomada de decisão.

Considerando a educação e comunicação, um cenário propício à criação de mecanismos e espaços para a gestão participativa, e sendo esta uma pauta prioritária do Ministério da Saúde, a proposta deste trabalho implica em uma prática assistencial voltada para a negociação acerca das ações pretendidas e seus significados.

## **OBJETIVO**

Desenvolver um instrumento para avaliação do uso de medicamentos para análise do dimensionamento das necessidades farmacoterapêuticas, na perspectiva da educação em saúde como estratégia sócio-pedagógica, no Centro de Saúde Carlos Gomes, Salvador, Bahia.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Cenário de Estudo**

O Centro de Saúde Carlos Gomes é uma unidade de saúde policlínica que presta atendimento ambulatorial e SADT (Serviços de Atendimento a Doenças Transmissíveis) da atenção básica e de média complexidade.

### **Critérios de seleção**

As fontes de informações privilegiadas nesta pesquisa são os indivíduos que utilizam os serviços farmacêuticos no Centro de Saúde Carlos Gomes, Salvador, Bahia.

Este são abordados durante a espera para a retirada de seus medicamentos na fila da farmácia e após apresentação dos objetivos da pesquisa e consentimento de sua livre participação estes serão incluídos como sujeitos da pesquisa.

## **Estratégia para a coleta de dados**

Inicialmente é feita uma abordagem para um estudo da utilização de medicamentos, enfatizando a identificação de saberes e práticas relativas a este uso, para a investigação de temáticas educacionais e informativas. Inclui a seleção de indicadores e parametrização para análise do perfil farmacoterapêutico e elaboração de técnicas ativas para ligação entre as categorias analíticas e as demandas individuais e coletivas, propiciando a participação comunitária na decisão.

Uma análise documental é realizada para caracterização e reconhecimento das ações de educação em saúde adotadas, destacando a coordenação, existência de parcerias e periodicidade.

Através do uso de metodologias participativas de trabalho, serão adotados métodos e técnicas que possibilitem e facilitem a pluralidade e multivocalidade na instância dos serviços para direcionamento e execução de ações educativas.

Por último é constituído de um grupo multiprofissional e intersetorial (saúde, ensino, sociedade), no Centro de Saúde Carlos Gomes, para composição de um sistema integrado e contínuo de educação em saúde para o uso racional de medicamentos.

## **Tratamento e análise dos dados**

No âmbito da investigação os resultados são agrupados a partir de sua abordagem quali-quantitativa. Os dados estruturados, obtidos por meios dos instrumentos, das análises documentais serão editados em um banco de dados construído em programa específico (Excel® ou equivalente) por uma equipe de digitadores, supervisionados pela coordenação da pesquisa.

Os dados semi-estruturados, que inclui a descrição das ações desenvolvidas e demais variáveis qualitativas são analisadas a partir da interpretação dos discursos investigados.

Para ambas as situações será utilizado o apoio de consultoria especializada, o estabelecimento de planos analíticos adequados à pesquisa.

## **Aspectos Éticos**

A partir das orientações contidas na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde regulamenta pesquisa com seres humanos, é solicitada a liberação do campo da pesquisa pelos os gestores dos municípios envolvidos e adequação a todos os itens previstos nesta resolução.

## **RESULTADOS**

- 1- Uma Oficina de Trabalho, com a participação de pesquisadores, profissionais, estudantes e comunidade para discussão sobre limites e possibilidades da educação em saúde e uso racional de medicamentos.
- 2- Diagnóstico sobre o perfil farmacoterapêutico dos pacientes que demandam assistência farmacêutica no âmbito da unidade de saúde analisados.
- 3- Constituição de um grupo multiprofissional e intersetorial para a educação em saúde e uso racional de medicamentos.

- 4- Relatório Analítico sobre o impacto das ações educativas e comunicativas na assistência à saúde.
- 5- Seminário final do projeto com participação de técnicos da secretaria municipal de saúde, para discussão do impacto das ações educativas e comunicativas no cenário coletivo da saúde.
- 6- Relatório conclusivo da pesquisa sobre o desempenho operacional e comunicativo dos serviços farmacêuticos e sua interface com a educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, J.A.C.; JOANY, S. **Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição?** *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 891-898, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso Racional de Medicamentos: temas relacionados**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília-DF, 2012.
- CANDEIAS, N.M.F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. *Revista de Saúde Pública*, abr./1997: 31(2):209-213.
- CARIAS, C.M. et. al. **Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil**. *Revista de Saúde Pública*, 2011: 45(2): 233-240.
- OENNING, D. et. al. **Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7): 3277-3283, 2011.
- OPAS/BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Oficial de trabalho uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007
- RIVEIRO, S.C. **Educação em saúde para a promoção do uso racional de medicamentos entre adultos em alfabetização na rede municipal de ensino em Uberlândia-MG**. Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2011.
- VIEIRA, F.S. **Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2010:27(2):149-156.
- VIEIRA, F.S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inclusivos da agenda do Sistema Único de Saúde**. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2008: 24(2):91-100.

## ENSINO E ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Fátima Brandão** (UNIVASF, Professora); **Lucineide Santos Silva** (UNIVASF, Professora); **Sued Sheilla Sarmiento** (UNIVASF, Professora).

### INTRODUÇÃO

Observa-se nos dias atuais que a assistência à parturiente tem se desvinculado de práticas intervencionistas, ao tempo em que, tende a resgatar o protagonismo da mulher no processo de parturição de modo humanizado e seguro. Segundo Brasil 2003, a definição de atenção humanizada é bastante abrangente e deve contemplar práticas, atitudes e conhecimento que objetivem além da prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, também um momento de parturição saudável.

A humanização no parto é um direito legítimo da parturiente, na qual deve existir o diálogo com a mulher, a participação do acompanhante de sua escolha e a presença de doulas, fatores estes que irão melhorar consideravelmente a relação cliente/instituição hospitalar. Além de que, a humanização do parto, faz parte dos direitos humanos, pois quando a colocamos em prática, nada mais fazemos do que tentar combinar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher com seus direitos sociais, visando uma oferta de serviço de saúde equânime, com pleno exercício de sua liberdade e direito individual. Com isso não buscamos extinguir as tecnologias que podem auxiliar a mulher durante este processo, apenas primamos pelo seu uso controlado, de forma consciente, não transformando um momento tão natural quanto o parto, em um procedimento tecnicista, altamente medicalizado (LONGO, ANDRAUS, BARBOSA, 2010).

Quando se fala em parto humanizado, não se deve levar em consideração apenas o alívio da dor. Cuidar e confortar uma parturiente durante o processo da parturição vai muito mais além, “cuidar é olhar enxergando, ouvir escutando, observar percebendo, sentir empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro” (FRELLO, CARRARO, 2010). Desta forma, para que a mulher e seus familiares sintam que a mesma está recebendo os cuidados necessários e adequados, é preciso a oferta de um ambiente confortável, acolhedor, onde esta sinta-se segura, contribuindo assim para o alívio de seus medos e desconforto e para uma assistência de qualidade e humanizada (FRELLO, CARRARO, 2010).

## OBJETIVO

Diante dessa perspectiva, este estudo tem como objetivo relatar a experiência docente no ensino e assistência ao parto humanizado junto a acadêmicos de graduação em enfermagem.

## METODOLOGIA

Relato de experiência desenvolvido no Centro de Parto Normal – CPN de uma maternidade pública em Juazeiro - BA, durante as atividades práticas do módulo Saúde da Mulher e Gênero do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF. Nos meses de abril e maio de 2012, 10 alunos se revezaram em duplas, durante 20 horas distribuídas em 5 horas diárias, totalizando 4 dias de prática na prestação de cuidados à mulher em processo de parturição, sendo os mesmos acompanhados por docente da disciplina em todo o período.

### Relatando a experiência

Acompanhando os discentes em sala de parto, desenvolvemos atividades de observação, assistência e educação no ambiente do CPN. Aplicamos métodos psicoprofiláticos e de relaxamento, como também algumas tecnologias não invasivas oferecidas pela instituição como a bola obstétrica. Com a perspectiva de contribuir para uma assistência de qualidade e humanizada, os discentes foram escalados para prestar cuidados a uma parturiente de cada vez, em quartos individuais, acompanhando o trabalho de parto e o pós-parto imediato. Realizavam o acolhimento possibilitando à mulher gerenciar a sua função biológica através da sua mente e corpo. Aplicavam as técnicas de relaxamento, massagens e movimentação aprendidas, orientavam os acompanhantes estimulando a sua participação permitindo assim, um envolvimento mais profundo à experiência vivenciada. Observaram que a sensação de segurança manifestada pela parturiente ofereceu condições para o pleno fluir da fisiologia do parto. Num segundo momento, de acordo com a disponibilidade de horário, fazíamos uma breve reunião para discutir as experiências vivenciadas, assim como o aprendizado adquirido através da prática humanizada da assistência, onde também eram avaliados os conhecimentos sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto. Eram aplicados exercícios e questionários sobre o tema.

## RESULTADOS FINAIS

Na avaliação final após observação, compartilhamento de experiências e avaliação dos referidos discentes, identificou-se que os mesmos tiveram dificuldades para desenvolver um cuidado integral durante o trabalho de parto, tendo em vista, a inexperiência em lidar com sensações dolorosas, de angústia e medo vivenciadas pelas mulheres. Ao mesmo tempo, reconheceram a importância de utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como o toque terapêutico, massagens de conforto, exercícios respiratórios, uso da bola do nascimento, deambulação, banhos mornos, bem como estimular a participação ativa do acompanhante no processo. Durante o parto, os alunos expressaram emoção e satisfação em poder compartilhar daquele momento único na vida de uma família e identificaram os benefícios da não utilização de determinadas práticas intervencionistas, já condenadas pela OMS como: episiotomia rotineira, tricotomia, enema, uso de ocitócitos, posição supina e de litotomia, puxos prolongados e dirigidos, manobra de Kristeller (BRASIL, 2003). Por outro lado, se conscientizaram da importância de empoderar a mulher para assumir posição ativa durante o parto, envolvendo o (a) acompanhante na tentativa de resgatar o parto como evento social, como acontecia outrora. As instituições de saúde têm utilizado terapias complementares não invasivas, inclusive com a participação ativa de acompanhante, em cumprimento à lei 11.108 que prevê a presença de uma pessoa de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2003). Diante desta experiência sugere-se amplo treinamento a fim de evitar divergências entre teoria e prática e a inclusão de conteúdos que incluam terapias complementares e integrativas nos currículos acadêmicos. Torna-se imperioso que os docentes reavaliem o ensino-aprendizagem com ênfase na utilização de métodos não-invasivos, não-farmacológicos, integrativos e complementares, a fim de contribuir para a formação de enfermeiros capacitados para atuar frente a este novo paradigma.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## REFERÊNCIAS

- 1 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 2 - Ariane Thaise Frello, Telma Elisa Carraro. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):660-8. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487> Acessado em 26.04.12
- 3 - Cristiane Silva Mendonça Longo, Lourdes Maria Silva Andraus, Maria Alves Barbosa. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(2):386-91. Disponível em

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5266/6945> Acessado em 26.04.2012

## ARTETERAPIA NA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

**Maria de Fátima Ferreira Caio** (Prefeitura da Cidade do Recife/Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath, Psicóloga);  
**Ana Cristina Lopes** (Autônoma, Arte Educadora e Arteterapêuta);  
**Ana Luiza Dantas Cabral de Melo** (Autônoma Arteterapêuta);  
**Maria Adélia Piquet Gonçalves Menezes** (Autônoma, Psicóloga e Arteterapêuta);  
**Mônica Reis Santos de Oliveira** (Autônoma, Pedagoga e Arteterapêuta).

### INTRODUÇÃO

O Curso de Capacitação Técnica em Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) em Recife-PE teve sua primeira etapa oferecida em 2006 pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco. Em 2011 a Secretaria Municipal de Saúde de Recife, em parceria com a Secretaria Estadual (Escola de Saúde Pública de Pernambuco) e com a Universidade de Pernambuco (Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças) deram continuidade com a realização das segundas e terceiras etapas, concluídas em 2012. O CTACS de Recife consegue oferecer um grande diferencial incluindo, no conteúdo programático, Oficinas Temáticas de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), idealizadas pelos profissionais e convidados parceiros da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath (UCIS). Estas objetivavam apresentar e instrumentalizar os ACS em diversas práticas que possuem o cuidado integral como ordenador do olhar sobre a pessoa. O presente trabalho tem como finalidade relatar a experiência com as Oficinas de Arteterapia que fizeram parte deste contexto no período de 14 de agosto a 22 de setembro de 2012.

A Arteterapia pode ser definida como um processo terapêutico que ocorre através da utilização de modalidades expressivas diversas. De ação terapêutica abrangente e holística, amplia as possibilidades de estruturação da personalidade, ativa potencialidade e contribui para modos mais harmoniosos de comunicação, interação e de estar ao mundo (PHILIPPINI 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde este processo terapêutico esta na categoria de Práticas Complementares de Saúde, com saber específico a contribuir na prevenção, manutenção e recuperação de saúde. "Assim a arteterapia pode construir-se em produtiva alternativa terapêutica, holística, que auxiliam na configuração das tão necessárias novas visões para um novo milênio" (PHILIPPINI 2008).

"No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido personagem muito importante realizando a

integração dos Serviços de Saúde de Atenção Primária à Saúde com a comunidade” (MS, 2009). Entretanto as demandas da população são diversas e complexas, colocando-o, por vezes, diante de situações difíceis e estressantes que dificultam o seu papel como agente que possibilita a transformação das questões de saúde na comunidade. Dentre as inúmeras atribuições do ACS, as ações educativas, “... que devem estimular o conhecimento, o cuidado de si mesmo, fortalecimento da autoestima e também os vínculos de solidariedade comunitária, contribuindo com o pleno exercício de poder decidir o melhor para sua saúde (M S, 2009), nortearam a escolha do tema a ser trabalhado nas oficinas de arteterapia: O Cuidado. Cuidar-se, cuidar do outro e da comunidade. Desse modo as oficinas foram pensadas como um espaço de acolhimento e cuidado, exercício da sensibilidade, espontaneidade e criatividade, possibilitando o entendimento maior de como o indivíduo se vê e sente no mundo.

Em seu livro Saber Cuidar, Leonardo Boff aborda o cuidado como a essência da natureza humana e como sua característica singular colocar o cuidado em tudo que projeta e faz. “Cuidar e ser cuidado são duas demandas fundamentais de nossa existência pessoal e social.” Essa dimensão do cuidado foi trabalhada com a construção de ninhos para abrigar o ovo símbolo da vida. “A Metáfora do cuidar é o Ninho - beleza, proteção, dedicação, diversidade, tendo como objetivo último, proteger e permitir a vida se manifestar” (CASTRO, 2008). Patrícia Pinna Bernado refere que esta vivência nos remete para o para o nosso interior. “... quando confeccionamos o ninho para o nosso ovo demonstramos como cuidamos da nossa demanda interna e nos disponibilizamos para a colaboração consciente com o nosso desenvolvimento”(BERNARDO, 2008).

A escolha da Metáfora do Ninho tem como fonte o belo e poético trabalho que foi desenvolvido por Venina Lígia (Niná) de Castro com a construção de ninhos. “Fazer Ninho é abraçar a diversidade e experimentar o cuidado através do entendimento vivencial de que somos parte de uma vida em constante interdependência e complementaridade sem fim” (Castro, 2008).

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## OBJETIVO

- Possibilitar através da arteterapia um momento de acolhimento e cuidado aos agentes comunitários de saúde, sensibilizando-os para a utilização de recursos expressivos na promoção de saúde.
- Favorecer a consciência corporal e relaxamento através de exercícios de respiração e alongamento.
- Facilitar o contato consigo mesmo e com a expressão através de recursos plásticos e visuais.
- Despertar e ampliar o potencial criativo.
- Proporcionar a integração do grupo valorizando a importância de cada um como parte fundamental de um todo.

## MÉTODO

A ação foi desenvolvida pela equipe de arteterapia, formada por uma psicologia e arteterapeuta (Fátima Caio) da Unidade de Práticas Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (UCIS) em parceria com quatro arteterapeutas convidadas ( Ana Cristina Lopes; Ana Luiza Dantas; Maria Adélia Piquet; Mônica



Reis). A atividade foi tecida cuidadosamente a dez mãos possibilitando aos ACS a vivência do processo arte-terapêutico, sensibilizando-os para a utilização de recursos expressivos nas suas ações na comunidade. Foram contempladas 53 turmas com uma média de 27 ACS, cada. Constituiu-se em encontros de 04 horas por turma. Após o acolhimento do grupo com apresentação dinâmica dos nomes foi realizado o trabalho corporal para aquecimento e preparação para a vivência da construção dos ninhos. A primeira etapa da atividade foi a produção individual. Cada um pegou o ovo que trouxe. Falou-se do ovo como símbolo da vida. Pediu-se para que cuidassem com todo cuidado e carinho dessa preciosidade que é a sua própria vida. Para isso construíram o seu próprio ninho com materiais da natureza: galhos, folhas secas, sementes e outros materiais como cordão, cola lã, tecido, jornal, fita crepe, etc. Cada um pegou o ovo que trouxe. Falou-se do ovo como símbolo da vida, fazendo analogia com a própria vida. Construíram com materiais da natureza: galhos, folhas, sementes e outros materiais como tecidos, lã, cordão, fita, cola, etc. um ninho de proteção, único, singular e que representa a sua forma de cuidar de si, da vida e do outro. Este foi tempo da introspecção.

Na fase posterior foram formados pequenos grupos, onde as experiências foram compartilhadas trazendo a reflexão sobre autocuidado. Ainda nos grupos conversaram sobre o cuidado com o outro, fazendo a correlação do ninho com o seu trabalho como ACS na comunidade. A partir das suas reflexões, cada grupo criou uma forma de transmitir suas ideias para o grande grupo. Foram produzidas apresentações em diversas linguagens expressivas como colagem, teatro, cordel, poesia e música. Momento muito rico e de rara beleza onde muitas analogias do ninho foram feitas com a vida, com o trabalho e com a comunidade. A oficina é encerrada com um grande círculo para agradecimentos e abraço coletivo. No final do encontro as pessoas recebiam uma folha de papel ofício para que elas escrevessem, em poucas palavras, como avaliavam a oficina, o que esta havia acrescentado em sua vida e no que contribuiria para seu trabalho como agente de saúde.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## RESULTADOS

Cada oficina era única. Cada grupo, oriundo de diferentes distritos sanitários, tinha o seu próprio perfil. Variava com relação à integração, motivação, resistência ao trabalho criativo, capacidade de abstração, concentração, etc. Na hora de cuidar do ovo e fazer o ninho, apesar das instruções de que era um momento para cada um entrar em contato consigo mesmo, um dos maiores desafios era silenciar. Isso exigia do facilitador respeito, acolhimento e paciência com o que era possível para cada grupo naquele momento.

A riqueza e diversidade dos ninhos eram admiráveis. Os mesmos recursos oferecidos davam resultados bastante distintos e criativos. A produção plástica sempre revela algo do eu criador. De uma forma ou de outra, mais para uns e menos para outros, isso era percebido. Uma delas veio e comentou particularmente: "Minha vida é assim: prática. Já fiz o ninho".

O trabalho coletivo foi outro desafio. No início a resistência, a vergonha, depois a troca no grupo e as ideias que surgiam davam asas à imaginação e a criatividade fluía. Nas apresentações talentos se revelam nas dramatizações, nas composições de hap, poemas, etc. O tema cuidado e acolhimento predominavam. A dicotomia, no entanto, aparece, os ACS reclamam por cuidado. Cenas dramatizadas denunciam

contradições com posturas pouco acolhedoras, mas concluem com a frase: “Acolher é seu dever, é só você querer”. As dificuldades do cotidiano dos ACS, a angústia de lidar com o “querer” e não “poder”, a insatisfação com a equipe de saúde, tudo parece ser resumido com a frase: “Ninguém aqui está satisfeito, está empurrando com a barriga”.

Avaliam positivamente a vivência. Muitos se referem ao cuidado que precisam ter consigo mesmo, à descontração e à possibilidade de levar esses recursos expressivos para a comunidade. Pôde-se verificar, a partir dos depoimentos, que os objetivos foram atingidos. Muitos fizeram referência ao cuidado, a paciência, revelando que a oficina promoveu momentos de acolhimento e cuidado. Uma delas escreve: “Essa oficina me fez pensar no amor que damos e recebemos fazendo esse trabalho tão bonito” (SJ da S, 2012). Descubrem a arteterapia como uma ferramenta interessante de promoção e recuperação da saúde e que, na fala de muitos, deveria ser ampliada a serviço dos profissionais e usuários do SUS na construção de um novo modelo de cuidado.

Cordel Apresentado Por Um Dos Grupos:

Arteterapia oficina que traz muita alegria  
 Nela traz dinâmica pro molde a gente usar todo dia  
 Hoje teve oficina que representa a sua vida  
 Dinâmica com cordão, tesoura, papel, botão de bolso e até um ovo.  
 Que traz na nossa lembrança o início de um povo. Teve gente que sorriu, mas só foi o contato com o ovo que a imaginação de toda surgiu.

Agente de saúde é um profissional de sorte  
 Ter na sua formação professores de grande porte  
 Ana Fabrícia, gente muito boa. Chegou quietinha, mas com acorda toda.  
 Agora temos Adélia que veio para conhecer nossas ideias

Ideias da comunidade com grande responsabilidade  
 Agente de saúde levando ela pra sua sociedade  
 É formação de luxo que a todo custo nos foi passado  
 E o agente de saúde com sabedoria aprendeu tudo o que necessitaria para repassar com alegria tudo no seu dia a dia.

## REFERÊNCIAS

BERNADO, Patrícia Pinna. A prática da arteterapia: correlação entre temas e recursos, volume I: temas centrais em arteterapia, Ed Do Autor, São Paulo, 2008.

BOFF, L., Saber Cuidar: Ética do humano-compaixão pela terra, Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1999.

CASTRO, Venina Lígia (Niná). Primário biocêntrico e diversidade: Fazer ninhos, falar de amor e cuidado no cotidiano – monografia apresentada para obtenção de título de Professora de Biodança – Internacional Brocentric Foudation/Escola de Biodanza Sistema Rolando Toro, Belo Horizonte, 2008.

PHILIPPINI, Ângela. Cartografias da Coragem. Coleção para entender arteterapia. 4ª. Edição. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2008.

FHILIPPINI, Ângela. Grupos em arteterapia: redes criativas para colorir vida. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O trabalho do agente comunitário de saúde, série F, comunicação e educação em saúde, Brasília, DF. 2009.

## AMAMENTAÇÃO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA: A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO

**Débora Reis da Cruz** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, discente); **Luiz Henrique Silva Mota** (UFRB, discente); **Ismael Mendes Andrade** (Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus–BA, Bacharel em Saúde); **Jacqueline de Sousa Lima** (UFRB, discente).

O gesto de amamentar, para além da função fisiológica de alimentação, propicia a manutenção da interação mãe/bebê, rompida abruptamente pelo parto. É por meio do contato físico, da troca de calor, da estimulação da pele e sentidos que o bebê se sente confortável e seguro. Deste modo, amamentar é mais do que alimentar é a oportunidade de firmar vínculos afetivos entre mãe e bebê. A qualidade desta vinculação, formada durante a amamentação, é determinante não apenas na saúde e qualidade de vida do indivíduo quando bebê, os benefícios da amamentação natural tendem a se estender durante o seu curso de vida. **Objetivo:** Reafirmar a importância do aleitamento materno para mães adolescentes no município de Santo Antônio de Jesus – BA. **Métodos:** Utilizou-se da revisão integrativa para formulação dos folhetos para Educação em Saúde ressaltando a importância da amamentação nos seis primeiros meses de vida. **Resultados:** Obteve-se como resultados a participação social na atividade educativa resultando no empoderamento das mesmas sobre os seus direitos, e para além, proporcionou uma integração entre o saber popular e científico. **Conclusão:** Portanto, conclui-se que a orientação para o aleitamento materno é extremamente importante para a educação para a saúde, proporcionando mães um maior entendimento sobre a sua própria saúde e a do bebê.

**Palavras Chave:** aleitamento materno; educação em saúde, gravidez na adolescência.

## MANDALAS DE FRUTAS E ARTETERAPIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

**Rafaela Fernandes do Nascimento** (Prefeitura da cidade de Recife/Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas - NAPI, Nutricionista);

**Débora Costa Gomes da Silva** (Prefeitura da cidade de Recife/NASF, Nutricionista);

**Shirley Montenegro Silva** (Prefeitura da cidade de Recife/NAPI, Nutricionista);

**Maria de Fátima Ferreira Caio** (Prefeitura da cidade de Recife/ Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Prof. Guilherme Abath, Psicóloga).

### INTRODUÇÃO

A população brasileira, principalmente nos últimos cinquenta anos, apresenta alterações na qualidade e quantidade da dieta que, associadas a mudanças no estilo de vida e nas condições econômicas, sociais e demográficas, provocam repercussões negativas em sua saúde (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003; KAC & VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003). Como consequência desses fatos, aumenta consideravelmente a prevalência de sobrepeso, obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e cânceres (SARTORELLI & FRANCO, 2003).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, a ingestão de frutas, legumes e verduras entre os brasileiros está abaixo dos níveis recomendados pelo Ministério da Saúde (400g) para mais de 90% da população. Já as bebidas com adição de açúcar (sucos, refrescos e refrigerantes), além de biscoitos, linguiças, salsichas, mortadelas, sanduíches e salgados têm consumo elevado. A mesma pesquisa também revelou que, no Brasil, *uma em cada três crianças de 5 a 9 anos (33,5%) estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).*

Neste mesmo cenário, são observados dois extremos da má nutrição: obesidade e desnutrição pela carência de micronutrientes, o que se pode chamar de paradoxo nutricional. (VIEIRA, E.C., LEÃO, E., LAMOUNIER, J.A., 2004). Isso demonstra a presença marcante de hábitos baseados no consumo de alimentos com baixo valor nutricional e quantidades elevadas de calorias, carboidrato simples, gordura saturada, sódio, além de aditivos químicos.

A POF 2008-2009 mostra, ainda que, desde 1989, entre os meninos de 5 a 9 anos de idade nas famílias dos 20% da população com menor renda, houve um forte crescimento daqueles com excesso de peso, passando de 8,9% para 26,5%. Mostrando que este problema atinge também as classes sociais menos favorecidas. Diante disso, profissionais e organizações de saúde procuram estratégias para amenizar estes efeitos tão nocivos à população.

Considerando que os hábitos alimentares são construídos desde a infância e os desvios nutricionais nesta fase trazem importantes riscos à saúde, a escola apresenta-se como espaço oportuno às ações promotoras de melhores hábitos. Dentro dessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi lançado em 2007 como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de dar atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e

unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde e educação de forma integrada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) da prefeitura do Recife que, por sua vez, faz apoio matricial a equipes de saúde da família, insere-se no PSE como apoiador de ações de educação em saúde.

## **OBJETIVO**

O presente trabalho descreve uma experiência de educação nutricional direcionada aos alunos da Escola Municipal Historiador Flávio Guerra em Recife - PE, através do Programa Saúde na Escola (PSE). Teve como objetivo incentivar o consumo de frutas e induzir uma reflexão sobre alimentação saudável em crianças que estudam na rede pública de ensino.

## **MÉTODOS**

A ação foi desenvolvida pela equipe de Nutrição do NAPI, formada por duas nutricionistas (Rafaela Fernandes e Shirley Montenegro) e uma técnica em nutrição (Danielle Miranda), em parceria com a arteterapeuta (Fátima Caio) da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (UCIS), sede do NAPI. Contou com a colaboração da fisioterapeuta do NAPI (Daniela Mendes) e de uma estagiária da graduação em Nutrição (Amanda Aguiar).

A atividade constituiu-se na apresentação de uma peça de teatro de bonecos com tema alimentação saudável e posterior preparo e degustação de mandalas de frutas. Foi direcionada a alunos, com idades entre 5 e 11 anos, da Escola Municipal Historiador Flávio Guerra que é contemplada pelo PSE em Recife-PE.

Para a apresentação da peça teatral foram utilizados 6 bonecos de pano do tipo fantoche, confeccionados pela arteterapeuta, e um biombo coberto com tecidos. As mandalas de frutas são formadas por cremes de mamão, abacate, abacaxi c/ goiaba, manga e banana sem adição de açúcar ou outros ingredientes. Cada fruta, que corresponde a uma cor, é liquidificada e colocada separadamente em recipientes redondos de vidro. Estes cremes ficam dispostos como uma “aquarela” que será utilizada pelas crianças para desenharem mandalas coloridas individualmente em seus pratos. Para decorar estas mandalas são disponibilizados: uvas, bagos de tangerina em forma de borboletas, pedaços de kiwi, rodela de bananas, além de uma “granola viva” preparada com sementes de girassol descascadas e passas hidratadas e canela em pó. As mandalas de frutas fazem parte da alimentação viva que é baseada em vegetais crus, sementes germinadas e brotos com preservação da energia vital e constitui uma das ofertas de oficina da equipe de Nutrição do NAPI.

A peça conta a história de três crianças: Chico, filho de Maricota, um menino que só comia cenoura; Nina, irmã de Chico, que tinha uma alimentação bem saudável; e Tonha, amiguinha de Chico e Nina, que comia apenas guloseimas. Numa situação de risco, quando uma cobra está solta perto da casa deles, o trio vivencia diferentes situações que correspondem aos seus estados nutricionais. De forma bem humorada a encenação enfatiza a importância da alimentação saudável para se aproveitar melhor a vida e enfrentar os desafios dela com mais disposição.

## **RESULTADOS**

Observou-se que as crianças assimilaram bem as informações sobre a boa escolha dos alimentos apresentada na peça teatral, já que, ao serem questionadas de forma subjetiva sobre o conteúdo assistido, corresponderam às expectativas de aprendizado. Também houve boa aceitação na degustação das mandalas de frutas. Haviam crianças provando alguns tipos de frutas pela primeira vez, então, é possível que o estímulo visual colorido, a didática divertida e a textura pastosa tenham facilitado essa aprovação.

Pode-se constatar, portanto, que a forma lúdica de exposição do assunto provavelmente facilitou o aprendizado para a fomentação da mudança de comportamento alimentar. As autoras também consideram que este tipo de ação, para ter efeitos duradouros, precisa fazer parte de um projeto de educação continuada, promovendo, assim, mudanças positivas no estilo de vida das crianças acompanhadas e um futuro com mais saúde para esta população.

## REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública, 19 (sup.1): S181-S191, 2003.

KAC, G.; VELÁQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. Cad. Saúde Pública, 19 (Sup.1): S4-S5, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Saúde na Escola. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1828](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1828)  
Acesso em: 27 de abril de 2013.

PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR (POF 2008-2009) Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1699&id\\_pagina=1/](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1/) Acesso em: 27 de abril de 2013.

SANTOS, L. A. da S. Educação Alimentar e Nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutr. Campinas, v. 18, n.5, p. 681-692, set/out., 2005.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Pública, 19 (Sup.1): S29-S36, 2003.

## OFICINAS DE ALIMENTAÇÃO VIVA – PROMOÇÃO À SAÚDE NO SUS

**Rafaela Fernandes do Nascimento** (Prefeitura da cidade de Recife / Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas - NAPI, Nutricionista);

**Shirley Montenegro Silva** (Prefeitura da cidade de Recife/NAPI, Nutricionista);

**Thaís Santos Navolar** (Prefeitura de Florianópolis, Nutricionista).

## **INTRODUÇÃO**

Dentro de uma perspectiva de visão ampliada da saúde, proposta pela Nutrição Integrativa e Complementar, na qual a alimentação não é considerada meramente como ato biológico, tem-se a alimentação viva como uma das expressões do cultivo da integralidade.

Os princípios desta corrente alimentar estão em consonância com o conceito de segurança alimentar e nutricional que consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (CONSEA, 2006)

A alimentação viva é uma corrente alimentar centrada na vitalidade dos alimentos. Sua difusão inicia-se na década de 1980, nos Estados Unidos, devido aos trabalhos de Ann Wigmore. No Brasil, desde a década de 1990, o Projeto Terrapia, da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro), divulga essa proposta, considerando a alimentação viva como um movimento de consciência ecológica e de promoção da saúde. Na dieta dos adeptos são excluídos alimentos considerados “desvitalizados”: produtos de origem animal, alimentos cozidos e industrializados; consumindo, exclusivamente, frutas e vegetais crus, com ênfase para as sementes germinadas e brotos. (NAVOLAR, 2012).

No que se refere ao valor nutricional, é importante destacar que vegetais crus são excelentes fontes de nutrientes e fibras que durante cozimento ou processamento industrial seriam perdidos em grande percentual. Além disso, a germinação, procedimento “obrigatório” para o consumo dos grãos e sementes crus, multiplica o conteúdo de minerais, além de ativar enzimas criando um alimento pré-digerido que pode ser facilmente absorvido pelo corpo. (GONZALEZ, 2008)

Soares (2012), em artigo que relata sua experiência de observação e descrição de dois projetos de vivência em alimentação viva (Terrapia da FIOCRUZ e Feira do Desenho Vivo na PUC, RJ), conclui: “A alimentação viva se caracteriza por fazer do ato de comer uma celebração coletiva, um momento de convívio de paz, de alegria e prazer, de agradecimento, com investimento de tempo e responsabilidade com todo o processo de plantio dos alimentos, germinação dos grãos e sementes, preparo do suco de clorofila e demais pratos da culinária crua. Trata-se de uma culinária que se vale de alimentos altamente nutritivos e energizados onde cores e sabores são fundamentais, assim como os valores que a regem: amor, paz, alegria, beleza e saúde.” (SOARES, p.112,113)

## **OBJETIVO**

Com a proposta de promover saúde e despertar uma ressignificação do ato de se alimentar, a equipe de Nutrição Integral do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI), que faz apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF) em Recife-PE, tem como atuação mais expressiva a realização de cursos de Alimentação Viva.

## MÉTODOS

Os cursos de alimentação viva são conduzidos por duas nutricionistas (Rafaela Fernandes e Shirley Montenegro), uma médica acupunturista (Régia Sofia Azevedo) e uma técnica em Nutrição (Danielle Miranda) na Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath, sede do NAPI, e nas comunidades assistidas pelas ESF dos Distritos Sanitários II e III em Recife. Essa atividade tem como público usuários do SUS, além de profissionais e estudantes da saúde e de outras áreas. Constitui-se de seis módulos semanais, que incluem teoria (roda de conversa) e práticas culinárias com degustação. Os temas abordados são:

Módulo 1 – Introdução à Alimentação Viva. É feito o acolhimento dos participantes com roda de apresentação, informações sobre o curso e exposição dos conceitos e histórico dessa corrente alimentar. A prática culinária é o suco de clorofila e uma torta salgada viva;

Módulo 2 – Como germinar e plantar brotos. Discussão sobre os benefícios da germinação, apresentação das sementes e grãos utilizados e prática de como germinar e plantar brotos. Cada usuário leva o broto plantado na aula para cultivar em casa e trazer no próximo encontro relatando a experiência. A receita preparada e degustada é uma torta doce viva e docinhos vivos;

Módulo 3 – Alimentação Viva e Saúde. São discutidos os aspectos nutricionais da alimentação viva, sua relação com a prevenção e controle de doenças, assim como, as fontes vegetais de nutrientes. A preparação para degustação é uma moqueca de caju viva, contemplando as receitas amornadas que podem sofrer aquecimento máximo de 42°C;

Módulo 4 – Segurança Alimentar e Nutricional. É realizado um debate sobre os vários aspectos deste tema como Direito Humano a Alimentação Adequada – DHAA, o consumo consciente, a boa escolha dos alimentos, o impacto ambiental e na saúde da agroindústria (agrotóxicos, monoculturas e transgênicos), produtos orgânicos e feiras, hortas caseiras e agroecologia. A prática culinária são as mandalas, montadas por cada participante em seus pratos, com cremes de frutas (sem adição de açúcar ou outros ingredientes) dispostos separados por cores. Para ajudar a decora-las, são disponibilizados uvas, bagos de tangerina em forma de borboletas, pedaços de kiwi, rodela de bananas, além de uma “granola viva” preparada com sementes de girassol descascadas e passas hidratadas e canela em pó.

Módulo 5 – Planejamento do cardápio vivo. Os participantes constroem um cardápio descrevendo as possibilidades de preparações vivas para cada refeição do dia. São preparados e degustados leites de sementes como quinoa, girassol, linhaça, amêndoa e gergelim. Como sugestão de consumo, alguns são batidos com frutas.

Módulo 6 – Confraternização de encerramento. No primeiro momento, é realizada uma roda de conversa para compartilhar as experiências com alimentação viva durante o curso e os usuários respondem a uma avaliação das oficinas, questionário de perguntas objetivas e espaço para sugestões. Posteriormente faz-se uma



confraternização com entrega dos certificados e degustação da receita do dia, água colorida, e das preparações vivas trazidas por cada participante.

Antes de cada degustação é feita uma roda com todos os participantes e cantada uma música, em Guarani, de agradecimento em pelo alimento: “Tembiu porã, aguijeveté!”, que significa “alimento bonito, agradecido!”.

## RESULTADOS

As avaliações realizadas pelos participantes ao final dos cursos demonstraram: mudanças positivas nos hábitos alimentares e na concepção sobre alimentação; experiências de maior disposição e bem estar; mais contato com a natureza estimulado pela produção de brotos e hortas caseiras; e motivação para preparar alimentos como forma terapêutica. Diante destes relatos, pode-se concluir que a realização dos cursos de Alimentação Viva na experiência da equipe de Nutrição do NAPI caracteriza-se como uma estratégia exitosa de promoção à saúde no SUS.

## REFERÊNCIAS

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - CONSEA. Cartilha: Lei de Segurança alimentar e Nutricional – Conceitos. 2006. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/consea/biblioteca/publicacoes/cartilha-losan-portugues> Acesso feito em: 28 de abril de 2013.

GONZALEZ, A.P. Lugar de médico é na cozinha: Cura e saúde pela alimentação viva. São Paulo: Alaúde editorial; 2008.

NAVOLAR, T.S., TESSER, C.D. AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da nutrição complementar integrada. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V.16, n.41, p.515-27, 2012.

SOARES, J. C. R. S.. Um olhar sobre a prática da alimentação viva. CADERNOS DE NATUROLOGIA E TERAPIAS COMPLEMENTARES, v. 1, p. 107-115, 2012.

## A RELEVÂNCIA DO PET-AD DA UFRB PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA

**Carla Geline de Oliveira Campos**<sup>21</sup>; Reginaldo Carneiro Oliveira Filho<sup>22</sup>; João Mendes de Lima Júnior<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> Carla Geline de Oliveira Campos (Discente de Graduação em Psicologia da UFRB – bolsista do PET – Ad);

<sup>22</sup> Reginaldo Carneiro Oliveira Filho (Discente de Graduação em Enfermagem da UFRB – bolsista do PET – Ad);

<sup>23</sup> João Mendes de Lima Júnior (Docente da Psicologia da UFRB, tutor do PET – Ad).

## INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) - instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08 -, é um programa vinculado aos Ministérios da Saúde e Educação criado com o intuito de viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, por meio da integração entre serviço e a universidade. O projeto promove a iniciação ao trabalho, estágios e vivências de acordo com as necessidades do SUS. É, portanto, direcionado a estudantes da área da saúde, abarcando 14 cursos de graduação (BRASIL, 2008).

O programa tem como objetivos, além da integração entre ensino, serviço e comunidade, a qualificação e o fortalecimento da atenção básica em saúde, por meio do estímulo a formação de novos profissionais com perfil condizente com o cotidiano desse nível de complexidade do SUS; instigar o desenvolvimento de profissionais que já estão dentro do serviço; desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2008).

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia possui dois PET's vinculados ao PRÓ-SAÚDE. Dos PET's existentes um deles é o *Programa de Educação pelo Trabalho - Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool e Outras Drogas*, ou PET-AD. Neste grupo a linha de ação está voltada à problemática do uso de álcool e outras drogas, cujo objetivo é fortalecer a rede de saúde e de saúde mental do município de Santo Antônio de Jesus – Ba. Para o acolhimento integral dos usuários do SUS com agravos em saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Pela filosofia do PET propõe-se concomitantemente mudança no paradigma da formação acadêmica ao mesmo tempo em que se busca mudança nas práticas dos profissionais já inseridos na rede de cuidados, num movimento francamente dialético. A proposta de trabalho preconiza a inserção dos discentes vinculados ao PET-AD em diversos serviços de saúde do município citado antecipando o contato com o exercício profissional ao longo da formação universitária. A aprendizagem tutorial, possibilitada por meio dos tutores (docentes da UFRB) e preceptores (técnicos dos serviços) atua de forma articulada com o cotidiano dos serviços de saúde mental contribuindo para a convergência das atividades e compressão ampliada e crítica da realidade assistencial no município no qual a atividade é realizada.

O PET-AD fomenta a formação profissional articulada com os profissionais da Estratégia Saúde da Família e dos CAPS (II e AD), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço. Além disso, o programa visa facilitar o processo de integração ensino-serviço comunidade; institucionalizar e valorizar as atividades pedagógicas destes profissionais e promover a capacitação docente, estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade e incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente. A articulação entre ensino-serviço-comunidade proporciona simultaneamente oportunidades à aprendizagem significativa por meio do sistema tutorial e fomenta algumas características de natureza coletiva, norteadas pela interdisciplinaridade, o que corrobora para o enriquecimento da formação acadêmica. Para proporcionar esta integração são realizadas reuniões semanais com a participação de tutores, preceptores e estudantes 'petianos' visando

compartilhamento de experiências, planejamento de ações conjuntas e avaliação das estratégias de acompanhamento acadêmico.

A formação profissional para as práticas em saúde exigem novos recursos e novos arranjos. Trata-se da necessidade de superação de uma formação meramente técnico-científica que historicamente “tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 42.). Nesse sentido, o PET-AD surge da necessidade de construção de novas perspectivas para a formação de profissionais em saúde partindo da constatação de que, se já é significativo o desafio da formação em saúde num sentido amplo, há ainda mais desafiadora a formação para algumas áreas específicas tais como a atenção/cuidado aos usuários de substâncias psicoativas no SUS. Ao passo em que o “*PRÓ-SAÚDE tem como objeto a mudança na graduação das profissões de saúde*” (HADDAD. et al. 2008, p. 111), este grupo PET-AD centra-se na integração ensino-serviço-comunidade, a partir de uma aposta em duas metas, quais sejam, ofertar contribuição para a qualificação dos serviços e práticas em saúde com base na produção científica decorrente do cotidiano das práticas, bem como desenvolver um perfil profissional nos discentes que esteja sintonizado com os desafios do trabalho em saúde no SUS em geral e especificamente no campo do cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas.

## OBJETIVOS

O presente trabalho tem o objetivo de relatar a vivência de estudantes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no CAPS II- Nova Vida na cidade de Santo Antonio de Jesus e descrever o impacto da experiência de ensino pelo trabalho na formação de um futuro profissional de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, referente a vivência em serviço de atenção à saúde, vivenciada no CAPS- Nova Vida, realizada por discentes do curso de enfermagem e psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, durante o período compreendido entre outubro de 2012 a março de 2013 proporcionado pelo programa PETSaúde/Saúde Mental.

Durante o primeiro semestre de atividades do PET – de outubro de 2012 a março de 2013- as atividades se concentraram em pesquisas documentais e estudos teóricos sobre o tema das substâncias psicoativas, supervisão teórica e atividades de preceptoria com os profissionais da rede municipal de saúde. Além disso, iniciaram-se os trabalhos de inserção nos serviços, inicialmente por meio da observação do cotidiano dos serviços e posteriormente por meio da realização de algumas oficinas nos dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, todas as atividades foram analisada tomando por base os diários de campo. Ainda que em fase inicial, a partir dos pressupostos e da estratégia do PET, em nossa vivência, já se pode verificar que: a) As práticas realizadas vêm se caracterizado como estratégias de aprendizado eficazes para os discentes; b) as interações estabelecidas tento entre discentes como entre estes e seus preceptores e tutores estimularam a troca de conhecimentos, a interdisciplinaridade; c) antecipa-se o

contato com o campo de práticas e, por isso, potencializa-se e a postura crítica e reflexiva dos discentes nesse processo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A inserção dos estudantes de psicologia e enfermagem na realidade dos serviços dos CAPS foi e é uma fonte de conhecimento que pode melhorar e incrementar a formação acadêmica, no sentido da qualificação da atenção em saúde mental, segundo os preceitos do SUS e voltada para a atenção integral à saúde. Proporcionou uma visão mais ampla acerca do tratamento em saúde mental, mais especificamente em drogadição, no que diz respeito à humanização do processo. Tendo em vista que a proposta do CAPS perpassa pela compreensão da dinâmica do sujeito em todos os âmbitos de sua vida – individual, familiar e social –, a experiência permitiu que nos aproximássemos cada vez mais desses sujeitos enquanto semelhantes, entendendo que, para um bom andamento do processo, é necessário se debruçar sobre a fala e o sofrimento do outro a partir de uma escuta direcionada e acolhedora. Conseguimos através do PET-AD, compreender como nossos cursos se inserem do âmbito da saúde. Comprovamos o quanto o papel de cada profissional da saúde é importante e que a união dos mesmos forma uma equipe forte. Esta experiência ajuda a esclarecer as dúvidas que existiam sobre qual era o nosso papel na área da saúde, fato que não ocorre com tanta nitidez apenas com as aulas teóricas. Tivemos nossa formação diferenciada, pois o contato com os profissionais de saúde e com os usuários do serviço, nos ofereceu a oportunidade de aprender o que não aprendemos no ambiente sala de aula e de colocar em prática o que já havíamos estudado em nossos cursos. Desse modo, observamos concretamente como a nossa formação auxilia e complementa o tratamento dos usuários do serviço.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa Capa Índice 9578 de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 de agosto de 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*. - v.32, supl. 1, out. 2008 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2008.

## MEDIAÇÃO DE APRENDIZAGEM NO EV-SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Josélia Silva Carneiro<sup>24</sup>; Laise Rezende de Andrade<sup>25</sup>; Zelma Freitas Soares<sup>26</sup>;

### INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a educação em saúde tem sido fundamentada em metodologias de transmissão de conhecimentos, ignorando, assim, que o cenário atual necessita de profissionais formados com perfil crítico-reflexivo e com habilidades para trabalho em equipes (COTTA, et al, 2013). De acordo com os referidos autores é preciso ajustar o perfil do profissional de saúde às ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da parceria das instituições formadoras com os serviços de saúde.

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no SUS (BRASIL, 2007), ela é uma prática transversal que articula todos os níveis de gestão do sistema, podendo ser via tanto para a formulação de uma política de saúde, como também para as ações que ocorrem de forma direta entre os usuários e os serviços. As ações em educação em saúde partem de uma perspectiva dialógica, participativa, que contribua na autonomia do usuário, bem como inclua e respeite os saberes e práticas partilhados por estes. Segundo Shiratori et.al (2004) educar em saúde é o trabalho de atuar a partir do conhecimento das pessoas, para que elas possam desenvolver um senso crítico e a capacidade de intervir sobre suas vidas, sobre o ambiente em que vivem, apropriando-se de sua própria existência.

Embora muitos avanços tenham acontecido nos últimos vinte anos em vários aspectos do SUS, para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado, além de amplos investimentos em recursos humanos (PAIM, 2011). A implementação de uma política de formação dos profissionais de saúde que tenha a capacidade de dialogar e interagir com a realidade dinâmica das ações e dos serviços, possibilitando a formação de perfis profissionais ético-politicamente comprometidos exige a garantia de espaços e mecanismos que gere progressivamente autocrítica, supere modelos institucionais e efetive mudanças institucionais (LEMOS M; FONTOURA, 2009).

---

<sup>24</sup> Josélia Silva Carneiro (Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia);

<sup>25</sup> Laise Rezende de Andrade (Coordenadora de Integração da Educação e Trabalho em Saúde da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP/SESAB));

<sup>26</sup> Zelma Freitas Soares (Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia).

Por considerar que a formação de trabalhadores da saúde é mais um desafio constitucional colocado para o SUS que tem sido reconhecidamente área que necessita de um olhar mais acurado no processo de reorientação do setor, o Estágio de Vivências no Sistema Único de Saúde – Bahia (EV-SUS/BA) constitui-se em uma atividade que visa a reorientação das práticas em saúde, com vista à construção de formação de profissionais críticos que solidificaram o elo entre o conhecimento teórico-científico e as reais necessidades de saúde da população. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiências de duas estudantes de Psicologia que participaram na condição de mediadoras de aprendizagem durante o 5ª edição do EV-SUS/BA.

## **MÉTODO**

O estágio constituiu-se na imersão das mediadoras, em parceria com os trabalhadores dos serviços municipais de saúde, com um grupo de estagiários de distintos cursos em um município da Bahia durante 10 dias, onde juntos, buscaram conhecer os diferentes serviços de saúde do município, entre eles: Unidades da Atenção Básica (unidades de saúde da família rural e urbana e farmácia básica), Unidades de Média Complexidade (Centro de Reabilitação e Convivência do Idoso, Centro Referencia à Saúde da Mulher (CRESAM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Atenção e Acompanhamento Pedagógico e Psicossocial a Alunos e Professores - PROAP), Unidades de Alta Complexidade (Hospital e Serviço Móvel de Urgências (SAMU), além de Instâncias de Controle Social / Movimentos sociais.

As visitas ocorreram de forma sistemática visando observar as condições físicas dos serviços de saúde, o trabalho dos profissionais bem como sua relação com o usuário, os avanços da saúde no município como também as dificuldades, entre outros aspectos. Após as visitas diurnas aos serviços de saúde, havia discussões noturnas sobre os aspectos observados, avaliação diária entre estagiários e mediadores, considerado, assim, essa metodologia como dispositivo essencial para o alcance dos objetivos do estágio.

## **RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES**

Como resultados alcançados, a partir da presente imersão podemos citar o fato de nos ter levado a compreender de maneira panorâmica a complexidade do sistema e os desafios diários enfrentados na construção do SUS, bem como reflexões sobre o nosso papel enquanto estudantes e futuros profissionais de saúde na consolidação desse sistema.

A partir da análise das vivências realizadas surgiram elementos importantes de serem considerados na formulação e implementação de Políticas Públicas de Saúde no município da vivencia, tais como: fragmentação do trabalho entre os diferentes profissionais, dificuldades em referenciar e contra-referenciar usuários aos serviços de saúde, sobrecarga de exames no serviço hospitalar e dificuldades de pensar em Políticas Públicas a partir da real demanda da população. Foi possível identificar também que há uma necessidade de investir em educação permanente para os profissionais de saúde, melhorar a acessibilidade da população, necessidade de investimento em políticas públicas para usuários de drogas, necessidade de notificar dados (violência, problemas de saúde prevalentes, entre outros), como também a necessidade de ampliação da cobertura da atenção básica.

Essas reflexões surgiram a partir das discussões que buscou constantemente a interseção entre teoria e prática, onde foi possível um contato com o conhecimento prático, para além do que a sala de aula nos proporciona. Assim, pode-se considerar a presente imersão como uma experiência ímpar, importante para dar um salto ao que pode ser chamado de processo de conscientização na reflexão sobre a nossa relação com a saúde pública, gerando impactos e motivando discussões a cerca da integração entre educação e trabalho na saúde.

Durante todo esse processo os mediadores buscaram cumprir o papel de estimulador de reflexões críticas a partir da realidade encontrada no município, onde buscou-se promover a articulação teoria e prática, utilizando com o grupo, a metodologia da aprendizagem significativa, onde, o diálogo foi o eixo do processo educativo. Portanto, torna-se válido ressaltar que a presente experiência caracterizou-se para as mediadoras, como prática de suma relevância, uma vez que tiveram a oportunidade de observar, a partir das discussões no grupo, a importância dos distintos olhares provindo do trabalho multi e interdisciplinar para uma construção constante do SUS. Além de ter provocado nas mesmas reflexões a cerca de seu papel enquanto agente construtor e modificador de práticas sociais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Caderno de educação popular e saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ministério da Saúde, Brasília, 2007.

COTTA, R. M. M et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 171-179, 2013.

LEMOS M; FONTOURA, M. S. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do sus-ba. Revista Baiana de Saúde Pública. v.33, n.1, p. 113-120, 2009.

SHIRATORI, K; COSTA, T. L; FORMOZO, G. A; SILVA, S. A. Educação em Saúde como Estratégia para Garantir a Dignidade da Pessoa Humana. Revista Brasileira Enfermagem. 57(5), 617-9, 2004.

PAIM, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Série, heLancet.com, 2011.

## **O PET SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA UFRB**

**Iana Lima; Luciana Paixão; Paula Caldas** (Discentes);  
**Sinara Vera** (Docente Orientadora).

### **INTRODUÇÃO**

Atualmente no Brasil, apesar de várias mudanças ocorridas com as novas Políticas de Saúde, nas últimas décadas, ainda há predomínio de um modelo biomédico fragmentado e medicalizador, que não acompanhou as transformações sociais pelas quais o mundo passou. Neste cenário, temos recorrentes problemas concernentes às ineficiências de acesso, atendimento e resolutividade das demandas de saúde da população (CUNHA, 2005).

Buscando o equacionamento desses problemas, o sistema de saúde brasileiro, tem adotado fundamentalmente uma nova maneira de se trabalhar a saúde, a educação em saúde e a formação de seus profissionais. Neste sentido, as graduações dos cursos de saúde devem lançar mão de conceitos como intersectorialidade e humanização, não esquecendo os princípios básicos norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), instituído pelo Ministério da Saúde, tem como pressuposto a qualificação pelo trabalho. O PET Saúde visa à integração ensino-serviço-comunidade, em que os profissionais de saúde são sensibilizados acerca das necessidades da comunidade, tornando-se mais habilitados para atender e intervir da melhor forma possível, podendo relacionar e articular os conhecimentos e práticas de acordo com as demandas que surgem. Neste Programa tem-se buscado atuar de forma intersectorial, fortalecendo as áreas que são estratégicas para o SUS; além de ser uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), implementado no país em 2005.



Seguindo essa proposta, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus propôs o PET Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas (PET- AD), que é constituído por 14 estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem e Psicologia, 6 preceptores (profissionais dos serviços de saúde) e 4 tutores (professores da UFRB).

O trabalho “O PET SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DA UFRB” objetiva relatar as vivências dos estudantes de enfermagem e psicologia da UFRB, nos serviços de saúde (CAPS II, CAPS AD, NASF) da cidade de Santo Antônio de Jesus, proporcionadas pelo grupo PET - AD.

As atividades foram iniciadas em outubro de 2012 com estudos teóricos sobre Saúde Mental com ênfase no uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, perpassando por políticas públicas, formação profissional e seus desdobramentos históricos, político, econômico e social. As ações nos cenários de prática começaram a ser desenvolvidas, a partir de dezembro de 2012, no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O grupo foi dividido em 6 subgrupos, os quais continham 2 ou 3 estudantes, 1 preceptor (sendo este um funcionário de nível superior do serviço responsável por apresentar sua dinâmica, bem como planejar e programar ações com os estudantes e supervisioná-los, dando-lhes o suporte necessário) e 1 tutor (sendo que dois tutores ficaram com dois subgrupos cada). Dentre as atividades foram realizadas oficinas, filmagens para documentários e roda de conversas com usuários dos serviços citados que lá se encontravam nos dias e horários em que os bolsistas do programa estavam no serviço, sendo todas as atividades registradas em diários de campo. Estas primeiras atividades possibilitaram a formação do vínculo entre os estudantes do grupo PET AD e os usuários dos serviços, sendo que todos estes atores (estudantes, usuários dos serviços e preceptores) planejaram as intervenções a serem realizadas posteriormente. As ações incluem tanto atividades didáticas quanto lúdicas - dependendo da proposta mediante determinada demanda, dos indivíduos assistidos e do momento.

É importante ressaltar que as atividades nos serviços foram iniciadas no período de transição da gestão, decorrentes das mudanças no cenário político da cidade, o que causou grande e direto impacto nos mesmos. Estas mudanças implicaram de forma significativa no quadro profissional dos serviços do município e, conseqüentemente na permanência destes profissionais como preceptores do projeto. Enquanto as atividades se desenvolveram, alguns profissionais foram desligados dos serviços, permanecendo ainda assim vinculados às atividades até suas conclusões no recesso de fim de ano. Com a entrada (ainda em curso) de novos profissionais nos serviços em 2013 e retorno do período letivo da universidade, as atividades no campo de prática foram retomadas e estão programadas para serem encerradas em agosto de 2013. Apesar das atividades serem realizadas em duplas ou trios pelos bolsistas, o diário de campo foi registrado individualmente, em que o mesmo contém o relato das atividades desenvolvidas, bem como as impressões e reflexões surgidas a partir da prática do bolsista. O diário de campo, de acordo com Schwartz & Schwartz (*apud* Azevedo, 1993), trata-se de uma estratégia de observação participante na investigação qualitativa, onde o observador está em relação direta com os indivíduos e contextos observados. Um

instrumento que possibilita a investigação de processos afetivos, cognitivos e sociais com riqueza de detalhes e ao longo do tempo (ZACCARELLI & GODOY, 2010).

Através da análise destes diários de campo, foi possível relatar as vivências dos estudantes, onde foi oportunizado aos mesmos, contatos com estudantes de outros cursos de graduação, uma vez que a divisão nos subgrupos priorizou a questão da multidisciplinaridade; desenvolvimento de trabalhos em grupo de forma multidisciplinar e interdisciplinar; troca de conhecimento com profissionais preceptores, já que cada subgrupo contava com um preceptor. A partir das atividades desenvolvidas foi possível apreender a importância social do PET em várias dimensões: enquanto espaço de formação para profissionais melhor qualificados, que respondam com criticidade e sensibilidade às demandas da comunidade, mantendo sempre o direcionamento de suas práticas de acordo com as diretrizes do SUS. Foi apreendido ainda pelos registros dos diários de campo, que os serviços apresentaram um atendimento mais eficaz e integral à população e que este espaço é um cenário privilegiado para a construção do conhecimento, no qual há uma aproximação da comunidade e do serviço com a universidade, fazendo, assim, com que haja uma relação de diálogo entre as partes. Além do exposto, também foi possível observar a possibilidade de articulação entre os conhecimentos teóricos e as ações desenvolvidas nos serviços, além das atividades visarem proporcionar uma melhoria na qualidade do serviço prestado à sociedade, por meio da pesquisa e extensão.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o PET tem contribuído de forma significativa no processo de formação dos estudantes de saúde na UFRB, ao proporcionar uma relação de troca de saberes singular entre os membros do PET envolvido e a comunidade, não sendo marcado por relações que existe um saber predominante, mas sim um espaço de aprendizagem constante e não verticalizado. É através desse contato que o estudante vivencia as principais demandas do serviço e buscará a mais adequada forma de intervir e compreender como fazer dessas intervenções, propostas efetivas para alcance de seus objetivos.

Ademais, o PET Saúde atua como coadjuvante do SUS, ao passo que todas as suas atividades se pautam em seus princípios e necessitam de empenho e estudo constante por parte dos acadêmicos, em relação à estrutura político-administrativa e econômica do sistema. Esse papel coadjuvante se estende perante a comunidade, onde a imagem do SUS se consolida e apresenta-se positiva. O PET contribui também no desenvolvimento da motivação daquele que se entende envolvido no processo, e conseqüentemente no desenvolvimento das habilidades necessárias para superação dos desafios e limitações do SUS, quando se aplica à realidade.

O programa em questão tem caráter construtivista, enquanto espaço propício para pensamento e planejamento de estratégias em rede na saúde, fundamentais para fortalecimento e integração do SUS nos seus níveis de atenção e complexidade, aspecto essencial para contemplar a articulação da rede e continuidade da assistência prestada à sociedade.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, B. M. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. *In*: CARVALHO, SÉRGIO RESENDE; FERIGATO, SABRINA; BARROS, MARIA ELISABETH. **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2009. p. 204-218.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 212 p.

ZACCARELLI, LAURA MENEGON; GODOY, ARILDA SCHMIDT. Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, Sept. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-39512010000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Abr. 2013.

## PET EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES COM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES/ SAÚDE DA FAMÍLIA

**Janiely Tinôco Rapozo** (UFPE/CAV, Fonoaudióloga Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família);

**Ana Cláudia Chagas Lopes** (UFPE/CAV, Fisioterapeuta Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família);

**Silvana Maria Pereira** (UFPE/CAV, Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família);

**Jeová Hallan de Medeiros** (UFPE/CAV, Enfermeiro Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família);

**Gilcele Marília da Silva** (UFPE/CAV, Nutricionista Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização em Saúde da Família).

### INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (BRASIL, 2008). Desta forma visa à produção de conhecimento integrada à necessidade do serviço local, promovendo a articulação ensino-serviço e aproximando os centros acadêmicos com os profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família (ESF) selecionadas (BRASIL, 2008). Dentro deste contexto a Universidade Federal de Pernambuco Campus de Vitória de Santo Antão (UFPE/CAV) tem como um de seus serviços do PET implantados, o grupo de estudo e trabalho em Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (GTPIC) que tem como integrantes: tutores, preceptores, acadêmicos de enfermagem e residentes de uma equipe Multiprofissional composta por fonoaudióloga, fisioterapeuta, enfermeiros e nutricionista, do Programa de Residência de Interiorização da Atenção à Saúde da Família.

A perspectiva do trabalho desenvolvido é a implementação de ações que busquem a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, melhorando a resolubilidade do serviço, capacitando

profissionais, entre estes os que compõem o programa de residência, contemplando assim os objetivos da medicina tradicional chinesa (MTC) Incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sus (PNPIC).

A MTC caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade (BRASIL, 2006). Tem como elementos a anamnese, pulsologia, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (Acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos (BRASIL, 2006).

## **OBJETIVOS**

Apresentar as trocas de experiências e vivências dos residentes de fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e nutrição, inseridos no PET Saúde Práticas Integrativas e Complementares no âmbito de sua formação e na atenção à saúde com ênfase na Estratégia de Saúde da Família.

## **MÉTODO**

Foi realizado um estudo qualitativo, a partir da análise do discurso de cada residente inserido no PET-SAÚDE: 1 fonoaudióloga, 1 fisioterapeuta, 2 enfermeiros e 1 nutricionista do Grupo de Estudo e trabalho em Práticas Integrativas e Complementares. A experiência da equipe Multiprofissional ocorreu no período do mês de outubro de 2012 até março de 2013. Os residentes receberam treinamentos teóricos e práticos, juntamente com os acadêmicos de enfermagem e preceptores acerca da MTC e sobre seus métodos de anamnese, avaliação, diagnóstico e tratamento. Os treinamentos ocorreram com encontros semanais por meio de aulas teóricas e práticas e vivência da auriculoacupuntura em uma Unidade de Saúde da Família.

## **RESULTADOS**

Os profissionais da residência multiprofissional em saúde da família conseguiram integrar as práticas integrativas e complementares, que foram inseridas no contexto de saúde brasileiro, como: o Lian Gong, acupuntura, pulsologia, irisdagnose e massagem, no diagnóstico, prevenção e tratamento de agravos as suas formações profissionais.

Discurso da residente de Fonoaudiologia- O grupo de práticas integrativas e complementares, por meio do PET-saúde proporcionou aquisição de conhecimentos complementares à formação de fonoaudióloga. Pois foi possível descobrir com a leitura de textos, treinamentos e reflexões que as práticas podem ser correlacionadas e complementares a fonoterapia com: uma prática de massagem, relacionada à terapia fonoaudiológica em motricidade orofacial; e de lian gong a terapia fonoaudiológica em voz, por se trabalhar a respiração e a redução das tensões musculares dos membros superiores que podem interferir positivamente no

desempenho vocal, juntamente com exercícios de aquecimento, desaquecimento vocal e higiene vocal. Assim como a prática da acupuntura associada a diversos tratamentos fonoaudiológicos: paralisia facial, desordem temporomandibular, efeito da acupuntura sobre as emissões otoacústicas de pacientes com zumbido e de pacientes com afasias, entre outros.

Discurso da residente de Fisioterapia- O grupo de estudo permitiu o conhecimento e o treinamento do trabalho de crânio acupuntura para o tratamento de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico.

Discurso dos residentes de Enfermagem- O conhecimento adquirido com as práticas integrativas do PET-saúde traz um grande suporte ao profissional de enfermagem aliando conhecimentos da medicina tradicional chinesa a cultura de saúde ocidental. É possível diagnosticar doenças de caráter agudo e crônico ou complicações através da análise da língua, da írisdiagnose e da avaliação auricular; associar questões psicossociais a estas; estabelecer um ciclo de tratamento que venha a trazer um conforto na vida daquele indivíduo e prevenir diversos agravos pelos métodos da auriculoacupuntura, quiroacupuntura, acupuntura sistêmica, Heiki e reequilíbrio energético, dentre outras. E quando se implanta este modelo de saúde, que já é legalizado no SUS, na a atenção básica se percebe a grande contribuição na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Discurso da residente de Nutrição- O conhecimento das Práticas Integrativas e Complementares no SUS proporcionou conhecer e desenvolver um trabalho de auriculoacupuntura para a redução de peso, relacionada à alimentação saudável e a prática de atividade física.

## CONCLUSÃO

O programa PET saúde ganha sua importância, passando a se tornar um aprendizado e complementar à formação dos residentes multiprofissionais principalmente no âmbito da atenção básica, além de promover as práticas integrativas e complementares na saúde da família.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2008.

BRASIL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2006.

## VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E PSICOLOGIA DO PRÓ-SAÚDE E DO PET-ÁLCOOL E DROGAS NA UFRB

**Josélia Silva Carneiro**<sup>27</sup>; Jaqueline da Silva Santos<sup>28</sup>; Lílian da Silva Costa<sup>29</sup>; Vânia Sampaio Alves<sup>30</sup>.

## INTRODUÇÃO

Diante de desafios como: enfoque pedagógico, frequentemente limitando-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante, inserindo-o tardiamente no mundo do trabalho; a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, raramente explorados pelas instituições formadoras na graduação; a orientação predominante na formação profissional em saúde, ainda alheia à organização do SUS e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, apresentando pouca ou nenhuma relação com a realidade social e epidemiológica da população; modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia, surge o Pró-Saúde.

Tal programa visa a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde (GUARESCHI, 2010). Nesse sentido, faz-se necessária uma formação integral dos estudantes, futuros trabalhadores da saúde. Uma das importantes interseções entre saúde e educação diz respeito à adequação do ensino, conhecimentos produzidos e serviços prestados à população com base nas necessidades sociais, situação que ainda está longe da ideal (BRASIL, 2005).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi criado, em 2008, como estratégia de fortalecimento do PRÓ-Saúde. O PET-Saúde é constituído de grupos de aprendizagem tutorial com participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes dos cursos de graduação em saúde. São concedidas bolsas de tutoria acadêmica, preceptoria e de iniciação ao trabalho, estimulando à produção de conhecimentos científicos e tecnológicos em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2010).

Desde agosto de 2012, A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, participa do Pró-Saúde com dois grupos PET-Saúde. O presente trabalho objetiva relatar a experiência da inserção de estudantes de enfermagem e psicologia do PET-Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas (PET AD) nos serviços de saúde mental do município.

---

<sup>27</sup> Josélia Silva Carneiro (Graduanda em Psicologia pela UFRB, bolsista do PET-Saúde);

<sup>28</sup> Jaqueline da Silva Santos (Graduanda em Enfermagem pela UFRB, bolsista do PET-Saúde);

<sup>29</sup> Lílian da Silva Costa (Graduanda em Enfermagem pela UFRB, bolsista do PET-Saúde);

<sup>30</sup> Vânia Sampaio Alves (Professora adjunta UFRB, preceptora do PET-Saúde).

## MÉTODO

As ações em campo de prática foram antecedidas por estudo teórico a fim de aproximar os estudantes da temática. Durante três meses os integrantes do PET-AD: estudantes de enfermagem (7) e de psicologia (7); profissionais do serviço como preceptores (6) e os tutores (4) nas reuniões semanais discutiram referenciais teóricos sobre a Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas, histórico das políticas e práticas de saúde mental no Brasil, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), histórico das políticas e práticas de saúde; modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, relações entre saúde mental e atenção básica, apoio matricial e uso do diário de campo em pesquisa.

A inserção dos estudantes levou em consideração as atividades do serviço e formação de equipe multidisciplinar em relação a dupla ou trio de estudantes e preceptor. As atividades desenvolvidas foram previamente planejadas e compreenderam assistir consultas com os diferentes profissionais, participar da realização de grupo terapêutico ou outras atividades educativas com os usuários, conversar com os usuários, leitura e análise de prontuários, visita domiciliar.

Após ação em campo, cada aluno registrava suas vivências em diário de campo, sendo este o principal instrumento de coleta de dados do PET-AD (AZEVEDO e CARVALHO, 2009; SOARES, 2011).

Para sistematização do presente relato de experiência, analisaram-se os registros em diários de campo das vivências de quatorze estudantes dos cursos de psicologia e de enfermagem no contexto do CAPS II, CAPS AD e NASF, à luz da revisão de literatura.

## RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

A leitura dos diários de campo possibilitou uma reflexão a partir de diferentes olhares e experiências no serviço. As atividades desenvolvidas e registradas pelos estudantes em diários de campo referem-se principalmente a discussões interdisciplinares, inserção nos serviços de saúde, interação com usuários e profissionais. Os aspectos frequentemente identificados a partir da leitura dos diários de campo foram: vínculo usuário-profissional; dinâmica/rotina de funcionamento dos três cenários de prática (CAPS AD, NASF, CAPS II); primeiro contato dos estudantes com os usuários e com o serviço: expectativas, interações e desenvolvimento do vínculo e reflexões sobre a formação: limitações e possibilidades de enfrentamento.

A análise das primeiras vivências dos estudantes nos serviços de saúde permite reconhecer a potencialidade do PET-Saúde enquanto dispositivo que contribui para uma formação profissional voltada para as necessidades de saúde da população, através da articulação ensino-serviço, da aproximação entre teoria e prática.

A experiência tem proporcionado maior apropriação e reflexão sobre o fenômeno das drogas, possibilitando vivenciar a dinâmica do serviço, assim como planejar, desenvolver e avaliar em conjunto práticas multidisciplinares relacionadas à temática. Considera-se que o PET-AD contribui para a reformulação das ações desenvolvidas no serviço, em função da construção de saberes entre tutores,

preceptores e estudantes voltadas às questões relacionadas ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

Conclui-se que a experiência do Pró-Saúde e do PET AD na UFRB tem contribuído para uma formação profissional em saúde mais crítica e reflexiva, fomentando nos estudantes um olhar interdisciplinar para atenção integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

## REFERÊNCIAS

Azevedo, B.M.S.; Carvalho, S.R. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M.E. (Orgs.). **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividades. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 204-219.

Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Portaria Interministerial No. 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. DOU, 05 de março de 2010.

Guareschi, N. M.F et al (Orgs.) Psicologia, formação, políticas e produção em saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

Soares, A. N. et al. O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 665-670, 2011.

## REDUÇÃO DE DANOS: ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA NO ESCOPO DO PET-ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

**Raíssa Figueirêdo dos Santos**<sup>31</sup>; Henrique Sousa Reis<sup>32</sup>; Victor Aurélio Santana Nascimento<sup>33</sup>; Ianna Patrícia Reis da Silva<sup>34</sup>; Suely Aires Pontes<sup>35</sup>.

<sup>31</sup> Raíssa Figueirêdo dos Santos (Graduanda em Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; bolsista do PET-Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas).

<sup>32</sup> Henrique Sousa Reis (Graduando em Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; bolsista do PET-Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas).

<sup>33</sup> Victor Aurélio Santana Nascimento (Graduando em Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; bolsista do PET-Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas).

<sup>34</sup> Ianna Patrícia Reis da Silva (Fisioterapeuta pela Universidade Católica de Salvador).

<sup>35</sup> Suely Aires Pontes (Professor adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Doutora em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas).



## INTRODUÇÃO

A ocorrência do uso de substâncias psicoativas (SPA) não é recente, data dos primórdios da civilização. Com o passar do tempo, o uso que, na maioria das vezes, estava relacionado à dimensão religiosa e recreativa, ganhou proporções abusivas e contrárias ao projeto normativo de sociedade. Esse fenômeno demandou a criação de um conjunto de estratégias proibicionistas cujo objetivo era impedir que o sujeito viesse a fazer uso de determinadas substâncias psicoativas que circulavam no laço social. O não sucesso dessas práticas, representado pela transgressão às proibições, implicou a busca por alternativas que apontassem para um novo modo de lidar com o uso de SPA. Surge desse esforço a Redução de Danos (RD), compreendida como um conjunto de políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências adversas do uso de drogas, tanto do ponto de vista socioeconômico como da saúde, sem implicar a suspensão necessária e total do uso da substância.

Segundo Andrade (2011), essa revisão do olhar sobre as políticas em saúde pública tem seu germe no final do século XX, quando alguns países do mundo começaram a reorientar suas políticas, voltando-se para os cuidados aos usuários de SPA. Incluso entre esses países, o Brasil, a partir da primeira metade da década de 90, em parceria com o Banco Mundial, iniciou uma série de ações de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Essas ações progrediram e hoje o país conta com uma política de saúde cujos princípios e práticas têm por escopo uma redução dos danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

## OBJETIVO

Ao considerar a importância do tema na atualidade, este trabalho tem como objetivo analisar artigos sobre redução de danos disponíveis em diferentes bases de dados. O conhecimento da produção bibliográfica em RD nos possibilita tanto um olhar sobre as estratégias já operadas, seus resultados e dificuldades de implementação, quanto podem servir de base para formulação de novas medidas e ações práticas.

## MÉTODO

As bases de dados utilizadas para composição do presente resumo foram cinco, a saber: LILACS, Scielo, Indexpsi, PEPSIC e Coleciona SUS. Não houve limitação de período de publicação, assim, foram encontrados artigos publicados entre 1999 e 2012. Utilizou-se como palavras-chave: redução de danos, drogas e substâncias psicoativas. Todo material coletado, um total de 59 artigos, publicados em 26 periódicos diferentes, foi devidamente catalogado, analisado, comparado e avaliado quanto a sua contribuição para as discussões sobre o tema.

## RESULTADOS

---

Com base na análise dos dados coletados e da leitura deste material, concluímos que, apesar de terem sido encontrados artigos de todas as regiões, a maior parte das publicações está concentrada na região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo. Com a utilização dos descritores supracitados, outras publicações associadas à *redução de danos* foram listadas, mas, não incluídas neste trabalho por dizerem respeito a campos do saber distantes do que está proposto nessa produção. Nosso critério foi a RD apenas em relação a substâncias psicoativas. Quanto à concentração anual das publicações, 2011 se destaca como o ano com maior número de publicações – 07 publicações. Os demais estão dispostos do seguinte modo: 02 artigos em 1999, 01 artigo em 2000, 02 artigos em 2001, 02 artigos em 2002, 09 artigos em 2003, 04 artigos em 2004, 03 artigos em 2005, 10 artigos em 2006, 05 artigos em 2007, 05 artigos em 2008, 03 artigos em 2009, 04 artigos em 2010, 07 artigos em 2011 e 02 artigos em 2012. No que tange à concentração por base de dados, foram encontrados 25 artigos sobre o tema Redução de Danos na base de dados SCIELO, 5 na base PEPsic, 25 na base LILACS, 1 na INDEXPSI, e 3 na Coleção SUS. Os artigos foram publicados em 26 periódicos diferentes. São eles: *Saúde e Sociedade*: 02 artigos, um em 2006 e outro em 2009; *Psicologia, Ciência e Profissão*: publicou 02 artigos, um em 2001 e outro em 2004; *Psicologia em Estudo*: publicou 01 artigo em 2005; *Physis*: publicou 01 artigo em 2010; *Interface*: publicou 01 artigo em 2011; *Ciência e Saúde Coletiva*: publicou 06 artigos em 2006, 2007, 2008, 2010 e 02 em 2011; *Cadernos de Saúde Pública*: publicou 08 artigos, sendo 05 em 2006, um em 2007 e dois em 2009; *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*: publicou 01 artigo em 2010; *Revista Horizontes Antropológicos*: publicou 01 artigo em 2002; *Revista Brasileira de Psiquiatria*: publicou 01 artigo em 2005; *SMAD - Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*: publicou 02 artigos; 2006 e 2012; *Revista do Núcleo de Estudos Fenomenológicos*: publicou 01 artigo em 2011; *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*: publicou 01 artigo em 2008; *Revista Aletheia*: publicou 01 artigo em 2011; *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: publicou 10 artigos, em 2003 e 2005; *Psicologia e Sociedade*: publicou 02 artigos, em 2008 e 2011; *Divulgação em saúde para debate*: publicou 01 artigo em 2001; *Mundo Saúde*: publicou 03 artigos, dois em 1999 e um em 2004; *Revista Enfermagem UERJ*: publicou 01 artigo em 2007; *HB Científica*: publicou 01 artigo em 2000; *Escola Ana Nery*: publicou 01 artigo em 2007; *Toxicodependências*: publicou 02 artigos, em 2010 e 2011; *Psicol. corpor.*: publicou 01 artigo em 2004; *Jornal Brasileiro de Pneumologia*: publicou 01 artigo em 2008; *Revista Saúde Pública*: publicou 03 artigos, um em 2006 e dois em 2007; *Acta Paulista de Enfermagem*: publicou 01 artigo em 2012, e *Jornal Brasileiro de AIDS*: publicou 01 artigo em 2002. Considerando os principais aspectos abordados em todos os artigos, destacam-se: relação entre políticas públicas e RD, dificuldades na implementação da estratégia nos serviços de saúde, conceitos de RD, bem como a vulnerabilidade e importância da capacitação profissional para lidar com a temática.

## REFERÊNCIAS

- [ALVES, Vânia Sampaio](#). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [online]. Vol.25, n.11, pp. 2309-2319, 2009. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001100002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001100002&script=sci_abstract)

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>. Acesso em 30 de abril, 2013.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de abril, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Uso de drogas entre adolescentes jovens: perspectivas de prevenção no contexto das relações familiares e da educação à luz dos princípios e práticas de redução de danos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, out. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500006>.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Vol.16, n.12, pp. 4665-4674, 2011. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015). Acesso em 30 de abril, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.

FONSECA E, BASTOS FI. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G. 2ª edição. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da and ANDREOLI, Sérgio Baxter.Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Vol.11, n.3, pp. 807-816, 2006. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300028&script=sci_arttext). Acesso em 30 de abril, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300028>.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos; SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de abril, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Vol.15, n.3, pp. 637-644, 2010. Available from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000300005&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300005&lng=pt). Acesso em 30 de abril, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300005>.

## EIXO TEMÁTICO - 04

### **CIRANDA GRÁVIDA: UMA EXPERIÊNCIA INTEGRATIVA NA HUMANIZAÇÃO DA GRAVIDEZ EM NATAL – RN.**

**Beatriz Ferreira Barbalho** – Autora: Discente do curso Técnico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, UFRN.

**Andréa Viana Aguiar** – Orientadora/Tutora: Docente do curso Técnico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, UFRN.

#### **INTRODUÇÃO**

A formalização da medicina como ciência, com preceitos lineares e racionais, aproximou a arte da cura da técnica, e aspectos como a gravidez e o parto, que antes eram cuidados pelas curandeiras e parteiras, passam a ser vistos como eventos essencialmente médicos, passíveis de controle e intervenções. O preço da melhoria nas condições do parto foi a sua desumanização e a mudança do papel da mulher de sujeito para objeto. Atualmente, as altas taxas de cesarianas desnecessárias e a cascata de procedimentos médicos desde a gravidez até o parto mostram o uso inadequado e muitas vezes desnecessário da tecnologia, com intervenções de potenciais riscos e sequelas para o binômio mãe-bebê. Além disso, o alto índice de Violência Institucional durante a parturição, tais como maus tratos físicos, violência verbal, discriminação, e até abuso sexual, é uma violação ao direito da mulher grávida de ter um parto humanizado com assistência de qualidade (Nagahama & Santiago, 2005; Seibert *et al*, 2005; Aguiar e d'Oliveira, 2011; Unicef, 2011).

No Brasil, no final da década de 80, um movimento social pela humanização do parto e do nascimento se iniciou, tendo como base consensual as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985 (Tornquist, 2002). Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento e em 2011 lançou o programa Rede Cegonha, assegurando as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal. Mesmo com todos estes avanços, na prática o termo humanizar e seus derivados têm adquirido diversos sentidos e em nosso país as recomendações da OMS e algumas leis que asseguram os direitos da parturiente têm sido sistematicamente desrespeitadas. Faz-se urgente o resgate do papel central e ativo da mulher como um fator adicional no contexto de humanização da gravidez e parto, já que o modelo obstétrico humanista tem como princípio tornar a mulher protagonista desse evento e não mera expectadora (Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002; Seibert *et al*, 2005).

Em decorrência disto, espaços de escuta, informação e cuidado estão sendo cada vez mais criados pelos diversos profissionais da assistência obstétrica na busca de apoio individualizado às mulheres, acolhendo suas emoções e

proporcionando uma vivência mais saudável e prazerosa da gravidez e parto. Alguns espaços são estritamente informativos, outros possuem o foco na preparação física, outros abrangem ambos, mas independente da abordagem utilizada, tais encontros agem de maneira complementar e não substitutiva ao acompanhamento médico (Hoga & Hebert, 2005; Hoga & Hebert 2006; Hoga & Hebert, 2007). Eleonor Luzes, em seu projeto Ciência do Início da Vida, afirma que ter uma gravidez tranquila, nutrindo pensamentos positivos e buscando boa alimentação e práticas de autoconhecimento, possibilita a gestação de um ser com saúde física, mental e espiritual, o que influencia também no vínculo emocional após o parto. Dessa forma, uma visão transpessoal da gestação é extremamente benéfica, pois esta permite a integralização do binômio mãe-bebê e a vivência de momentos mais humanizados (Laurenti, 2008), e as práticas integrativas e complementares (PICs) têm sido ser cada vez mais inseridas neste contexto (Hoga & Hebert 2006).

Com o intuito de estimular este protagonismo feminino na gravidez e parto, e a vivência plena e prazerosa destes momentos, a R.A.M.A. – Rede de Apoio à Maternidade Ativa – realiza o projeto Ciranda Grávida na cidade de Natal - RN. Trata-se de encontros visando a criação de um espaço informativo e terapêutico para acolher e preparar as mulheres grávidas e suas famílias.

## **OBJETIVO**

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever as ações do Projeto Ciranda Grávida e a utilização das PICs nos mesmos, além de relatar suas contribuições no emponderamento de grávidas e casais grávidos em Natal-RN.

## **MÉTODO**

O Projeto Ciranda Grávida ocorre mensalmente desde agosto de 2011, (com algumas pausas no começo de 2012), totalizando até o momento 16 encontros. Atualmente os encontros são realizados na Casa Aho, na Vila de Ponta Negra, Natal – RN, acolhendo um público de mulheres grávidas, casais, avós, outros familiares e profissionais de saúde. Durante os mesmos, palestras informativas são realizadas, além de vivências terapêuticas. Os encontros foram registrados com fotos e relatos descritivos oriundos da observação atenta e participante da pesquisadora, além das percepções dos participantes, colhidas no momento de compartilhamento ao final de cada evento.

## **RESULTADOS PARCIAIS**

O Projeto Ciranda Grávida em seus quase 2 anos de existência passou por muitas alterações. No início tinha-se como foco central a Educação Perinatal. Assim, a 1º Edição do projeto, realizada no 2º semestre de 2011 (agosto – dezembro), estava estruturada em 5 encontros mensais estritamente informacionais, com os temas: Parto ativo e o trabalho das doulas; aspectos fisiológicos e os tipos de parto; aspectos emocionais e psicológicos do parto; direitos da Mãe e do Bebê (MS) e plano de parto; e amamentação e cuidados pós-parto. No decorrer do projeto, as próprias grávidas foram mostrando outros focos que mereciam atenção, e assim, no 1º semestre de 2012, surge a 2º Edição do mesmo, com a adição de temas

relacionados à gravidez e o início do Momento A.M.A. – Arte e Meditação para o Autoconhecimento. A estrutura e dinâmica foi alterada, e os encontros que antes aconteciam aos sábados somente à tarde, agora se iniciavam pela manhã com Educação Perinatal, continuando à tarde em um momento lúdico-experimental com as artes (manuais e corporais), a primeira iniciativa de trazer as PICs para este terreno. No entanto, houve apenas 3 encontros (março – maio) e o projeto ficou parado por 3 meses, quando retornou em sua 3ª Edição no 2º semestre de 2012 (setembro – atual), a qual se recria mês após mês.

Os encontros da 3ª Edição retornaram ao formato original, e em meses específicos (mês das mães, fim do ano, ciranda de verão, etc) realizam-se Cirandas Grávidas durante o dia inteiro. Busca-se um equilíbrio entre momentos informacionais e vivências terapêuticas, e nos últimos 8 meses as PICs foram efetivamente utilizadas. Durante cada encontro, e em especial no final dos mesmos, a liberdade de compartilhamento é sempre incentivada, permitindo que os participantes possam falar de seus sentimentos, emoções e percepções, o que proporciona a construção co-participativa do próprio projeto (Hoga & Hebert, 2007).

No que diz respeito às práticas integrativas, foram realizadas vivências de arteterapia, como artes manuais, dançaterapia, musicoterapia, canto; uso de terapias naturais, como massagens compartilhadas e automassagens, aromaterapia, qi gong, yoga; e uso de instrumentos da transpessoalidade, em momentos de meditação, relaxamento e visualização. As PICs mostram-se ser eficientes e a adição destes elementos foram positivamente aceitos pelos participantes, que relataram maior confiança, emoções positivas intensas e sentimentos de satisfação com relação à gravidez e ao parto, além de sensações de bem-estar pela atenção e cuidado integral (Hoga & Hebert, 2006).

Sendo o momento da gravidez repleto de transformações, a sensibilidade exacerbada possibilita também tensão emocional, gerando uma confusão de pensamentos e sentimentos. As PICs, seja a arteterapia, sejam as técnicas contemplativas e meditativas, por exemplo, permite que outros aspectos, além do físico, sejam inseridos e integrados no contexto da assistência à gravidez, dando uma visão transpessoal à estes momentos (Laurenti, 2008). A arte mostra-se uma grande aliada no cuidado e autoconhecimento, permitindo que as mulheres grávidas vençam dificuldades, aliviem sofrimentos físicos e psicológicos, atinjam locais dentro de si de difícil acesso, expressando sentimentos que muitas vezes não cabem nas palavras (Damásio, 2012).

Algumas mulheres retornam após o parto com seus bebês para relatar suas experiências, enfatizando a importância de ter encontrado neste projeto o espaço para compartilhar e acolher suas emoções e as consequências disto no momento do parto, o que mostra ser de grande incentivo às grávidas presentes. Dessa forma, o Projeto Ciranda Grávida se insere no cenário da humanização da gravidez e do parto na cidade de Natal-RN, pois age como um espaço integrativo no cuidado das mulheres grávidas, permitindo a criação de momentos exitosos que podem ter fortes influências em experiências positivas de parto e no vínculo afetivo pós-parto (Laurenti, 2008).

## REFERÊNCIAS

- 1 - Nagahama, E. E. I. & Santiago, S. M. (2005) A institucionalização médica do parto no Brasil. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3): 651 – 57.

- 2 - Seibert, S. L. et al (2005) Medicalização x Humanização: O cuidado ao parto na história. *Rev. Enferm. UERJ*. 13: 245 – 51.
- 3 - Aguiar, J. M. & d'Oliveira, A. F. P. L. (2011) Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Rev. Interface – Comunic., Saude, Educ.* 15(36): 79 – 91.
- 4 - UNICEF (2011) *Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. Fundo das Nações Unidas para a Infância*. São Paulo: Globo.
- 5 - Tornquist, C. S. (2002) Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da Humanização do Parto. *Rev. Estudos Feministas*. 10 (2) 483 – 92.
- 6 - Ministério da Saúde (2002) *Programa de Humanização no Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília.
- 7 - Mais informações sobre a Rede Cegonha disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1) Acesso em 28.04.2013.
- 8 - Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFSDR) (2002). *Dossiê Humanização do Parto*. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20do%20Parto.pdf>
- 9 - Hoga, L. A. K. & Hebert, L. M. (2005) O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Rev. Texto Contexto Enferm.* 14 (2): 186 – 92.
- 10 - Hoga, L. A. K. & Hebert, L. M. (2006) Técnicas corporais em Grupos de Gestantes: a experiência dos participantes. *Rev. Bras. Enferm.* 59 (3): 308 – 13.
- 11 - Hoga, L. A. K. & Hebert, L. M. (2007) Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupos de gestantes: a percepção dos participantes. *Rev. Esc. Enferm. USP* 41(4): 559 – 66.
- 12 – Mais informações sobre Ciência do Início da Vida, disponível em: <http://www.cienciainiciodavida.org/> Acesso em 28.04.2013.
- 13 - Laurenti, M. Z. S. (2008) *Abordagem Integrativa Transpessoal na Arte de Cuidar de Gestantes e Bebê intra-útero*. Monografia, Campinas, 70 - 109.
- 14 – Mais informações sobre R.A.M.A. – Rede de Apoio à Maternidade Ativa – e o projeto Ciranda Grávida, disponível em: [www.redematernidadeativa.blogspot.com](http://www.redematernidadeativa.blogspot.com)
- 15 – Damásio, C & Duarte, D. (2012) *A arte de nascer para mães e bebês*. Ed. Do Autor: Natal.

## AS DOULAS E SUAS PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA GESTAÇÃO E PARTO

**Beatriz Ferreira Barbalho** – Autora: Discente do curso Técnico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, UFRN.

**Andréa Viana Aguiar** – Orientadora/Tutora: Docente do curso Técnico em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, UFRN.

### INTRODUÇÃO

No Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a humanização se relaciona com a inclusão de tecnologias de acolhimento e exclusão das práticas intervencionistas de rotina desnecessárias, invasivas e sem benefícios à mulher e ao recém-nascido (Ministério da Saúde, 2002). No entanto, mesmo sendo direito de toda mulher ter pré-natal e parto humanizado com assistência de qualidade (Unicef, 2011), o alto índice de violência institucional durante a parturição demonstra o quanto o mesmo tem sido desrespeitado e violado, influenciando enormemente os significados deste momento (Borba, 2012). Dessa forma, faz-se necessário e urgente incluir no contexto de uma maternidade segura o direito das mulheres na tomada de suas decisões de maneira informada, resgatando seus papéis centrais e ativos no processo de gravidez e nascimento (Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002).

Para Benevides & Passos (2002), o termo humanização nos processos de saúde se tornou um conceito-sintoma carregado de modismos, pois sendo uma política pública transversal está relacionado com modos de fazer que associem produção de saúde e produção de sujeitos, através da inclusão do outro e ênfase em um novo processo dialógico e relacional (Teixeira, 2005). É nesta proposta de inclusão e resgate da mulher como protagonista dentro do modelo humanizado de parto que surge a Doula.

Doula é um termo usado atualmente à nível internacional para referir-se a mulher que proporciona à gestante suporte físico, emocional e informacional de forma contínua, isto é, antes, durante e logo após o parto. Em realidade, as doulas sempre existiram como as comadres, vizinhas, mães e ajudantes de parteiras que no passado se reuniam para ajudar a parturiente durante o processo gravídico-puerperal. Seu (re) surgimento é um resgate da dimensão humana que foi perdida e negada desde o século XIX com a institucionalização e medicalização da assistência ao parto (Nogueira, 2010; Ministério da Saúde, 2004; Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002).

Longe da técnica médica e alopática, a doula surge com apoio gestacional e intraparto que produz resultados significantes e positivos nos aspectos emocionais e físicos destes momentos (Leão & Bastos, 2001). De acordo com Klaus & Kennel (1993), a presença da doula no trabalho de parto e parto acarreta redução em: 50% nos índices de cesarianas, 25% na duração do trabalho de parto, 60% nos pedidos de analgesia peridural, 30% no uso de analgesia peridural, 40% no uso de ocitocina e 40% no uso de fórceps. Além disso, o suporte emocional de 1: 1 dado por uma doula mostra ser de grande importância psicológica para as parturientes, positivando suas experiências de parto e percepções da dor, diminuindo as incidências de depressão pós-parto, e aumentando sua segurança e confiança, o que influencia positivamente no vínculo mãe-bebê e amamentação (Silva *et al*, 2012; Nogueira, 2010).

Sendo reconhecida e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), a doula foi recentemente inserida como ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) pelo Ministério do Trabalho junto à família de Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas (código 3221). É então uma terapeuta complementar que utiliza diversos métodos não farmacológicos para alívio dos desconfortos físicos gestacionais, intrapartos e pós-partos, além de desequilíbrios emocionais existentes nestes momentos. Ressalvam-se aqui os diversos tipos de doulas, sejam voluntárias, particulares ou hospitalares, e suas especializações individuais, o que as tornam



mais ou menos capacitadas para cada momento do processo gravídico-puerperal (Nogueira, 2010; Ministério da Saúde, 2004). No entanto, em qualquer um dos tipos citados, as práticas integrativas e complementares (PICs) são chaves que mantem a relação doula – parturiente simples e mais humana.

## OBJETIVO

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a atuação das doulas, com ênfase nas PICs mais utilizadas nos contextos da gestação, trabalho de parto e parto, pós-parto e amamentação.

## MÉTODO

Participaram deste estudo 4 doulas atuantes na cidade de Natal-RN e integrantes do coletivo R.A.M.A. – Rede de Apoio à Maternidade Ativa, com o tempo mínimo de atuação de 2 anos e máximo de 15 anos, todas possuindo formação complementar (concluída ou em andamento), a saber: técnica em PICs; naturoterapia; enfermagem obstétrica; especialista em acupuntura; terapeuta floral; consultora em lactação; especialista em watsu; etc. As coletas de dados foram realizadas em duas etapas: pela observação no cenário de cuidado integral gestacional e da parturição junto às gestantes; e em seguida, com a realização de questionários. O ambiente do estudo não se restringiu a um lugar específico, mas variou desde o espaço onde as doulas do coletivo R.A.M.A. promovem encontros de educação perinatal e vivências terapêuticas, a Casa Aho, até os momentos do parto em si (hospitalares e domiciliares), bem como as visitas pós-partos. Para melhor sistemática na coleta de dados, as PICs foram divididas em 5 momentos, a saber: utilizadas na gestação; utilizadas no trabalho de parto; utilizadas no parto; utilizadas no pós-parto; e utilizadas na amamentação.

## RESULTADOS OBTIDOS

Como as doulas não possuem conhecimento técnico na área obstétrica, as técnicas/terapias utilizadas por elas são não farmacológicas e não invasivas (com exceção de doulas que possuem formação em acupuntura, por exemplo), sendo então consideradas complementares e integrativas dentro do cuidado e assistência obstétrica, não substituindo o acompanhamento médico e um pré-natal de qualidade. Adicionalmente, é essencial às doulas terem o dom natural de cuidar e ajudar, e assim, escuta contínua, apoio com palavras de encorajamento, manutenção de um ambiente harmonioso, etc, são algumas das medidas usadas por todas as participantes (Nogueira, 2010; Ministério da Saúde, 2004).

No que diz respeito às PICs, foram encontradas ao todo 21 mais utilizadas durante o ciclo gravídico-puerperal, a saber: *shiatsu*, *fitoterapia* (*chás*, *emplastos*, *escaldas-pés*), *acupuntura*, *florais*, *trofoterapia*, *yoga*, *massagens*, *watsu*, *aquanatal*, *aromaterapia*, *hidroterapia*, *qi gong*, *terapias energéticas*, *criotermoterapia*, *visualização*, *meditação*, *relaxamento*, *moxabustão*, *arteterapia* (*dança*, *música*, *canto*), *autohipnose* e *técnicas respiratórias*. As terapias mais citadas foram: *aromaterapia*, *fitoterapia*, *meditação*, *relaxamento*, *visualização*, *massagens* e *posturas da yoga*. Durante os cuidados na gestação, foram citadas quase que a totalidade das terapias complementares, com exceção de *autohipnose*. No trabalho

de parto foram citadas 8 terapias: *shiatsu, fitoterapia, acupuntura, aromaterapia, moxabustão, autohipnose, massagens e florais*. Durante o parto, foram citadas 9 terapias, são elas: *técnicas respiratórias, hidroterapia, massagem, aromaterapia, autohipnose, relaxamento, musicoterapia, visualização guiada e florais*. Para auxílio no pós-parto imediato, foram citadas 6 terapias: *acupuntura, massagem, fitoterapia, shiatsu, aromaterapia e terapias energéticas*. E, por fim, para aspectos relacionados à amamentação (dificuldades e fatores emocionais), foram citadas 4 terapias: *fitoterapia, shiatsu, massagens e acupuntura*.

De acordo com estudo retrospectivo realizado por Borges *et al* (2011) no Hospital Sofia Feldman (MG), as PICs mais utilizadas nas mulheres grávidas internadas (21,8% por intercorrências clínicas na gravidez e 64,4% para realização do parto) foram aromaterapia, musicoterapia, fitoterapia (chás e escaldas-pés) e reflexologia, todas relacionadas à indução do relaxamento, diminuição das tensões e estresse. Contrariamente ao estudo citado, não observamos entre as doulas participantes nenhuma referência à reflexologia. No entanto, ainda no estudo de Borges *et al* (2011), o qi gong foi também citado, bem como entre 1 das doulas participantes. Todas as doulas participantes citaram as massagens como grandes aliadas no enfrentamento dos aspectos físicos e emocionais durante o ciclo gravídico-puerperal, principalmente na gestação e trabalho de parto, diminuindo a ansiedade e dor, e aumentando as percepções de satisfação destes momentos (Mortazavi *et al*, 2012).

Os resultados obtidos neste estudo mostram que as terapias complementares são ferramentas utilizadas em grande escala pelas doulas, reforçando o papel destas profissionais como incentivadoras e praticantes das PICs, além de atuantes no processo de des-medicalização da gravidez e do parto, como mostra Klaus & Kennel (1993). Apesar dos avanços já obtidos em seu reconhecimento como ocupação dentro da família 3221, falta ainda um maior reconhecimento de sua importância pelas instituições e pelos profissionais de saúde no geral e em especial na cidade de Natal-RN. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC – 2006) em conjunto com a Rede Cegonha são portas que estão abertas para construção de outra realidade na assistência à gravidez e ao parto; e enquanto novos sentidos de saúde e humanização são construídos, profissionais como as doulas já estão ajudando ativamente em outra forma de nascer.

## REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (2002) *Programa de Humanização no Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília.
- 2- UNICEF (2011) *Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. Fundo das Nações Unidas para a Infância*. São Paulo: Globo.
- 3- Borba, C. (2012) *Violência Institucional durante a Parturição*. Monografia: Porto Alegre.
- 4- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFSDR) (2002). *Dossiê Humanização do Parto*. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20do%20Parto.pdf>
- 5- Benevides, R. & Passos, E. (2005) *Humanização na saúde: um novo modismo? Rev. Interface: Comunic, Saúde, Educ.* 9(17): 389-406.

- 6- Teixeira, R. R. (2005) Humanização e Atenção Primária. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (3): 585 – 97.
- 7- Nogueira, A. T. (org.) *et al.* (2010) *Guia da Doula Parto*. São Paulo: Biblioteca 24 Horas. 2010.
- 8- Ministério da Saúde (2004) *A mão na travessia: Doulas*. Manual de normas técnicas elaborado pela Equipe do Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG.
- 9- Leão, M. R. C. & Bastos, M. A. R. (2001) Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiencia do hospital Sofia Feldman. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 9(3); 90 – 4.
- 10- Klaus, M. & Kennel, J. (1993) *Mothering the mother: how a doula can help you to have a shorter, easier and healthier birth*. Hardcover.
- 11- Silva, R. M. *et al* (2012) Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 17(10): 2783 – 94.
- 12- Mais informações sobre a ocupação doula disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf> Acesso em 28.04.2013.
- 13- Mais informação sobre R.A.M.A. disponível em: [www.redematernidadeativa.blogspot.com.br](http://www.redematernidadeativa.blogspot.com.br)
- 14- Borges, M. R.; Madeira, L. M.; Azevedo, V. M. G. O. (2011) As práticas integrativas e complementares na Atenção da Saúde da Mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. *Rev. Min. Enferm.* 15(1): 105 – 13.
- 15- Mortazavi, S. H. *et al* (2012) Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Rev. Arch. Ginecol. Obst.* 286: 19 – 23.
- 16- Ministério da Saúde (2006) *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília (BR).
- 17- Mais informações sobre a Rede Cegonha disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1) Acesso em 28.04.2013.

## MULHERES, PROSTITUIÇÃO E INTEGRALIDADE: A (IN)VISIBILIDADE NAS REDES DE CUIDADO

**Sinara Inácia Melo Santana** (UNIVASF/Discente de Ciências Farmacêuticas, Endereço eletrônico: [sinaraimelo@gmail.com](mailto:sinaraimelo@gmail.com));  
**Sued Sheila Sarmiento** (UNIVASF/Professor-Orientador);  
**Cláudio Claudino da Silva Filho** (UNIVASF/Professor-Orientador; Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC/ Pesquisador)

Estudos apontam que mulheres em situação de prostituição, assim como outros grupos socialmente alijados, têm dificuldades importantes de acesso aos serviços de saúde, comprometendo suas representações e práticas de cuidado. O objetivo geral deste trabalho é descrever as experiências de graduandos(as) em cursos da área de saúde em um Grupo/Linha Pet-Saúde, na tentativa de mapear a rede de cuidados prestados à mulher em situação de prostituição em Juazeiro-BA, para assim, vislumbrar a efetivação do princípio constitucional da integralidade. Trata-se de um Relato de Experiência, onde o grupo de trabalho (tutora, seis preceptores, doze alunos bolsistas e seis voluntários) desenvolveram atividades de ensino, pesquisa e extensão entre agosto/2012 a Março/2013, através de visitas técnicas e rodas de conversa com equipes de saúde e gestores dos principais serviços da Rede de Saúde de Juazeiro-BA. Como resultado parcial, ficou claro que a assistência à mulher que se prostitui continua desrespeitosa, pouco articulada, e repleta de indícios preocupantes de violência institucional praticada pelos próprios profissionais de saúde. A peregrinação que estas mulheres sofrem na busca por cuidado revela uma trajetória assistencial que dificulta claramente o acesso “gratuito e universal” à saúde, conforme preconiza a legislação vigente, fazendo com que as mulheres não percebam a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada prioritária. Por outro lado, as equipes não se sentem co-responsáveis neste processo de reconquista da confiança das mulheres para este cuidar, demandando intervenções educativas no sentido de resignificar as representações sobre o cuidar destas mulheres.

**Descritores:** assistência integral à saúde da mulher; preconceito de gênero; ação intersetorial; educação continuada.

**Apoio Financeiro:** Ministério da Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Linha PET “Itinerário terapêutico e trajetórias de cuidados de mulheres em situação de prostituição: tecendo redes para integralidade na prevenção do Câncer de colo uterino e mamário em Juazeiro – BA”.

## **A ESCUTA DOS DESEJOS DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO SEU PARTO: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE PARTO**

**Lucianna Costa de Almeida Barbosa** (Estudante do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas);

**Sara Cristina Cruz Granjeiro; Vanessa Maria da Silva Cavalari** (Enfermeiras pertencentes ao grupo de pesquisa PROCUIDADO da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas);

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza** (professor associado 4 da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas).

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objeto de estudo a idealização do parto pela mulher, que consiste em desvelar quais os desejos das mulheres grávidas em relação ao seu parto, isto é, os procedimentos e detalhes que farão a diferença no processo de nascimento. A Organização Mundial de Saúde define plano de parto como sendo um plano individual, construído pela própria gestante ou casal e que contém diversos itens selecionados por eles, onde seria detalhada a forma como gostariam que fossem seguidos no decorrer do trabalho de parto e parto. Como princípios que regem a humanização do parto e nascimento, o Manual Técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde (MS) diz que:

(...) a assistência pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição [...] humanizar o parto compreende todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas e inclui o respeito às condições físicas e psicológicas da mulher frente ao nascimento (MS, 2000, p.11-12).

O parto, salvo raras exceções, constitui uma situação de desconhecimento, medo e sofrimento físico e emocional. Para Paulo Batistuta tais situações de desconhecimento, sofrimento e dor, existem porque o parto da mulher não acontece como a natureza do corpo feminino assim o propõe, assim o desenvolve. O parto tem acontecido segundo os desejos dos médicos e das pessoas que fazem o caminho do atendimento (BATISTUTA, 2004). Ao serem admitidas, as gestantes são submetidas ao poder da instituição e daqueles que lhe prestam o atendimento, sendo este de forma totalmente impessoal. As parturientes sujeitam-se a uma série de procedimentos rotineiros, tais como: a ausência de familiares, o pré-parto coletivo, número elevado de toques vaginais por diferentes profissionais, lavagem intestinal, uso de batas abertas e padronizadas, tricotomia, episiotomia, entre outros.

(...) entrar na maternidade, significou, para as mulheres aceitar uma série de regras e regulamentos uniformes e crescentemente adotados pelos serviços institucionalizados, tornando-as uma significativa parcela da população feminina alheias aos conhecimentos do próprio corpo e aos desejos para si e para o seu filho, com uma postura totalmente submissa a equipe de saúde (OSAVA, 2003, p11).

Essas rotinas anulam suas vontades e contribuem para um trabalho de parto prolongado, causando estresse e desencadeando uma “cascata” de intervenções que poderiam ser evitadas. Para a mulher,

(...) implica em passar por um verdadeiro “cerimonial” repleto de rotinas, na sua maioria desnecessária, e em submeter-se a normas de comportamentos ditadas pela instituição, resultando um controle sobre o corpo da mulher [...] é preciso que ela seja boa paciente, ou seja, calma, obediente, conformada, que não perturbe as outras, nem a equipe de saúde (ARRUDA, citada por BRUGGEMANN, 2001, p.27).

Pode-se perceber que a industrialização do parto, além de influenciar a equipe de saúde, vem refletindo também na escolha da mulher por um parto “sem traumas”. O trabalho é relevante porque poderá acrescentar ao saber produzido as necessidades e decisões das gestantes para o seu parto, e porque poderá fornecer

subsídios para implantação do Plano de Parto. Impulsionar o movimento para humanização implica em restituir a autonomia da mulher, possibilitando que esta seja protagonista do processo de parturição.

## OBJETIVOS

Com base no exposto, chegou-se a um questionamento de pesquisa: **Quais os desejos das mulheres para seu parto? Eles poderão ser ouvidos/considerados pelos profissionais de saúde?** Com o intuito de responder nosso questionamento, elaboramos os seguintes objetivos: descrever o que as mulheres desejam e o que não desejam para esse momento e analisar se esses desejos podem ser realizados no atual contexto de atendimento ao parto.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa que seguiu os princípios de abordagem qualitativa, a qual compreende a pessoa e seu universo de significados, seus valores, suas crenças e o ser inserido em seu contexto natural. Foram usados Diários de Campo e Formulário de Entrevista Semiestruturada. O cenário escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa foi às dependências da Casa Maternal Denilma Bulhões, situada na Avenida Norma Pimentel da Costa, s/n, no conjunto Benedito Bentes I, bairro do Tabuleiro na cidade de Maceió-AL, Brasil. Esse cenário foi escolhido por ser um ambiente “fértil”, no qual os princípios da humanização norteiam a assistência e estão, aos poucos, sendo implantados nessa instituição. Junto a isso existiu a facilidade de acesso, uma vez que a maternidade tornou-se campo de estágio da UFAL, além da boa receptividade que tivemos por parte dos profissionais. O grupo de sujeitos da pesquisa foi constituído pelas mulheres grávidas atendidas no serviço supracitado que aceitaram participar da pesquisa no período determinado para coleta de dados, de 05 (cinco) de Julho a 30 (trinta) de Agosto do ano de 2006. Trata-se de gestantes primíparas e múltíparas que participavam do grupo de gestantes da Casa Maternal, e cuja gestação atual se encontrava em torno do terceiro trimestre. Esse grupo se reunia todas as quartas-feiras, das 14:00h às 16:30h e era coordenado por uma equipe de profissionais que incluía: enfermeiras obstétricas, psicólogas, nutricionistas e assistente sociais. Na ocasião dos encontros, as pessoas foram esclarecidas quanto o nosso objeto de estudo, e as que aceitaram participar tiveram a garantia de sigilo e do anonimato após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa UFAL e aprovado com o número de processo 007225/2006-31. Para produzir as informações necessárias ao andamento desta pesquisa, foram desenvolvidas reuniões em grupo com as gestantes e profissionais, onde as gestantes tomaram conhecimento sobre aspectos relacionados à humanização, posições de parto e melhores evidências obstétricas. Durante dois meses, foram realizadas sete reuniões, as quais tiveram como temas sexo na gravidez, alimentação durante a gestação, aleitamento materno, direito da gestante na gravidez, entre outros.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Esse trabalho mostrou que todas as mulheres idealizam seu parto, mesmo que de forma inconsciente, visto que a mulher traz implícito na sua natureza essa idealização, independente da situação socioeconômica que se encontre, da cultura na qual está inserida, do grau de instrução que lhe foi possibilitado e do acesso aos avanços que a globalização permite. Vários desejos foram relatados, sendo os principais: querer que o filho nasça perfeito e com saúde mais do que o seu próprio bem-estar; a presença de um acompanhante em todas as etapas do parto e nascimento; não ter sede nem fome durante o trabalho de parto; receber uma assistência individualizada e de qualidade pelos profissionais que lhe prestam atendimento; escolher o tipo de parto e as posições de parir; não receber procedimentos rotineiros sem que haja necessidade, como enema, episiotomia, dentre outros. Percebe-se que esses são desejos atingíveis e simples, que não diferem daquilo que é proposto pela OMS como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas para o parto e nascimento humanizados. Contudo, na assistência voltada a gestante encontram-se situações indicadoras de desumanização, pois os desejos das mulheres não são ouvidos nem tampouco considerados na maioria das situações. Isso faz com que as gestantes não expressem o que elas acham melhor pra si e nem exteriorizem os apelos do seu corpo, perdendo assim o lugar de agente ativo no seu parto.

## REFERÊNCIAS

BATISTUTA, P. Paulo Batistuta Novaes: entrevista [2003]. Entrevistadora: Giselle Paiva. Espírito Santo: TVE, 2004. 1 DVD (17 minutos). Entrevista concedida a TV educativa/Espírito Santo.

BRASIL, MS. **Manual Técnico: Assistência pré-natal**, gráfica do MS, Brasília, 2000.

BRUGGEMANN, O.M. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização** in OLIVEIRA, M.E; ZAMPIERI, M.F.M;

BRUGGEMANN, O.M. A melodia da Humanização: Reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OSAVA, R.H. Parto Humanizado: importante mudança para saúde, **Nursing**, nº 57, Fevereiro, São Paulo: 2003, p.10 e 11.

## PROGRAMA MAIS – HUMANIZANDO ATRAVÉS DA ARTE

**Leniée Campos Maia; Artur Duvivier Ortenblad; Abel Vieira Neto** – (UFPE, Professores);

**Claúdia Ângela Vilela; Maria de Fátima Gaspar Pinheiro** – (UFPE, Médicas).

## INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar congrega uma ampla variedade de fatores desencadeantes de estresse: os sentimentos de insegurança, angústia e medo em quem busca atendimento, a carga de responsabilidade, a sobrecarga de trabalho e as precárias condições oferecidas aos profissionais que atuam na área de saúde, tornando-se assim ambiente propício para o desenvolvimento de doenças.

Sabe-se também que os hormônios liberados pelo estresse, comprometem a recuperação dos pacientes, por retardarem os processos de cura. Ao contribuir para a redução nos níveis de estresse no ambiente hospitalar atuamos como fatores facilitadores na promoção da saúde e prevenção de doenças.

O Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde, iniciado como projeto em 2007, apoiado pela PROEXT, desenvolve atividades artístico-culturais no espaço do Hospital das Clínicas da UFPE, visando o apoio ao tratamento e reabilitação dos pacientes e a humanização da assistência à saúde, reduzindo o estresse e melhorando a qualidade de vida no ambiente hospitalar.

Espectáculos artísticos aproximam as pessoas de ideais humanísticos, criando um ambiente onde a empatia com o sofrimento alheio é fundamental para o acolhimento dos pacientes e seus familiares. Várias pesquisas, desenvolvidas em diferentes países e em diferentes épocas, confirmam a influência da música no equilíbrio emocional. Algumas delas demonstraram que o bebê, ainda no útero materno, desenvolve reações a estímulos sonoros. Zatorre, da Universidade de McGill (Canadá) e Blood, do Massachusetts General Hospital (EUA), analisaram os efeitos no cérebro de pessoas que ouviam música. Verificaram que essas pessoas acionaram exatamente as mesmas partes do cérebro que têm relação com estados de euforia. Segundo esses autores, isso confere à música uma grande relevância biológica, relacionando-a aos circuitos cerebrais ligados ao prazer (Nogueira,2003).

Segundo a pesquisadora Cathy E. Guzzetta, uma líder no campo da enfermagem holística e defensora da idéia de que se deve “cuidar da música da alma”, as vibrações musicais poderiam ajudar a restaurar a função regularizadora num corpo fora de sintonia (Stevens, 1996).

O Instituto Nacional de Cardiologia, em Laranjeiras, no Rio de Janeiro, utilizou a música na Unidade Cardíaca Intensiva (UCI) estendendo, depois, para uma enfermaria. Em três meses, houve uma queda no uso de calmantes entre os pacientes que variou de 30% a 88%. “É uma experiência-piloto, mas os resultados são tão bons que poderá ser implantada em todo o hospital”, comemora o cardiologista Walter Alves, subchefe da UCI (Ministério da Saúde).

Em 2002 o maestro Gil Jardim criou o projeto Música & Vida, que organiza apresentações dos músicos em diversos hospitais de São Paulo. Com cerca de dez apresentações por ano, a orquestra tem uma fila com dezenas de hospitais que querem receber o grupo. A característica do projeto é se adaptar à estrutura do hospital em que vai atuar, podendo ocorrer em um auditório, no corredor, “hall” ou mesmo dentro dos quartos dos pacientes.



Nos últimos anos, a arte circense tem oferecido uma intensa participação nos hospitais brasileiros, através dos Doutores da Alegria, artistas profissionais que seguem o trabalho idealizado pelo palhaço americano Michael Christensen (Campello,P.B.2006).

Um estudo feito na Universidade Graz, na Áustria, mostrou que o riso ajudou vítimas de derrames a reduzir sua pressão arterial. Os 30 pacientes foram divididos em dois grupos - só um deles foi submetido à uma 'terapia do riso'. A pressão dos que passaram pela terapia caiu significativamente, comparativamente ao grupo controle. O riso também oferece uma maior oxigenação pulmonar e facilita a saída de gás carbônico. Atua também fortalecendo o sistema imune, além de ajudar na memorização. Rir durante a apresentação de uma aula ou palestra aumenta o interesse e facilita a aprendizagem. Em 2000, trabalho apresentado no Congresso da Associação Americana do Coração, comprova que o riso libera óxido nítrico, conhecido vasodilatador, ou seja, um bom aliado do coração (Cardoso,S.H.)

A leitura também se mostra um elemento importante como coadjuvante terapêutico. Eva Seitz (2005) realizou estudos com pacientes internados em clínica médica. O estudo aponta para o importante papel da leitura enquanto atividade de lazer para pacientes hospitalizados, humanizando o processo de hospitalização

Caldin (2001) avaliou o projeto “Literatura infantil e Medicina pediátrica: uma aproximação de integração humana”, desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Verificou que as histórias contadas às crianças diminuíam seu estado de incapacidade e proporcionaram alívio temporário das dores e dos medos advindos da doença e do ambiente hospitalar. O resgate do sonho, do imaginário e do lúdico forneceu um suporte emocional às crianças enfermas.

O Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) atua como hospital-escola e centro de pesquisa científica nos diversos campos da saúde. Atende exclusivamente ao SUS, com uma média mensal de 16.000 consultas, e 915 internamentos. Possui 493 leitos com média de ocupação 72,12%/mês. Esse perfil confere ao Hospital das Clínicas a necessidade de projetos de humanização norteando-se nos atuais princípios da Política de Humanização do Ministério da Saúde – Humaniza SUS – publicados em 2006 e voltados à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a qualificação da assistência à saúde, visando desenvolver, divulgar, fortalecer e articular iniciativas humanizadoras nas instituições de saúde.

A arte exerce um poder medicinal de desvendar o homem na sua totalidade - corpo e mente. A compreensão da necessidade dos cuidados com a alma dos nossos pacientes, além do tratamento dos sinais e sintomas clínicos, aumenta as possibilidades de cura (Campello,2006).

A associação entre a medicina e a arte não é um fenômeno novo. Foi estabelecida há milhares de anos, quando, na mitologia grega, Febo Apolo foi separado como o deus da Medicina, da Música e da Poesia (Souza,2000).

## OBJETIVOS

Promover o cuidado com o bem-estar dos pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde, funcionários e alunos.

Reduzir os níveis de estresse no ambiente hospitalar.

Buscar aproximar as várias áreas de conhecimentos atuando de forma pactuada intercentros, interdepartamental e interdisciplinar.

Utilizar a arte como processo terapêutico complementar.

Sensibilizar e estimular a comunidade hospitalar para novas experiências artísticas e culturais.

## METODOLOGIA

O Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde é composto pelos seguintes projetos: “Música para o coração e a alma na UTI”, “Música para o corpo e a alma no HC”, “Palhaçoterapia da UFPE: Projeto Encontro e Risos Terapêuticos-PERTO”, “Arteterapia: Uma ação reveladora”, “Avaliação dos benefícios da Arte no espaço hospitalar”, “Mediação de Leitura”, “Bonecos de Travesseiro: Teatro de animação no HC/UFPE”, “Arte como terapia: um novo olhar na saúde”, “Mais luz no olhar”, “Sorriso no HC”, todos apoiados pela PROEXT.

Esse programa resulta de uma atuação pactuada entre o Centro de Ciências da Saúde (CCS) através do Departamento de Patologia e os Serviços de Patologia, Dermatologia e Odontologia, Centro de Arte e Comunicação (CAC) através dos Deptos. de Música, Teoria da Arte e Expressão Artística, Ciência da Informação e Comunicação Social, assim como o Centro de Ciências Biológicas (CCB) através dos Deptos. de Biofísica e Micologia. Abrange atividades musicais e cênicas, contação de histórias, oficina de artesanato, palhaçoterapia, mediação de leitura, oficinas de artes plásticas, exposições de fotografia, pintura e audiovisual, oficinas de arteterapia, teatro de bonecos, apresentações de canto coral e cantoria, dança, saraus poético/literários, oficinas de canto coral, produção de cordel. As atividades são realizadas por alunos e profissionais dos diversos centros, além da colaboração da Escola Municipal de Arte João Pernambuco e artistas convidados.

Essas intervenções ocorrem nos diversos espaços do HC (ambulatórios, enfermarias, hemodiálise, UTI, quimioterapia, pediatria, “halls”, etc.), em locais e horários previamente selecionados, definidos a partir do consenso entre as diversas Chefias de Enfermagem do HC, de acordo com as necessidades e especificações do espaço, com duração de 15 minutos a 02:00 horas e são divulgadas semanalmente através da programação encaminhada às chefias de Enfermarias, Ambulatórios, Assistência Social e Direção do HC, sendo realizadas cerca de 25 intervenções semanais.

Questionários são aplicados antes e após as intervenções objetivando quantificar a importância das mesmas no bem-estar dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

Contemplado pelo Ministério da Cultura com um Ponto de Leitura em 2008, o Ponto de Leitura MAIS/HC foi aberto à comunidade do HC em agosto de 2009 e

vem, desde então, oferecendo espaço de leitura e lazer para profissionais de saúde, alunos e acompanhantes, assim como empréstimo de livros do seu acervo, sediando também os projetos “Fiando Histórias e Tecendo Sonhos” e “Mala Direta”.

## RESULTADOS

Redução da ansiedade nas salas de espera, redução da ansiedade nos pacientes internados e seus acompanhantes, melhoria das condições de trabalho e atendimento dos profissionais de saúde nos momentos em que as atividades artístico-culturais são levadas, redução do uso de ansiolíticos e melhora do sono dos pacientes na UTI.

Os resultados quantitativos iniciais, obtidos através da aplicação de questionários avaliativos, antes e após as intervenções artístico/culturais, indicam melhora no bem estar dos pacientes, ampla aceitação das atividades, sendo referidos sentimentos de relaxamento, alegria, paz e prazer durante a participação nas mesmas.

## CONCLUSÕES

O Programa MAIS: Manifestações de Arte Integradas à Saúde, acolhendo e divulgando as múltiplas expressões de arte, com cerca de 3000 intervenções já levadas nos vários espaços do HC da UFPE reforça, através dos dados iniciais obtidos, a eficácia da arte no espaço hospitalar como elemento terapêutico complementar e vetor humanizador, estimulando a criação de vínculos solidários e participação coletiva. O programa foi contemplado pelo Ministério da Cultura com o Prêmio Cultura e Saúde 2010, concorrendo com projetos e programas de todo o território nacional e obtendo o 1º Lugar, com nota máxima (100), recebeu o 1º Lugar em Humanização no Premio Pastoral da Saúde 2011 e o 1º e 2º Lugares em Humanização no Premio Pastoral da Saúde 2012, além do 1º lugar no PRÊMIO ENEXT 2012: Universidade & Sociedade em Diálogo: XII Encontro de Extensão, V Fórum de Extensão, Pesquisa e Ensino.

## REFERÊNCIAS

1. CALDIN, C.F. - A leitura como função terapêutica: biblioterapia. ETD – Educação Temática Digital, Campinas, v.7, n.1, p.96-111, dez. 2005 – ISSN: 1676-2592.
2. CAMPELLO, P.B. - A receita da vida. A arte na medicina. Recife/PE: EDUPE, 2006.
3. Cardoso, S. H. – Risomundi – Doutores do riso  
[http://www.doutoresdoriso.com.br/homeIBLIOTERAPIEXPERIÊNCIA COM PACIENTESM CLINICA MÉDICA](http://www.doutoresdoriso.com.br/homeIBLIOTERAPIEXPERIÊNCIA%20COM%20PACIENTES%20M%20CLINICA%20MÉDICA)
4. SEITZ, E.M. - ETD – Educação Temática Digital, Campinas, v.7, n.1, p.96-111, dez. 2005 – ISSN: 1676-2592.

5. NOGUEIRA, M.A. – A música e o desenvolvimento da criança. Revista da UFG, vol.5, nº 2, dez 2003.
6. STEVENS, B.B. - Spirituality in Nursing: From Traditional to New Age. New York: Springer, 1996.
7. SOUZA, A.N. – As duas faces de Apolo. Salvador/BA:Casa da Qualidade,2000.

## **OFICINA DE PLANTAS MEDICINAIS E HORTICULTURA NO CAPS II EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BA.**

**Bárbara Emanuely de Brito Guimarães** (Discente no curso de Psicologia no IMS/UFBA);

**Lucas Teixeira Graia** (Discente no curso de Farmácia no IMS/UFBA);

**Atila Patez Lemos** (Psicólogo no CAPS II);

**Péricles Norberto Matos** (Médico do CAPS II);

**Patrícia Baier Krepsky** (Professora/Orientadora adjunta no IMS/UFBA).

### **INTRODUÇÃO**

Em Vitória da Conquista, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) disponibiliza diversos grupos e oficinas aos seus usuários, entre eles a oficina de plantas medicinais e horticultura. Esta surgiu a partir do interesse de usuários e profissionais, os quais catalizaram sua viabilização demonstrando autonomia do serviço na promoção de atividades que mais se adequem às suas potencialidades. Houve apoio da coordenação do CAPS fortalecido pela “Associação de amigos, usuários e familiares em saúde mental”, de Vitória da Conquista, na Bahia.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte de uma rede de serviços de apoio a indivíduos em sofrimento mental, criados a partir da reforma psiquiátrica. Um dos objetivos é trabalhar a questão da ressignificação da vivência individual e social, visando, entre outros objetivos, o acolhimento das diferenças e trabalhando suas implicações na relação dos usuários em sociedade, contribuindo para seu empoderamento, buscando uma autonomia possível. São oferecidos serviços de atendimento individual, como consultas médicas e acompanhamento em psicoterapia, assim como intervenções coletivas (Ministério da Saúde, s.d.), as quais fazem parte do projeto terapêutico individualizado. Entre as atividades coletivas estão as oficinas terapêuticas, as quais podem ser entendidas como espaços de interação e ressocialização, permeadas pela realização de atividades manuais que podem facilitar o desenvolvimento do sentimento de pertencer ao mundo. Essas práticas têm crescido tornando-se umas das principais formas de assistência à saúde mental. Os projetos terapêuticos devem respeitar as possibilidades individuais e promover o protagonismo de cada usuário frente à sua vida (Ministério da Saúde, 2004; Rauter, 2000).

Jardins e hortas têm sido utilizados como cenários e meios para o desenvolvimento de práticas terapêuticas desde os tempos antigos (Berg, 2005). Essa prática era prescrita como terapia em hospitais psiquiátricos desde o início do

século XX. Naquela época pensava-se que os pacientes com transtornos mentais deveriam ter alguma forma de ocupação para que tivessem a noção de tempo, trabalho e valor cultural, além de diminuir a ansiedade. A partir da década de 60, com desenvolvimento da psicofarmacologia essas formas terapêuticas foram desaparecendo dando lugar aos medicamentos (Soderback, et al. 2004). Ao se pensar a oficina buscou-se agregar as atividades com plantas com os princípios da reforma psiquiátrica. Em “A história da loucura”, de Foucault, bem como a reforma psiquiátrica acontecida na Itália com Basaglia, e ainda movimentos da antipsiquiatria pelo mundo, trouxeram a tona a problemática da loucura e da exclusão, criticando os encarceramentos dos “loucos”, a medicalização excessiva, os maus tratos, promovendo um novo formato de abordagem e acompanhamento em “saúde mental”, que implica no acolhimento/relacionamento social, familiar, territorial do portador de transtorno mental. Diminuíram-se radicalmente os hospitais psiquiátricos bem como a ideia de internar.

As oficinas terapêuticas sustentam a ideia da autonomia possível, normatividade inclusiva, ideia de rede, território e indivíduo numa noção de circularidade que alimente a possibilidade e capacidade do sujeito de gerar “normas para a sua vida a partir de sua possibilidade de ampliar suas relações com o social”. Neste sentido a oficina terapêutica toma uma conotação ativa aonde não se pretende passividade, “ocupação do tempo”, mas protagonismo e relação.

Este relato de experiência vem discutir possibilidades de interação entre o interesse de usuários e profissionais por plantas medicinais e horticultura e as atividades em oficina terapêutica. Compartilhando nossa vivência esperamos contribuir para que outros grupos se inspirem.

## OBJETIVOS

- Realizar encontros com potencial dinâmico que sirvam como parte do processo terapêutico dos usuários;
- Sentir e agir terapeuticamente no processo grupal bem como individual;
- Promover o diálogo entre o conhecimento científico e o conhecimento tradicional para resgatar e valorizar o uso tradicional das plantas e produtos naturais;
- Contribuir para o uso coerente de plantas medicinais e fitoterápico;
- Contribuir para a formação de estudantes, professores e profissionais na área fitoterapia e saúde mental;
- Refletir sobre a oficina de plantas medicinais e horticultura através de relato de experiência.

## MÉTODO

A oficina é realizada em abordagem complexa e multidisciplinar. Envolve encontros semanais em campo, na horta, sendo estes referentes às práticas de horticultura. Há também os encontros bimensais em sala de oficinas, em que são discutidos diversos aspectos do uso de plantas medicinais e outros produtos naturais.

A coordenação da oficina é compartilhada por profissionais do serviço - farmacêutica, médico e psicólogo - e docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA), farmacêutica e tutora no Programa de Educação pelo Trabalho para a

Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde. Participam também estudantes de Psicologia, Farmácia e Biologia, bolsistas do PET-Saúde.

Os encontros de horticultura contam com a presença do psicólogo, dos estudantes do PET-Saúde, e usuários - encaminhados pelos profissionais do CAPS quando esta oficina é incluída como parte do projeto terapêutico deste. Eventualmente participam também médico, farmacêutica do serviço e tutora do PET-Saúde. As atividades acontecem na horta localizada no próprio CAPS II. Os encontros semanais, quando concentram-se a maioria dos participantes, são realizados na sexta-feira, no entanto alguns usuários contribuem com a horta em outros momentos durante a semana de forma espontânea.

Dos encontros na sala de oficina, geralmente, participam todos os coordenadores da oficina. Usuários, profissionais, docente e estudantes sentam-se em círculo. São encontros abertos a todos os usuários e seus familiares do CAPS. Os encontros acontecem em média a cada dois meses, sem rigidez quanto às datas. Para cada encontro são selecionadas duas a três espécies vegetais para discussão. Todos os participantes tem oportunidade de expor suas experiências com cada espécie, as quais incluem: cultivo, preparo, uso medicinal ou alimentício, assim como sensações que a espécie desperta. São levadas para a oficina amostras das espécies vegetais e algumas vezes fotos são projetadas e/ou são realizadas demonstrações sobre preparações caseiras. Após cada encontro os usuários registram presença em livro específico. Esses encontros são gravados e os áudios transcritos para que sirvam de base para a produção de uma cartilha educativa sobre o uso de plantas medicinais conciliando conhecimento tradicional e científico. Esta parte do trabalho ainda está no início da realização.

## RESULTADOS

Em média, 12 usuários do CAPS II participam da atividade de horticultura, a maior parte deles está presente durante os encontros semanais regulares, outros realizam atividades nos demais dias da semana. As individualidades vão se manifestando, sendo acolhidas as diferenças, não se busca uma “normalidade”. Alguns molham, e gostam de molhar. Outros parecem gostar de plantar, outros de limpar, alguns de revolver mais pesadamente a terra, os canteiros ou o composto para produção de terra vegetal.

Durante os encontros de horticultura em campo tem sido realizadas atividades de preparo da terra, plantio, manutenção da horta, colheita e partilha da produção. Enquanto tais atividades são desenvolvidas vão surgindo perguntas e provocações, que são respondidas tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários, sendo estimulada a participação ativa destes, inclusive no planejamento das atividades. Há espaço para manifestações espontâneas: mudas tem sido doadas por vários participantes tanto usuários quanto coordenação da oficina; canteiros lineares tem dado lugar a plantios diversos, numa perspectiva que lembra técnicas de agroecologia no sentido em que são permitidas convivência entre espécies, assim como se proíbe o emprego de herbicidas, fungicidas e outros defensivos agrícolas não permitidos em cultivos orgânicos. Tem sido empregadas técnicas de compostagem usando restos de poda para produção de terra vegetal.

Tem sido possível um quantitativo, nos referendo especificamente ao plantio e colheita, parte mais objetiva do encontro na horta. Por outro lado, a produção não tem sido em si nosso objetivo. Os momentos da colheita tem trazido alegria. O

trabalho toma um formato de ação e interação de campo visando produção de sentido, observação dos ciclos de cuidado, aprendizado, vivências objetivas e subjetivas entre os participantes, discussões, muitas vezes atritos e desabafos, divergências.

Quanto aos encontros em sala de oficina, entre março de 2012 e abril de 2013, foram realizados seis encontros com a participação de cerca de 20 pessoas, em cada encontro. Cada um teve duração de cerca de duas horas. As espécies discutidas são sugeridas pelos usuários e coordenação preferindo-se aquelas cultivadas na horta do CAPS de modo que estes encontros sejam momentos de discussão sobre a produção na horta. Em cada encontro são discutidas espécies similares seja por seus efeitos terapêuticos, local de ação ou características botânicas. A discussão em sala geralmente se inicia com as experiências dos usuários, intercaladas com experiências e informações científicas trazidas pelos profissionais, sempre visando dialogar. Visa-se o uso coerente de plantas medicinais, ou seja, respeitam-se as tradições assim como consideram-se aspectos de formas de uso, indicações, e os cuidados necessários. Quando existem questões relacionadas à precauções, geralmente os próprios usuários apontam os cuidados, cabendo aos profissionais coordenar a discussão e contribuir com conhecimentos complementares. Adicionalmente incentiva-se o relato das propriedades organolépticas das plantas despertando sensações, o que remete a lembranças e histórias vividas.

Ao vivenciar as atividades na oficina, são reveladas formas de ser/estar no mundo. Deste modo, desenvolve-se ambiente de resgate da história de cada usuário, intercruzamento de temas com suas singularidades afetivas, articulação de pensamentos, inibições, criatividade nas práticas de vida, possibilitando ressignificação dos processos, os afetos transbordando como indispensáveis peças terapêuticas, fazendo dos usuários atores no tratamento. Estima-se que os momentos da oficina promovam vivência reflexiva e que se projetem sabedorias. Os encontros são oportunidades para manifestação de crenças, experiências, ciências, diferenças, individualidades, contextos sócio cultural, ambiental, psicossocial.

## REFERÊNCIAS

BERG, A.E. van den. *Health impacts of healing environments: a review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*. Groningen: Foundation 200 Years University Hospital Groningen, 2005. Disponível em: <http://www.thearchitectureofhospitals.org/> Acesso em: 28/04/2013.

CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

DETWEILER, M. B.; SHARMA, T.; DETWEILER, J.G.; MURPHY, P.F.; LANE, S.; CARMAN, J.; CHUDHARY, A.S.; HALLING, M.H.; KIM, K.Y. What Is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly? *Psychiatry Investig*, v. 9, p. 100-110, 2012.

FOULCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf) Acesso em: 30/04/2013.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P (org). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade* (col. Loucura e Civilização). Rio de Janeiro: FioCruz, 2000. p. 267-277  
Apud CAMPOS, F.N. Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlândia-MG. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada, Universidade Federal de Uberlândia, 2004.

SODERBACK, I.; SODERSTROM, M.; SCHALANDER, E. Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic. *Pediatric rehabilitation*, v. 7, n. 4, p. 245–260, 2004.

## O TOQUE TERAPÊUTICO COMO UMA FORMA DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

**Larissa Lages Ferrer de Oliveira** (Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas/UFAL)

**Izabella Karla Pimentel Procópio** (Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Alagoas/UFAL)

**Rafaella Paula Pimentel Procópio** (Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Alagoas/UFAL)

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza** (Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas-ESENFAR/UFAL)

### INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa originou-se a partir da vivência real e pessoal, na qual uma das pesquisadoras atuou como agente promotora de apoio psicológico. Esta vivência deu-se na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário, onde uma mãe estava passando por um grande e doloroso enfrentamento psicológico frente à doença de sua filha, diagnosticada com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES); internada há mais de um mês e com história de internações anteriores. Durante o seu estágio curricular, percebeu um comportamento agressivo e repulsivo dessa mãe com toda a equipe de saúde da clínica, dificultando a realização de procedimentos hospitalares em sua filha. Sensibilizada com o sofrimento da mãe, a pesquisadora entrou em contato com a mesma, disse-lhe poucas palavras e ofereceu-lhe um simples toque com o intuito de dar apoio emocional; sem conhecimento prévio de Toque Terapêutico.

Nos últimos anos vem-se percebendo uma crescente adesão da Enfermagem as alternativas de cuidado complementar ao modelo biomédico, apropriadas para



suprir as necessidades holísticas do ser humano. Estas alternativas são denominadas como terapias complementares, nas quais estão incluídos o toque terapêutico e a imposição das mãos; tendo como objeto o doente (sujeito em desequilíbrio) e por objetivo o restabelecimento de sua saúde ou mesmo da sua ampliação; diferentemente do paradigma da medicina ocidental, a qual tem como objeto a doença e por objetivo o combate e a sua eliminação.

O Toque Terapêutico (TT) é uma técnica de terapia complementar que não possui qualquer base religiosa e cujo intuito é repadronizar o campo energético humano. O TT tem se revelado um excelente meio não-invasivo de que o enfermeiro e outros profissionais de saúde lançam mão para promover relaxamento, reduzir ansiedade, controlar a dor e outros efeitos (SÁ; SILVA, 2003).

Como terapia holística, o Toque Terapêutico (TT) valoriza o ser humano como um todo indivisível composto por parte física, psíquica e espiritual, diferente da medicina convencional a qual reduz o ser humano em sistemas, órgãos e células.

Segundo Karagulla e Kunz (1989), o corpo humano contém sete centros de forças principais que foram denominadas chackras, devido a sua forma. Isto porque o formato e o movimento destes se assemelham a uma roda, que possui o centro como eixo através do qual giram estruturas que lembram pétalas. É através deste centro que as energias se concentram e circulam, num movimento de rodopio. O fluxo destas energias, ainda segundo Karagulla e Kunz (1986), se processa da mesma forma que o mecanismo da respiração, sendo a energia inspirada e expirada pelo ser humano.

O campo de energia humana apresenta sete camadas a qual cada uma se associa a um chackra. Cada uma delas são diferentes uma das outras e exercem sua função particular. Os chackras, ainda, estão vinculados aos cinco sentidos.

Como os chackras são transformadores e transportadores de energia para as camadas dos campos de energia humana, o Toque Terapêutico (TT) pode trabalhar com estes centros e estas camadas com o intuito de equilibrar o campo energético, através de uma técnica denominada “desenrugando” o campo.

Como afirma Krieger (2000, p.48), qualquer pessoa pode se tornar capaz de servir como agente de cura ou de ajuda através do toque terapêutico, mas são necessários três requisitos: o primeiro deles é intencionalidade, o segundo está relacionado com a motivação voltada para o bem-estar da pessoa a ser ajudada, e por último, o terceiro deles está envolvido com a capacidade de encarar a si mesmo, acompanhado pelo desejo de realmente fazer isso. Vale ainda acrescentar que o terapeuta precisa estar saudável, ou seja, apresentar um equilíbrio energético.

Ainda segundo Krieger (2000, p.66-67), a técnica do Toque Terapêutico (TT), processa-se em cinco fases:

1. Autoconhecimento, em que o agente de cura ou de ajuda livra-se de suas tensões pessoais e procura se concentrar durante o processo para que possa servir, segundo Sá e Silva (2003), como apenas um canal aos íons, não havendo assim, interferências no seu nível energético.
2. Avaliação do paciente, onde o agente coloca suas mãos de seis a doze centímetros da pele do seu cliente, sem retirar a roupa do mesmo. Daí, então, percorre o campo do cliente no sentido crânio-caudal e faz diagnóstico de alterações deste, tais como déficit energético, alterações da temperatura, “enrugamento” do campo e outras sensações.

3. “Desenrugando” o campo, em que será feito um movimento de “varredura” para diminuir as ondas de tensão identificadas no campo do cliente durante a segunda fase.
4. Direcionamento e modulação da energia, em que se procura deixar o campo energético do cliente o mais homogêneo possível.
5. Percepção do momento adequado de parar, quando o agente não identifica mais ondas de desequilíbrio do campo ao reavaliar o cliente.

Dessa forma, o toque terapêutico tem como finalidade equilibrar o campo energético do cliente e, na prática, presenciamos situações nas quais não só o doente físico, na figura do paciente, está sujeito a desequilíbrios do campo, mas também o próprio familiar que lhe acompanha.

## **OBJETIVO**

Aplicar o Toque Terapêutico (Método KRIEGER-KUNZ) em familiares que acompanham pacientes internados no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes em Maceió e analisar se o TT traz alguma contribuição para o familiar do paciente internado.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa nos moldes de estudo de caso.

Os sujeitos da pesquisa foram os familiares dos pacientes internados no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA). O processo de escolha deu-se através de visitas as unidades do hospital pela observação dos familiares que acompanhavam seu familiar-paciente. Deste modo, foram selecionados 5 sujeitos considerados como os que se encontravam em uma situação de maior sofrimento diante da situação.

O campo energético dos acompanhantes foi analisado por três minutos e em seguida aplicado o TT, que durou de dez a quinze minutos. Todos os sujeitos ficaram na posição sentada, enquanto a pessoa que aplicou o TT ficou em pé.

Tanto antes como depois do TT, os sujeitos foram entrevistados para documentação das informações para posterior análise.

Para a produção das informações, inicialmente, foram determinados os instrumentos que levariam ao alcance do objetivo, são eles: formulário de entrevista semi-estruturada; diário de campo; aplicação do toque terapêutico (TT) e procedimento de organização e análise dos dados, dividida em três momentos: antes, durante e após o TT.

Os dados foram organizados e interpretados à luz do referencial de Krieger, e de outros autores que esclareceram alguns achados. A partir desse referencial, foi avaliado, baseando-se na compreensão da fala dos entrevistados, se o TT trouxe alguma contribuição para o que estava sentindo aquele familiar, e identificando que tipos de reações produziram no sujeito da pesquisa.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo se propunha a responder se o Toque Terapêutico pode ajudar a cuidar do familiar que acompanha seu familiar-paciente. E se reconheceu através

dos relatos e dos sinais físicos que houve alterações na relação comparativa entre o antes e o depois da aplicação do Toque Terapêutico. No que se refere aos sinais físicos, constatamos que os gestos nervosos das mãos, a tensão facial e os traços fisionômicos impregnados de sofrimento, apresentados antes da sessão do TT, cederam lugar a uma tranquilidade dos gestos, serenidade facial e leveza dos traços fisionômicos. As diferenças no estado psíquico foram comprovadas através das próprias falas dos sujeitos, visto que, antes do TT, eles relatavam ansiedade, impotência, preocupação, tristeza, angústia, medo e aflição; e depois do TT, os relatos eram completamente opostos, verbalizados com sensações de alívio, relaxamento, tranquilidade, bem-estar, diminuição da tensão, despreocupação e fim da aflição.

Foi a partir destes achados que foi possível responder que o TT pode sim ajudar o acompanhante, principalmente na questão do equilíbrio emocional, fator importante no perfil da pessoa que cuidadora; porque para poder cuidar de alguém, o acompanhante precisa estar equilibrado consigo e com suas forças vitais para não correr o risco de adoecer junto com o seu familiar-paciente.

Sendo assim, a visão do cuidar não deve estar voltada somente para o doente, ele deve incluir também os familiares que o acompanham, valorizando seus sentimentos e emoções, ouvindo-os e orientando-os, pois eles vão precisar de muito apoio, atenção e carinho, visto que se encontram vulneráveis frente à hospitalização.

## REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 1ed. Recife: Bagaço, 2005.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Reflexões sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na Unidade de Emergência (monografia). **Ciência y Enfermería**. Vol. X. Nº01. PP. 67-77. 2004

SÁ, A. C.; SILVA, M. J. P. Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico. *Mundo saúde* 27, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

SHINYASHIKI, R. A **Carícia Essencial** – Uma Psicologia do afeto. . 156ª ed. São Paulo: Gente, 2005.

SALIMENA, A. M. O.; CADETE, M. M. Desvelando os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia (Dissertação de mestrado). **Enfermagem atual**. PP. 33-37. Nov/Dez, 2002.

SARAIVA, K. V.; XIMENES, L. B. Terapias alternativas/complementares de toque e imposição: uma reflexão para a enfermagem. **Ver. Nursing**. Vol. 74, Nº 7. PP. 45-48. São Paulo. Julho/2004.

SAVIETO, R. M.; SILVA, M. J. P. Toque Terapêutico na cicatrização de lesões da pele de cobaias (Monografia). **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.57. Nº 3. PP. 340-343. Brasília. Maio/Junho, 2004.

TEIXEIRA, E. As três metodologias – Acadêmicas, da ciência e da pesquisa. 1 ed. Belém: Cejup, 1999.

## INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE YOGA NO SUS-DF

**Isabela Ribeiro Lessa da Silva Farah.**(Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES-DF/Gerência de Práticas Integrativas em Saúde/Coordenação de Hatha Yoga- Assistente Social

### INTRODUÇÃO

O processo de institucionalização da Prática de Yoga no SUS-DF iniciou-se após uma experiência de nove anos com grupos de Hatha Yoga em um Centro de Saúde de Brasília. Frente às inúmeras demandas psicossociais, próprias do Serviço Social, as técnicas de Hatha Yoga e os conhecimentos do Yoga se revelaram como potenciais de intervenção e inclusão social da clientela. Naquela experiência, o acolhimento e o reconhecimento do sistema humano-espiritual considerava a relação natural dos aspectos físico, mental, vital, emocional e anímico dos usuários e desvinculava o Serviço de dogmas e concepções religiosas.

Imaginar um assistente social trabalhando com Yoga exige alguns esclarecimentos no sentido de fortalecer o conceito do Yoga enquanto Tradição milenar para unificação dos vários aspectos humanos. Yoga não é religião e não é ginástica, mas é meio seguro de religação de tudo o que cada ser humano é através de estudos, reflexões, ações e técnicas específicas.

Assim, para além das ações rotineiras e mais conhecidas do Serviço Social tais como: orientações, encaminhamentos a serviços especializados necessários, pareceres e notificações de maus-tratos às instâncias jurídicas competentes, visitas de apoio familiar, dentre outras, havia a necessidade no investimento da autonomia e no fortalecimento daqueles que demandavam, além de soluções paliativas, ferramentas que auxiliassem na mudança de atitudes diante de sua realidade pessoal, familiar e conseqüentemente comunitária.

Em setembro de 2010, com o objetivo de ampliar e democratizar os benefícios dessa abordagem à população usuária do SUS, o Projeto foi apresentado ao Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração/NUMENATI, atualmente, Gerência de Práticas Integrativas em Saúde/GERPIS, sendo posteriormente instituída a Coordenação de Hatha Yoga pela Portaria nº 65, de 13 de maio de 2011/DODF.

A GERPIS é a instância da Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF responsável pela gestão, ensino, pesquisa e atenção em Práticas Integrativas em Saúde e atualmente oferta as seguintes práticas: Arteterapia, Acupuntura, automassagem Chinesa, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária.

O termo *Yoga* deriva do sânscrito e significa “União”, visto ser um conjunto amplo e milenar de conhecimentos e práticas de integração humana que instrumentaliza o praticante para o reconhecimento de sua realidade pessoal e de como prosseguir diante das adversidades e possibilidades. A unificação do ser humano é compreendida como um movimento contínuo construído pelo fortalecimento da vontade e da determinação de transformar a si mesmo através de Si mesmo. O *Yoga* considera que Individualidade e personalidade são as duas maiores forças humanas e que o nivelamento entre elas conduz ao fortalecimento humano para a sua consequente integração/união.

Constitui-se de vários níveis, sendo o *Hatha Yoga* um ramo do *Yoga* que fortalece o corpo e a mente através de posturas psicofísicas (*asānas*), técnicas de respiração (*pranayamas*), de concentração mental e de relaxamento. Fortalece o conjunto do sujeito em sua inteireza para uma ação mais ativa e contínua diante da dinâmica social.

Nesse contexto se reconhece a relação sistêmica em ambos os sistemas de intervenção e inclusão social. O Serviço Social, aqui é concebido como um conjunto de ações que cria condições para uma maior conscientização da realidade individual e coletiva e de como o sujeito se relaciona e se movimenta para as soluções diante das possibilidades de sua vida cotidiana. O *Yoga* visto também como um sistema que objetiva unir, integrando o sujeito, concebe as dificuldades como inerentes à vida, convidando ao fortalecimento e reconhecendo na dinâmica da vida novas oportunidades para ação e transformação contínuas. Tanto um quanto o outro reconhece as possibilidades e os desafios comuns à vida social como agentes para a ação contínua, portanto meios de transformação de sua própria realidade individual e social.

O *Yoga* aposta no conjunto de limitações e potencialidades de cada ser humano investindo na concepção de valoração ampliada para além dos valores sociais de capitalismo, socialismo e outros “ismos” e de como cada sujeito pode exercitar a sua capacidade de reflexão e ação sobre o seu próprio código moral. Nessa lógica, não há uma receita única, mas caminhos que levam ao fortalecimento do adepto a fim de que possa assumir a sua própria individualidade. A referência de valores, nessa concepção, não está sujeita à quantidade de valores monetários acumulados, a papéis mais ou menos valorosos na concepção de cada sociedade nem ao potencial intelectual adquirido. A questão social para o *Yoga* conduz à desidentificação com os papéis e imagens sociais que produzem a desvalorização de outros sujeitos e à fragmentação de sua real totalidade. Dessa forma, a igualdade social começa com o reconhecimento da sua própria dinâmica pessoal de vida e com a escolha e determinação para transformá-la diante de cada possibilidade e necessidade percebida. É um trabalho contínuo sobre si mesmo, sobre a sua realidade mental, comportamental e consequentemente social. Isto envolve um retorno à simplificação de um padrão mental complexo que não pede isolamento, mas ação ativa sobre si mesmo para o autorrespeito.

Nessa relação entre *Yoga* e Serviço Social, a emancipação social não é compreendida como um local ou uma condição final aonde se chega o sujeito, mas como um processo contínuo da própria relação dialética estabelecida entre realidades subjetivas e objetivas. É a potencialidade subjetiva de gerar a si mesmo que leva o sujeito à transformação de sua realidade pessoal-social. O *Yoga* e o Serviço Social se complementavam e inúmeros benefícios eram relatados nos atendimentos sociais. “Faço as respirações no ônibus indo pra casa e quando tô

*trabalhando já tô conseguindo andar sem ficar de cabeça baixa nos corredores. Tô me sentindo gente.”* (Relato de praticante de Hatha Yoga e funcionária do serviço de limpeza do Prédio Sede da SES-DF).

## **OBJETIVO**

Institucionalizar a prática do Yoga, democratizando os seus benefícios para a população usuária do SUS-DF.

## **METODOLOGIA**

A metodologia envolveu a gestão e organização do I Curso de Capacitação para profissionais em Hatha Yoga com disponibilização de 15 vagas de instrutores de Yoga para a Região Sudoeste do Distrito Federal. Os profissionais participaram de uma sensibilização sobre o tema e de entrevistas individuais. Dos quinze servidores da SES-DF, 12 foram selecionados e 10 concluíram a Capacitação, sendo 01 psicóloga, 03 técnicas de Enfermagem, 01 terapeuta ocupacional, 03 agentes comunitários de saúde e 02 enfermeiras. O curso ocorreu no período de 05 de março a 05 de dezembro de 2011, com carga horária de 272 horas distribuídas em aulas expositivas e vivenciais, duas vezes por semana. O conteúdo envolveu temas como: O Yoga como uma proposta socioeducativa; Marcos regulatórios e as Práticas Integrativas em Saúde; Fundamentos históricos e filosóficos do Yoga; Elementos essenciais à Prática; Pressupostos para a facilitação de Hatha Yoga; Yoga para crianças, adolescentes, gestantes e idosos; Ética no ensino do Yoga; Gestão da Prática e mecanismos para implantação na Unidade de trabalho, entre outros.

A implantação dos Serviços teve início em fevereiro de 2013, através da realização de Oficinas para sensibilização de gestores e profissionais da Instituição. Dos dez pontos de serviço em Yoga, três estão implantados e em funcionamento, sendo dois deles em um CAPS II (Transtornos Mentais) e o outro em uma Unidade Básica de Saúde com profissional vinculado à Estratégia Saúde da Família/ESF.

Das seis Oficinas referentes de Implantação aos 10 Projetos, quatro foram realizadas e as duas restantes estão em processo de agendamento junto aos gestores e profissionais das Unidades.

## **RESULTADOS PARCIAIS E CONCLUSIVOS**

Durante o processo de implantação do Yoga no SUS-DF, já foi possível verificar que as dificuldades para o sucesso e reconhecimento da potencialidade desse instrumento está no desconhecimento e distorção acerca do significado do Yoga, ora limitando-o ao aspecto físico, ora vinculando-o às crenças, o que acarreta discriminação pela ignorância natural acerca da amplitude do que seja. Outro entrave conhecido pelos profissionais que trabalham com a integralidade é o desinteresse presente em discursos capitalistas, competitivos e corporativistas e que combatem aquilo que leva a autonomia sobre a saúde do “paciente” que passaria a ser sujeito mais consciente e atuante no seu processo de integração/unificação.

A formação dos profissionais de Saúde parece engatinhar na visão fragmentada, dividindo o ser humano em partes ou não reconhecendo as diferenças e singularidades destes na prescrição de procedimentos, o que alivia sofrimentos e sintomas, mas não o considera em sua totalidade multidimensional. Nesse contexto,

ações como campanhas de vacinação, curativos, consultas de várias especialidades ocupam o principal lugar na realidade das Unidades Básicas de Saúde, locais onde estes Projetos de Yoga estão sendo implementados. Assim, durante as várias visitas realizadas pela Coordenação de Yoga para pactuar estratégias para implantação dos Projetos, elaborados pelos profissionais liberados para o Curso de Formação de instrutores durante todo o ano de 2012, constatou-se uma quase total falta de planejamento nessas Unidades. O simples fato do gestor analisar se ao liberar o profissional, este teria em sua escala possibilidade para disponibilizar o Yoga para a população, não foi levado em consideração em quase todas as Unidades. Emoldurando esse contexto, observou-se ainda a cultura do Serviço Público onde o nível de responsabilidade e conscientização de alguns servidores revelou-se baixo, fortalecendo-se nos valores de reprodução da relação capital/ saúde / doença.

Os momentos de implantação e monitoramento estarão acontecendo ao mesmo tempo, a partir de maio do ano corrente, concomitantes aos encontros de Educação Permanente mensais para os profissionais habilitados no ensino de Hatha Yoga.

Conclui-se que a institucionalização do Yoga no SUS-DF é possível e realizável na estrutura organizacional da SES-DF, desde que haja um envolvimento pessoal e profissional, impulsionado e motivado pelo Ideal próprio dessa atividade. O aspecto motivador principal é o de trabalhar com algo que realmente conduz à autonomia, ao fortalecimento e à transformação do indivíduo e conseqüentemente do seu sistema familiar, o que contribui com a soma das demais ações para melhoria da nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. PNPIC – SUS - BRASÍLIA: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. PNAS-BRASÍLIA: 2004.

HERMÓGENES, José Andrade. *Autoperfeição com Hatha Yoga*. Rio de Janeiro: Nova Era, 2009.

MENDES, Hilton. *Estudo sobre Yoga*. Brasília: Instituto de Yoga Clássico de Brasília, 2001.

SHURIMAHANANDAJI, Swami. *Anotações em aulas de Ciência Divina*. Salvador: Núcleo Mahananda da Fraternidade Branca Universal, 2010.

**RELATOS DE EXPERIÊNCIAS SOBRE IMPLANTAÇÃO DA  
HOMEOPATIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPINAS – SP.**

**Silvia Miguel de Paula Peres**<sup>36</sup>; Nelson Filice de Barros<sup>37</sup>.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente a questão da Homeopatia na rede de serviços públicos do município de Campinas, São Paulo.

A Homeopatia é concebida pelo debate acadêmico atual como uma racionalidade médica que representa o adoecer humano como um momento de busca pelo equilíbrio (PERES, 2003, 2005). Racionalidade médica é um conceito desenvolvido por Luz (1988, 2000) inspirado no tipo ideal weberiano, como uma forma de qualificar um saber médico a partir de certos preceitos, tais como a morfologia (anatomia humana), a fisiologia, um sistema de diagnose, uma terapêutica, uma filosofia explicativa dos processos saúde-doença, e uma cosmologia que embasa todo seu conteúdo explicativo.

Diagnosticando o adoecimento como metafísico, ou seja, como resultante do desequilíbrio da energia vital que supostamente anima o viver humano, o homeopata não trata de enfermidades, mas de enfermos, procurando reintegrar à ordem biológica às outras dimensões da vida que compõem a existência humana, como a social, a simbólica e a ambiental. Por esse motivo, a consulta homeopática requer mais tempo do que as consultas convencionais, para que o profissional possa extrair pela conversa estabelecida todos os problemas, as angústias, as crenças, as condições de vida, a alimentação, assim como outros sintomas do sofrimento individualizados na pessoa (PERES, 2003, 2005, 2009).

A eficácia terapêutica da Homeopatia está ligada ao estímulo dos mecanismos de defesa do organismo, realizado pela atuação do medicamento semelhante, ajudando o paciente a restabelecer o equilíbrio de sua energia vital,

---

<sup>36</sup> Silvia Miguel de Paula Peres - (Pesquisadora – Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde – LAPACIS - Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – UNICAMP. Bolsista Pós-doutorado Júnior – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq).

<sup>37</sup> Nelson Filice de Barros - (Supervisor – Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde – LAPACIS - Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – UNICAMP).



contribuindo ao mesmo tempo para a eliminação dos sintomas que evidenciam o estado desarmônico desta energia (PERES, 2003, 2005, 2009).

Constituindo-se como uma medicina que se baseia por princípios diferentes da abordagem biomédica, a inserção da Homeopatia na história do Brasil foi permeada de disputas políticas por legitimidade e por abrangência social (PERES, 2003). Desde o século XIX a Homeopatia vem lutando pelo seu espaço na sociedade brasileira, passando por períodos de ascensão e declínio, obtendo seu reconhecimento como especialidade médica em 1979, sendo em 1980 reconhecida também pelo Conselho Federal de Medicina (LUZ, 1996).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde do Brasil publicou a portaria 971, criando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), em alinhamento com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) no documento “Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005 (WHO, 2002)”. A Política prevê a implantação e a implementação da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Termalismo e Fitoterapia em serviços de atenção primária, promovendo o acesso gratuito dessas medicinas a toda sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar de a Homeopatia ter conquistado pela PNPIC a possibilidade de se disseminar socialmente, no município de Campinas, São Paulo, o número de homeopatas cadastrados e habilitados na rede municipal de serviços de saúde é de 36 e destes, apenas 11 exercem efetivamente a Homeopatia nos centros de saúde. Esta situação reflete uma problemática enfrentada por todo o Brasil, representada pela dificuldade de se institucionalizar a Homeopatia nos serviços de Atenção Primária do SUS. Procurando compreender essa questão, assim como entender como vem ocorrendo o processo de implantação da Homeopatia nos centros de saúde do município de Campinas foram realizadas entrevistas qualitativas semiestruturadas com 5 médicos (as) que exercem esta especialidade nos serviços de APS da rede pública.

A pesquisa de campo está em andamento, mas os discursos dos sujeitos revelaram dimensões importantes para se discutir a real inserção da Homeopatia no SUS. A seguir as experiências de dois médicos homeopatas da rede são relatadas. Ressalta-se que as falas foram editadas para fins de melhor compreensão do texto:

“Eu prestei concurso para Pediatra no centro de saúde, e aí eu lutei para conseguir algumas horas dessa carga horária para inserir a Homeopatia (...) Quando eu comecei, eu iniciei com 6 horas de carga horária, aí brigando bastante, mostrando que tinha demanda, eu consegui mais duas horinhas, então agora estou com 8 horas semanais em Homeopatia. E muitas vezes quando vc percebe que está uma demanda muito grande, vc acaba tendo que usar de outros recursos, tipo fechar um outro horário que seria de pediatria só naquela semana para atender um caso esporádico, mas eu não gosto de fazer isso, eu queria que já tivesse uma agenda já estruturada, para não fazer outro tipo de atendimento. (...) Então na maioria das vezes o que acontece é isso, o colega tem uma especialidade, presta um concurso que não é para homeopata, e aí ele consegue aos pouquinhos lá dentro, depois que ele já está inserido na rede pública, uns horários para poder atender Homeopatia.

Então o médico sempre entra com uma especialidade para depois inserir a Homeopatia, e ele acaba não fazendo apenas a Homeopatia.” (entrevistado número 1)

“Quando eu prestei o concurso não tinha vaga pra homeopata, então eu prestei como pediatra, mas com a intenção de me tornar só homeopata no SUS, mas não consegui ainda. Por enquanto eu sou pediatra e faço duas horas apenas de Homeopatia por semana. Assim que eu entrei eu falei que eu queria fazer Homeopatia aí a coordenadora, depois de um tempo, me liberou 3 horas no sábado. Depois, como mudou meu horário para quinta-feira ela tirou uma hora, e aí eu fiquei só com dois horários de Homeopatia. E ainda não é o horário como deveria ser, porque deveria ser consulta de uma hora, mas é consulta de 40 minutos, que é o que ela conseguiu colocar na quinta-feira e não aumentou nada até agora. (...) Outro problema é que não tem um registro para as consultas em Homeopatia, o meu posto é o primeiro informatizado de Campinas, todas as salas tem computador, e eu registro lá o atendimento. Só que quando eu atendo o paciente, eu registro ele como “consulta médica em atenção básica”, pois não existe nessa informatização um código para “consulta homeopática” (entrevistado número 2)

Estes relatos de experiências mostraram as dificuldades institucionais para se inserir a Homeopatia nos serviços de APS, em virtude de não haver um concurso efetivo para se empregar os respectivos profissionais, que acabam se inserindo na rede pública com outra especialidade. Nesses casos a Homeopatia foi introduzida por vontade própria, a partir do estabelecimento de um diálogo com os coordenadores das unidades para viabilizar algumas horas de atendimento. Outra questão que apareceu foi o fato das consultas em Homeopatia não terem registro, não sendo possível dessa maneira à inserção das informações referentes aos profissionais, aos centros de saúde e à farmácia que oferece medicamentos homeopáticos para os usuários no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES do Departamento de Atenção Básica (DAB) que integra a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do governo federal. Do ponto de vista acadêmico e institucional, acredita-se que essa condição traga invisibilidade com relação ao papel desempenhado pela Homeopatia na APS de Campinas, pois não há instrumentos para avaliar esta prática, em função da sua presença ocorrer informalmente nos serviços.

## REFERÊNCIAS

LUZ, T. M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, T. M. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.

LUZ, T. M. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. In: CANESQUI, A. M. (org.). São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PERES, S. M. P. *Homeopatia e pensamento analógico*. (Dissertação de Mestrado em Sociologia – UNESP). Araraquara, 2003.

PERES, S. M. P. O corpo como linguagem e a linguagem dos sinais. *Humanitas*. v.8, n.1/2, 2005.

PERES, S. M. P. *As Vertentes Terapêuticas em Ilhabela: Transformações Socioambientais, Processos Saúde-Doença e Relações Ser Humano-Natureza*. (Tese de Doutorado em Ambiente e Sociedade – UNICAMP – NEPAM). Campinas, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005*. Geneva: WHO, 2002.

I P I C S N E

## IMPLANTAÇÃO DA PRIMEIRA FARMÁCIA VIVA NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA, TO.

**Juliana de Faria Lima Santos** (Fundação de Medicina Tropical do Tocantins/ FUNTROP, Coordenação de Bioativos e Produtos Naturais);

**Eduardo Pagani** (Associação Médica Brasileira de Fitomedicina/ SOBRAFITO).

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, expressa sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 90% da população mundial utilizam estas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, que possuem 67% das espécies vegetais do mundo (Ministério da Saúde, 2006).

O interesse popular e institucional cresce no sentido de fortalecer a fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público de saúde.

Em consonância com essas diretrizes, o governo brasileiro lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) em 2009. E em 2010 foi instituída a Farmácia Viva no âmbito do SUS.

A experiência mais antiga que influenciou a criação de programas de fitoterapia no Brasil foi o Programa Farmácias Vivas, idealizado pelo professor Francisco José de Abreu Matos da Universidade Federal do Ceará, há mais de vinte anos. É o primeiro programa de assistência social farmacêutica baseado no emprego científico de plantas medicinais desenvolvido no Brasil, tendo por objetivo produzir medicamentos fitoterápicos acessíveis à população carente (Matos, 1998). Após a sua criação no estado do Ceará, tornou-se referência para o do Nordeste brasileiro, posteriormente, para todo o país (Malta et al., 1999).

Desde 2008, o SUS, disponibiliza à população medicamentos fitoterápicos à base de espinheira-santa [*Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek] para gastrites e úlceras e guaco [*Mikania glomerata* Spreng] para tosses e gripes, em diversas apresentações, financiados com recursos da União, Estados e Municípios. Os produtos são oferecidos em 14 unidades federativas.

De acordo com o Ministério da Saúde, na região norte do país apenas três estados pactuaram a distribuição dos fitoterápicos acima citados, dentre eles o estado do Tocantins.

Seguindo inicialmente algumas das propostas desta política, que orienta: “*promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos*” compreendemos como Instituição de Pesquisa em Saúde Pública, a necessidade de se conhecer e avaliar as Experiências Comunitárias com plantas medicinais em Araguaína e ainda outros atores envolvidos do tema, para vislumbrarmos a implantação da primeira farmácia-viva no município de Araguaína, TO.

## **OBJETIVO**

*Pela reconstrução do modelo de cuidado*

Implantar uma Farmácia Viva no município de Araguaína, TO.

## **MÉTODO**

O projeto é realizado no município de Araguaína, norte do Estado do Tocantins, distante 430 km da capital Palmas (ao sul do estado).

Este trabalho iniciado em 2011 pelo grupo de Bioativos e Produtos Naturais da Funtrop possui três etapas, sendo realizado por meio de convênio entre a Fundação de Medicina Tropical do Tocantins [FUNTROP], Associação Médica Brasileira de Fitomedicina [SOBRAFITO], atores comunitários e Assistência Farmacêutica do município.

A primeira etapa consistiu do levantamento dos locais que lidam com plantas medicinais no município, o levantamento das espécies utilizadas e ainda a aceitação pelos prescritores dos medicamentos fitoterápicos, constantes na Relação Nacional de Medicamentos [RENAME] e disponibilizados pela Assistência Farmacêutica do Município de Araguaína, TO.

A segunda etapa consistiu no plantio das espécies encontradas na etapa

anterior em um horto nas dependências da chácara da FUNTROP. O objetivo foi gerar mudas identificadas taxonomicamente e de boa qualidade para utilização nas etapas posteriores.

A terceira etapa, ainda por iniciar, em colaboração com o segundo autor, irá selecionar e capacitar líderes nas diversas profissões de saúde com interesse no tema: médicos, dentistas, médicos veterinários [prescritores], farmacêuticos, enfermeiros, biólogos e agrônomos, com atuação na Rede Pública de Saúde. Este grupo irá propor e executar planos de ação, através de uma Reunião Participativa para a implantação da 1ª Farmácia Viva do Município de Araguaína com a união das diversas capacitações e participação popular.

## RESULTADOS

### 1ª Etapa

Foram mapeados 4 locais que lidam com plantas medicinais, denominados de Experiências Comunitárias, entre eles: Associação Comunitária de Plantas, Saúde e Vida [Acoplasv]; Associação das Mulheres do Setor Tiúba [Casa de Saúde Popular]; Casa de Saúde Alternativa – setor Raizal e Associação dos Trabalhadores Rurais do Vale do Córda – município de Wanderlândia.

Estes locais são espaços destinados ao cultivo, à coleta, a manipulação e a comercialização de produtos à base de plantas medicinais nativas e exóticas. As espécies mais utilizadas, nesses locais são: a carqueja - *Baccharis trimera* (Less.) DC., o guaco - *Mikania glomerata* Spreng, a aroeira - *Schinus terebinthifolius* Raddi, a craíba - *Tabebuia* sp, a arnica - *Solidago microglossa* DC., a terramicina - *Alternanthera brasiliensis* (L.) Kuntze, a insulina - *Cissus sicyoides* L., o ipê-roxo - *Tabebuia avellanedae* Lorentz ex Griseb., a alfavaca - *Ocimum gratissimum* L., o pacová – *Alpinia* sp, entre outras.

Em relação aos fitoterápicos, embora disponibilizados pela Assistência Farmacêutica, três fitoterápicos à base de espinheira-santa, guaco e alcachofra, a maioria dos médicos prescritores do município de Araguaína conhece pouco o tema de fitoterapia e apresenta restrições à prescrição dos medicamentos disponibilizados, exigindo assim fundamentação científica.

### 2ª Etapa

A realização da primeira etapa com as Experiências Comunitárias permitiu a celebração de parcerias e possibilitou a doação de mudas para a implantação do Horto Semear Ciência, nas dependências da chácara da FUNTROP, com 10 canteiros onde estão distribuídas cerca de 55 espécies vegetais divididas em 4 categorias: medicinais, aromáticas/ condimentares, alimentícias não-convencionais e tóxicas ornamentais. Este espaço funciona como pólo de capacitação com ações educativas, extensionistas e teórico-científicas sobre o uso racional das plantas medicinais para a população, estudantes, acadêmicos e profissionais da saúde do município.

A população por sua vez utiliza e aceita o uso de plantas medicinais, visto o número de Experiências Comunitárias elencadas e visitadas.

## CONCLUSÕES

A implantação de farmácias vivas no contexto da PNPIC é viável e exige ações educativas e articulação política.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 . Aprova a Política Nacional Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 84, 2006.
- Malta JR, et al. *Das plantas medicinais aos fitoterápicos – Abordagem multidisciplinar*. João Pessoa: PET-FARMÁCIA/CAPES/UFPB, 1999.
- Matos FJA. *Farmácias Vivas*, 3ª. Edição, Fortaleza: Editora UFC, 1998.

## PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Maísa Mônica Flores Martins** (Graduanda em Enfermagem - UNEB)

**Eugênia da Silva Dourado Paiva** (Graduanda em Enfermagem - UNEB)

**Renata Meira Vêras** (Professora Adjunta do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde - UFBA)

### INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem proposto alguns paradigmas que interferem no processo de trabalho. Os trabalhadores de saúde são convidados a repensar suas práticas e seus valores para uma reestruturação dos serviços de saúde. Dessa forma, passam a ter corresponsabilidade na conquista de um serviço voltado para as necessidades da população (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2010).

Na reorientação da atenção básica, a ESF prevê condições para desempenhar o papel de porta de entrada preferencial para os serviços de saúde. Porém, deve apresenta-se bem organizada para atender de maneira resolutiva as necessidades de saúde da população, assim, permitirá a filtragem ao acesso a níveis de maior complexidade de assistência através de encaminhamentos para a atenção especializada (CORRÊA, 2011).

Para Merhy (2002), as tecnologias podem ser analisadas como leve, leve-dura e dura. Em se tratando das tecnologias leves são aquelas que envolvem o acolhimento, a relação com o vínculo, a tomada de decisões e também a organização do processo de trabalho.

Segundo Merhy e Onocko (2002), o acolhimento se insere na tecnologia leve que direciona na busca do estabelecimento de estratégias de atendimento. Sendo assim, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes da ESF visando proporcionar a resolubilidade para as exigências de saúde.

O Ministério da Saúde defende que o acolhimento está diretamente relacionado com a transversalidade, no qual a relação dos usuários, serviços e

profissionais ocorra de forma integrada com o objetivo de garantir um atendimento de qualidade que solucione as reais necessidades dos usuários (BRASIL, 2004).

Portanto, o acolhimento se configura como o modo de operar os processos de trabalho, de forma a assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários que procuram os serviços de saúde (FALK, 2010).

Neste contexto, é fundamental que os profissionais desempenhem uma atenção individualizada na assistência ao usuário. Portanto, estas mudanças devem perfazer pelo processo de trabalho para que possam atender as demandas que lhes são apresentadas (FALK, 2010).

## **OBJETIVO**

Esse estudo tem como objetivo investigar a produção bibliográfica acerca da percepção dos usuários sobre o acolhimento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada através da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os Descritores: “Acolhimento”; “Atenção primária à saúde” e “Paciente”. Foram determinados como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, na língua portuguesa e publicados no período de 2002 a 2012.

Foram selecionados previamente 19 artigos que abordavam as temáticas: acolhimento e ESF. Após a leitura minuciosa dos resumos foram filtrados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo de revisão proposto, assim, foram extraídos 6 estudos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A comunicação e a escuta qualificada são pontos essenciais no acolhimento dos usuários. Pois, quando ocorre o estabelecimento do diálogo entre profissional de saúde e usuários percebem-se soluções aos problemas de saúde. É evidente que o desabafo presente numa relação de respeito possibilita a aquisição de soluções para dificuldades presentes. Isso demonstra a existência do conhecimento técnico ser acrescido ao conhecimento popular, proporcionando resolutividade para o problema (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2010).

Com base nos achados da literatura os usuários caracterizam como fator importante no acolhimento o encaminhamento a outros profissionais (55,7%), seguidos da resolutividade (28,4%), da rapidez (11,4%) e da atenção (4,5%). Como a atenção básica tem a restrição da baixa complexidade na assistência o encaminhamento a outros profissionais ou serviços de saúde permite ampliar a cobertura e aumenta a resolutividade do cuidado (FALK, 2010).

No entanto, a continuidade do atendimento para os profissionais de saúde é uma dificuldade vivenciada diariamente, pois, a articulação com os setores de níveis de maior complexidade se encontra desestruturada em muitas realidades brasileiras, impedido que a efetividade dos princípios norteadores do SUS sejam assegurados (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2010).

Garantir o acesso aos serviços de saúde e o acolhimento são princípios do SUS que favorecem melhorias nas intervenções de saúde, pois, permite a continuidade do cuidado em qualquer nível de atenção, além de ser questões primordiais para uma assistência de qualidade (CORRÊA, 2011).

Com base na literatura, os usuários destacaram como falta de acolhimento a forma de agendamento na unidade; falhas no acolhimento na recepção; falta de atendimento médico; desorganização das filas; insuficiência de recursos físicos; e falta de atendimento médico especializado (SOUZA, 2008).

A recepção dos usuários nos serviços de saúde é um espaço primordial para que o atendimento ocorra de forma acolhedora, condição essencial para que as necessidades dos usuários sejam satisfeitas de maneira integral. Isso porque o acolhimento tem direta relação com a integralidade do cuidado, sendo necessário uma atuação acolhedora de todos os profissionais (FALK, 2010).

O acolhimento tem papel fundamental na assistência à saúde buscando um cuidado baseado na ética, humanização e cidadania favorecendo a interação e o vínculo entre equipe e a comunidade (CORRÊA, 2011).

Ao analisar o processo de trabalho de uma equipe de ESF, no que se refere ao acolhimento e ao vínculo, é possível identificar que a forma como é conduzida a produção de saúde como resultante da articulação das ações de saúde com a equipe multiprofissional permite perceber a construção do SUS (SCHIMITCH; LIMA, 2004).

O atendimento desejado os usuários permeia os direitos individuais e sociais. Ao analisar os estudos sobre o significado de se sentir acolhido pelos serviços de saúde os usuários expressam dois sentimentos - o primeiro de caráter pontual, na busca de soluções para suas necessidades e o segundo, de caráter subjetivo, que envolve as questões éticas, a atenção dispensada com respeito. Tudo isso, reafirma a direta relação do acolhimento com as atitudes dos sujeitos envolvidos. Para os usuários, significa a postura de quem acolhe, a qualidade do atendimento refletido pelo respeito ao ser humano, suas fragilidades e às demandas (BREHMER; VERDI, 2010).

No acolhimento do usuário, a equipe de saúde, através da escuta qualificada permite o estabelecimento do vínculo deixando o usuário mais a vontade para um maior envolvimento no processo do cuidado. Além disso, o profissional ao conhecer o usuário e seus problemas, com um vínculo firmado desenvolve além da relação, responsabilização, orientação e resolutividade. Esse resultado é garantido pelo envolvimento de toda equipe, comunidade e instituições (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

Franco e Merhy trazem que o atendimento que é realizado com base no acolhimento requer uma reorganização no processo de trabalho, para que seja desenvolvido por uma equipe multiprofissional, além de qualificar a relação entre os trabalhadores de saúde e usuários, baseando-se sempre na humanização e cidadania (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2010).

Como a Estratégia de Saúde da Família é um serviço que visa práticas centradas no usuário, segundo Merhy, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, resolver, autonomizar e responsabilizar, o usuário neste contexto precisa ter autonomia garantida. Sendo assim, o trabalho em saúde deve investir em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo, ou seja, valorizar as tecnologias leves (SOUZA, 2008).



O trabalho em saúde deve incorporar as tecnologias leves para a conquista de um serviço voltado para as necessidades da população, um atendimento integral e humanizado. É preciso fortalecer o uso do diálogo como forma de apoiar e estimular a criatividade e a singularidade presentes no trabalho em saúde.

O acolhimento nos coloca a refletir na proposta de os profissionais conseguirem desenvolver suas atividades de forma humanizada e não mecanicamente, poderão ter como produto um serviço de qualidade que gera satisfação para funcionário e benefícios dos usuários, isso com a reorganização do processo de trabalho no qual o usuário seja visto como ser humano.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da saúde; 2004.

BREHMER, L. C. de F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexão ética sobre a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. Santa Catarina. V. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O Acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Fortaleza. V. 33, nº 3, p. 440- 452, 2010.

CORRÊA, A. C. de P.; et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 32, nº 3, pag. 451-7. Porto Alegre, 2011.

FALK, M. L. R.; et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista APS**. Juiz de Fora. V. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

OLIVEIRA, L. M. L. de; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. da. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**. Minas Gerais. V. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

SCHIMITCH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S.; Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V. 20, nº 3, p. 1494-1494, Nov-dez, 2004.

SOUZA, E. C. F. de.; et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V. 24, sup. 1, p. 100-110, 2008.

## HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E O PERMANECER SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Eugênia da Silva Dourado Paiva** (Graduanda do 7º semestre de Enfermagem – UNEB).

**Maísa Mônica Flores Martins** (Graduanda do 9º semestre de Enfermagem – UNEB).

**Fabiane Soares Gomes** (Enfermeira. Graduada pela UNEB).

### INTRODUÇÃO

O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, com o objetivo de desenvolvê-las nos processos de gestão do cuidado, em todos os âmbitos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) (AYRES, 2005). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) – Humaniza SUS –, que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nas práticas de gestão e da atenção (BRASIL, 2006).

A fim de fortalecer essa política, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) implantou, em 2008, o Programa PERMANECER SUS, que visa à humanização e a melhoria do atendimento da assistência, nas emergências de grandes hospitais públicos de Salvador (BAHIA, 2008 apud GOMES, 2012). Este programa é desenvolvido pela Coordenação Estadual de Humanização, por meio da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES), vinculada a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) e tem como parceiros a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e a Universidade Católica de Salvador (UCSAL) (BAHIA, 2013).

O PERMANECER SUS tem como finalidade a implementação do acolhimento aos usuários e acompanhantes nas emergências, mediante escuta qualificada e acionamento da rede interna, garantindo a satisfação do usuário e a resolutividade das ações da assistência (BAHIA, 2008 apud GOMES, 2012). O programa busca integrar educação, formação e serviço – em específico de estudantes de bacharelado interdisciplinar em saúde, enfermagem, fonoaudiologia, medicina, psicologia e serviço social –, aproximando os estudantes ao SUS e qualificando-os para mais tarde ingressar no mercado de trabalho (BAHIA, 2013; LACERDA, 2009).

Acolher significa oferecer ou obter refúgio, proteção, ou conforto físico; proteger-(se), abrigar-(se), amparar-(se) (HENNINGTON, 2005). Logo, o acolhimento deve ser desenvolvido em todos os espaços que se constitui assistência, por toda equipe envolvida, a partir do acionamento de redes internas e externas, sempre que necessário, implicando na resolutividade das demandas identificadas em cada caso (BRASIL, 2009). E nesse contexto, os estagiários do PERMANECER SUS oferecem acolhimento, através de uma escuta qualificada, aos usuários do SUS e seus acompanhantes nas emergências de grandes hospitais

públicos de Salvador, promovendo a resolução de ações da assistência, e ao mesmo modo conhece a realidade do SUS e as necessidades da população, no que tange a saúde.

## OBJETIVO

Relatar e discutir experiências vivenciadas durante período de estágio do PERMANECER SUS em um hospital público de emergência geral do município de Salvador – BA.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma estudante de enfermagem, bolsista do programa do estágio não obrigatório PERMANECER SUS, realizado na emergência de um hospital público do município de Salvador – BA, no período de Março de 2010 a Março de 2011.

Os dados foram coletados a partir dos acolhimentos que a estudante realizou durante o estágio, sendo estes realizados na sala de espera, juntamente com a equipe de classificação de risco, e nos corredores da emergência do hospital. O acolhimento se dava a partir de uma busca ativa realizada pela estagiária ou por uma abordagem de um paciente e/ou acompanhante, em ambos os locais.

No momento do acolhimento ao usuário, a estagiária apresentava o programa PERMANECER SUS, e, por meio de conversas e da escuta qualificada, era realizada a coleta de informações com o propósito de identificar as demandas dos pacientes e acompanhantes e, posteriormente, tentar resolver ou amenizar os problemas que dificultavam o atendimento e a qualidade da assistência, acionando, sempre que necessário, os sujeitos responsáveis que pudessem dar respostas às demandas identificadas.

## RESULTADOS

A recepção dos usuários na unidade de emergência do hospital ocorre na sala de espera, espaço também de atuação dos estagiários do PERMANECER SUS. Em algumas situações, já nesse primeiro contato com a unidade, o usuário que busca atendimento de urgência/emergência encontra algumas dificuldades que permeiam a assistência, sejam relacionadas à carência de recursos materiais e humanos, à falta de comprometimento de alguns profissionais ou à sobrecarga de serviços para equipe de saúde, o que promove um ambiente estressante e comprometedor ao cuidado e à humanização da assistência.

Dentre os problemas mais recorrentes, pode-se citar: ausência de informações sobre o estado de saúde, diagnósticos, prognósticos e necessidades de realização outros exames complementares; resultados de exames complementares e prontuários perdidos ou de difícil acesso; medicações realizadas fora dos horários previstos; acompanhantes dos doentes sem a devida alimentação; equipamentos de diagnóstico quebrados ou insuficientes; escassez de recursos humanos; falta de leitos adequados na unidade e dificuldades de regulação de pacientes com indicação para outras unidades.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em meio a esse cenário, o PERMANECER SUS tenta “desatar os nós” que dificultam a assistência, promovendo a humanização dessa a partir da escuta qualificada frente aos usuários e acompanhantes, e resolutividade das demandas identificadas em cada caso, acionando outros profissionais que sejam necessários para resolução do problema encontrado.

Muitos problemas identificados eram de simples resolução, porém – por falta de organização da unidade, sobrecarga de trabalho que acometia toda a equipe, precárias condições de trabalho ou por descuido dos profissionais – passavam despercebidos pela equipe de saúde.

Os pacientes que tinham a oportunidade de ser acolhidos ficavam extremamente gratos, pois tinham a chance de ser atendidos de forma humanizada, embora, em determinados momentos, não tivessem seus problemas sanados. Porém, de modo geral, ficavam gratos e satisfeitos pelo simples fato de serem ouvidos e tratados respeitosamente.

A experiência promoveu momentos para o autoconhecimento pessoal e profissional, e permitiu reflexões acerca das possibilidades de construção do processo humanístico interpessoal no ambiente de emergência. A partir das experiências vivenciadas, foi possível perceber mais apuradamente a importância de se enxergar e escutar o outro, promovendo um bom relacionamento interpessoal, principalmente na área da saúde em que os pacientes tendem a se encontrar fragilizados devido a enfermidade acometida.

Assim, o PERMANECER SUS proporciona aos estudantes de saúde essa experiência com a realidade dos serviços de emergência de hospitais públicos, promovendo uma assistência com o foco no cuidado, no escutar, enxergando o outro em sua integralidade, dando-lhes o que é de respeito: atenção. Desde modo, o programa contribui com a melhoria dos serviços de saúde de urgência/emergência de hospitais do estado da Bahia e, principalmente, colabora com a formação e capacitação de futuros profissionais que atuarão na assistência à população.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/index.php?option=com\\_content&view=article&id=272&Itemid=205](http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=205)> Acesso em: 24 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GOMES, F. S. **A formação de estudantes de graduação para o Sistema Único de Saúde**: A contribuição do Programa Permanecer SUS. 2012. Monografia (graduação em Enfermagem) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 256-65, 2005.

LACERDA, K. M. **Acolhimento nas unidades de emergências públicas de saúde**: o caso da tecnologia “Permanecer SUS” no Hospital Geral Roberto Santos. 2009. Dissertação (Especialização em gestão de tecnologias em saúde) – Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador.

## O CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: CONSTRUINDO VÍNCULOS E LAÇOS SOCIAIS

Kézia de Oliveira Nascimento Souza<sup>38</sup>; Ângelo Souza Lobo<sup>39</sup>; Marcus Vinícius de Oliveira Silva<sup>40</sup>.

### INTRODUÇÃO

O Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC) é fruto da parceria entre o Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, através da articulação do professor/orientador Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva, e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Oswaldo Camargo em Salvador – BA. Trata-se de um programa de acompanhamento aos pacientes psicóticos com proposta de fortalecimento dos vínculos, que para os pacientes e sua rede familiar, estão bastante fragilizados, seja pelo recorrente quadro de crise, seja pela dificuldade encontrada pelos cuidadores familiares em não dispor de tecnologias que o apoiem no trato com seus entes com algum transtorno mental.

Com a finalidade de propor um modelo de cuidado em saúde mental, numa abordagem tão complexa como a encontrada com pacientes psicóticos, o PADAC carrega a concepção de tecnologias leves e de amplo alcance para substanciar suas ações. Segundo Merhy & Feuerwecker (2009), a busca objetiva do

<sup>38</sup> Kézia de Oliveira Nascimento Souza (Universidade Federal da Bahia, discente)

<sup>39</sup> Ângelo Souza Lobo (Universidade Federal da Bahia, discente)

<sup>40</sup> Marcus Vinícius de Oliveira Silva (Universidade Federal da Bahia, professor)

problema biológico tem levado a que, a ação do profissional de saúde esteja pautada em procedimentos, esvaziados de interesse no outro, com escuta empobrecida, perdendo assim, a sua dimensão do cuidado. Nesse sentido, o uso de uma tecnologia que leve em consideração o sujeito e sua dimensão biopsicossocial, respeitando a sua singularidade e estando em consonância com a reforma psiquiátrica, é fundamental para uma melhor atenção e cuidado em saúde destes usuários.

Entendendo que os pacientes psicóticos sofrem um distúrbio do vínculo na relação com o mundo (PICHON-RIVIÈRE, 1988), ou seja, que estão com certa dificuldade de significar o mundo e manter relações duradouras e relevantes para sua própria saúde, o PADAC possui uma atuação que visa à facilitação do estabelecimento destes vínculos com os usuários, a sua família e a sua rede social. Acreditando que os sujeitos buscam um acolhimento mais efetivo em seu tratamento nos serviços de saúde, enfrentamos a situação de crise como uma possibilidade para a inovação, convocando novas formas de pensar o tratamento em suas atuais modalidades de assistência a saúde mental.

Ao enfatizar a proposta de radicalização do cuidado, propomos assim uma intensificação do cuidado com os sujeitos imersos em sua própria comunidade e cotidiano. A atenção é domiciliar, mas não se restringe a residência da família, o modelo proposto pelo programa, alcança as redes secundárias dos usuários, provocando novas possibilidades destes, nos circuitos em sua comunidade. Tal ideia existe em consonância com a ampliação da clínica, enxergando aí um dispositivo de transformação dos modelos vigentes na saúde mental no Brasil. A concepção de *setting* terapêutico é revisada constantemente, buscando uma melhor adequação para as particularidades dos sujeitos atendidos pelo programa. Esta ampliação da clínica se mostra efetiva à medida que o acompanhamento é realizado em diversos contextos e com o cuidado necessário para compreender os pacientes em sua totalidade, não se resumido a necessidades somente biológica, social ou psíquica. Entendemos que os sujeitos em sua completude possui todas estas dimensões e, que em seu acompanhamento esta ideia deve ser colocada em prática em sua máxima potência para o benefício dos mesmos e, que qualquer redução seria falaciosa e contraproducente.

## **OBJETIVO**

O direcionamento deste programa é exercer junto ao CAPS um cuidado intensivo a pacientes psicóticos e suas famílias, nos momentos que estes mais prescindem de um acolhimento humanitário; momentos onde os usuários não aderem o tratamento na unidade e/ou na comunidade próxima, e assim, se

distanciam dos serviços que lhe são ofertados. Para concretizar este objetivo buscamos realizar um matriciamento dos sujeitos para a unidade de referência, mas sem perder de vista as necessidades que em cada caso se mostram bastante peculiares. Através do vínculo que ao longo do acompanhamento vai se tecendo, buscamos orientar os pacientes a ocuparem os espaços da cidade, sendo que os serviços substitutivos se colocam como excelente espaço de transição para a sua cidadania.

Assim como o foco da atenção não está centralizada no domicílio, também não coloca o sujeito usuário como único foco de atuação, se estendendo para a família e redes vizinhas. Em muitos casos atendidos pelo programa, a atenção oferecida transita entre outros atores da cena que vai se construindo, promovendo assim, além de um cuidado intensivo aos pacientes, também posturas mediadoras com a família, que em muitos casos não possuem repertórios suficientes para o convívio com as particularidades dos sujeitos com transtornos mentais.

Para a realização de encontros produtivos, no que diz respeito à saúde psíquica dos pacientes, em nossas visitas domiciliares nos baseamos na possibilidade que se abre quando os usuários se sentem acolhidos, cuidados e percebem que seus direitos são colocados em evidência. Seguindo uma concepção semelhante à proposta por (MERHY, 1998) quando relata que estes momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação; observamos que a atenção domiciliar é produtora efetiva na construção de novas direções no tratamento e nos laços da vida destas pessoas e que a norma ambulatorial vigente com predominância de tecnologias pesadas, devem ser constantemente atualizadas.

A finalidade última é então, a autonomia dos usuários em seu tratamento, direcionando o cuidado necessário ao que lhe constitui como mais singular, que é sua vida cotidiana, seus desejos e suas angustias. Caminhando no sentido oposto ao da segregação em hospitais psiquiátricos, os sujeitos se veem diante de uma nova proposta, que os coloca como ativos e não mais passivos, sendo protagonistas em torno do seu tratamento. Tendo em vista ainda, o objetivo de consolidar através da lógica do acompanhamento terapêutico, o exercício pleno de sua cidadania e concretização dos direitos civis, sendo auxiliados na retirada de documentos e demais aspectos que lhes garantem cidadania.

## **MÉTODO**

A equipe do PADAC é formada por estudantes de psicologia da UFBA que estão matriculados na disciplina Estágio Supervisionado e pelo professor Dr. Marcus Vinicius que supervisiona e orienta a atuação da equipe. O trabalho é realizado por duplas de estagiários que atende o usuário do CAPS em sua residência ou no espaço onde ele se encontram. Os atendimentos também envolvem a família e a rede social (vizinhos, amigos, familiares distantes, serviços e ambientes frequentados pelo usuário). Semanalmente a equipe do PADAC participa da reunião com a equipe multiprofissional do CAPS, a fim de apresentar a evolução e discutir aspectos e as possibilidades de intervenções em cada caso.

Nos atendimentos são desenvolvidas diversas atividades que incluem o acompanhamento terapêutico, com momentos de lazer, participação cultural e social, assim como se faz necessária a mediação de conflitos entre o usuário, a família e o serviço de saúde. Atuação intersetorial junto à assistência social (CRAS) e demais serviços de saúde (PSF, Ambulatório, Hospital Psiquiátrico), acompanhamento às consultas psiquiátricas e oficinas no CAPS e perícias médicas no INSS, além de encaminhamentos para clínicas de outras especialidades médicas, ou atendimento psicológico para demais membros da família.

## RESULTADOS

Este programa foi iniciado no segundo semestre de 2008 e permanece em vigência em 2013, sendo que ficou suspenso durante dois semestres em 2010. Ao longo desses sete semestres, contou com a participação de 38 estudantes de psicologia contribuindo em larga escala para a formação em saúde e, atendeu cerca de setenta pacientes em crise modificando substancialmente as formas do agir das famílias no que tange ao relacionamento com os usuários e sua forma de estar no mundo.

Assim como cada sujeito possui sua singularidade, as famílias também possuem características que lhe são próprias e, como cada uma enfrenta a situação de crise e encara a proposta do programa, contribui diferentemente no andamento dos casos. De modo geral o que vemos são redes fragilizadas pelo estigma da loucura e por dificuldades em várias dimensões, sejam elas econômicas, sociais ou psíquicas. Com o quadro de dificuldade instalada nos utilizamos do vínculo para propor uma aproximação entre o serviço, o paciente e a sua família. Assim sendo, os resultados vão se acumulando e levando o tratamento para a consolidação do fazer presente na intensificação dos cuidados. Os usuários vão conquistando outros espaços, conseguindo desenvolver atividades, crescendo em contextos laborais, estabelecendo novas relações e ampliando sua rede de convivência.



A partir desta experiência é possível observar a evolução dos pacientes que se sentem acolhidos e atendidos em suas necessidades. As famílias tornam-se mais engajadas no tratamento, diminuindo pontos de tensão dentro do domicílio, assim como na maioria dos casos uma forte aderência da rede ao tratamento acarretando numa aproximação do serviço ao sistema familiar do paciente. Observamos ainda que os sujeitos conquistam maior autonomia e conseguem estabelecer novas relações construindo laços sociais que estavam embotados e, com a ocorrência de mudanças em suas posições subjetivas, os usuários transformam situações que estavam cristalizadas, em interações mais benéficas, contribuindo para a estabilização do quadro de crise que estava instalado com a demanda inicial.

A relação dos estagiários com o usuário abordado em sua residência, junto a sua família é permeado com muita cautela e responsabilidade originando uma produção de cuidado que tende a ser exitosa no oferecimento de novas possibilidades no contato destes sujeitos com os outros do mundo e suas relações sociais.

## REFERÊNCIAS

Pichon-Rivière, E. A teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Em E. E. MERHY (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público*. Ed. Xamã: São Paulo;

Merhy, E. E. & Feuerwerker, L. C. M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Ana Cristina de Souza Mandarino; Estelio Gomberg. (Org.). *Leitura de novas tecnologias e saúde*. Edufba: Salvador, v. 1, p. 29-56.

## VIVÊNCIAS LÚDICAS INTEGRATIVAS COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP/RN.

**Guierta Rosane Alves** (Autora: Atriz, Técnica da SESAP/RN para o setor de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde);

**Iara Alves Feitoza Sangi** (Autora: Enfermeiranda da Universidade Potiguar, Estagiária da SESAP/RN para o setor de Vigilância Epidemiológica SIM/SINASC);

**Frankleide Moraes de Matos** (Coautora: Jornalista, Terapeuta, Técnica da SESAP/RN para o setor de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde);

**Mércia Maria de Santi Estácio** (Orientadora: Professora, UFRN).

## **INTRODUÇÃO**

A SESAP-RN instituiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), por meio da portaria nº 274 de 27 de junho de 2011. Baseando-se na orientação do Ministério da Saúde para elaborar normas técnicas para implantação da política estadual e em consonância com a (PNPIC) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A PEPIC visa garantir a integralidade na atenção à saúde, tendo como arcabouço teórico uma visão diferenciada de fazer saúde, focando na prevenção, promoção da saúde, e qualidade de vida, pautadas no cuidado humano. As vivências lúdicas integrativas integram um dos eixos das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde), que propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio da integralidade da vida.

O lúdico possibilita vivências de alegria, descontração física, elevação da autoestima, redução do stress por meio do riso e resgate da criança interior do indivíduo. Platão relatou o quanto você pode aprender mais sobre uma pessoa em uma hora de brincadeira do que uma vida inteira de conversação. Abordamos neste estudo a experiência vivenciada pelos servidores da Secretaria de Estado da Saúde Pública-SESAP/RN por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde com a realização das Vivências Lúdicas Integrativas, adotando o palhaço como ferramenta educacional nos eventos comemorativos em alusão a saúde, bem como nas capacitações, fóruns, conferências e oficinas educativas, evidenciando a importância da alegria e do riso como um elo socializador, bem como uma estratégia para promoção a saúde. A compreensão de que o riso melhora a qualidade de vida, previne doenças e promove saúde, reaparece com força na década de 60, com a terapia do riso, movimento ligado aos novos saberes e práticas em saúde coletiva (CAMPOS 2009). Inicialmente o projeto contemplava somente os servidores da SESAP/RN, porém os convites para outros eventos como abordar a temática da Dengue nas escolas de forma lúdica e ainda com diálogos na casa de apoio a criança com câncer usando o riso e o dialogo, recursos naturais, utilizados nos encontros com o intuito de favorecer a aceitação do diagnóstico. Segundo Martins, o brincar e a resiliência frente às frustrações possui uma relação muito próxima, uma vez que integra aspectos de uma realidade desagradável no próprio projeto de vida, ajudando as famílias a verem as coisas em um contexto mais amplo favorecendo a organização de suas vidas.

## **OBJETIVO**

Melhorar a assiduidade e interesse nos eventos da SESAP, fortalecer vínculos, através de atividades lúdicas integrativas por meio do riso, dramatização, desempenho artístico a fim de repassar informações sobre temas de saúde aos servidores da SESAP-RN, bem como ser uma ferramenta para redução do stress, elevação da autoestima, visando um ambiente de trabalho mais harmonioso, agradável e motivado.

## **MÉTODO**

Durante a realização dos eventos do Programa de Qualidade de Vida “Saber Viver” e capacitações promovidas por setores da secretaria, especificamente no momento de divulgação no universo de todos os servidores da SESAP/RN, utiliza-se o recurso humano de forma engraçada e humanizada, adotando o palhaço e outros personagens cômicos da literatura integrados como ferramenta educacional. A atuação ocorre como um telegrama vivo que interage com o público, oportunizando pausas para ouvir, rir e receber a mensagem, convidando para participar das atividades. Ressalta-se também que durante as aberturas e programações desenvolvidas pelos setores, a abordagem é feita de forma lúdica com dramatizações, performances artísticas com o uso de fantasias, maquiagem e objetos, caracterizando o tema a ser discutido, de forma alegre e descontraído, quebrando o protocolo formal dentro da secretaria. Posteriormente ao evento realizaram-se entrevistas abertas com as questões norteadoras: Como você percebe as vivências lúdicas no seu cotidiano de trabalho? As vivências lúdicas trazem alguma contribuição pra melhorar sua qualidade de vida?

## RESULTADOS

Dentre os relatos dos servidores destacamos o quanto o ambiente de trabalho tornou-se mais saudável, com relações humanas harmoniosas e solidárias, fortalecendo vínculos, motivando, aumentando a frequência e participação mais assídua nos eventos. Uma parcela dos servidores relatou que as brincadeiras e risos contribuíram para reduzir o stress, a desmotivação e o cansaço, o que fica comprovado no estudo publicado pela revista Veja 2011, que divulga um estudo britânico da Royal Society, onde concluiu que 15 minutos de boas risadas aumentaram o nível de tolerância a dor em cerca de 10%, o que evidencia que rir realmente é o melhor remédio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que as vivências lúdicas e a prática do brincar diariamente no ambiente de trabalho, alivia tensão, socializa, estabelece vínculos, trabalha a singularidade pessoal, explora corporeidade, reduz o stress, construindo valores a partir do social. Acreditamos no conceito defendido e abraçado por autores citados nesse estudo, de que saúde é alegria. Sentimos na pele que os saberes da dialogia do riso enquanto ferramenta constitui uma excelente estratégia no enfrentamento da adversidade do adoecimento humano. Estimula a generosidade humana, favorece a formação de vínculos, estimulando a cooperação e mudanças de atitudes entre os servidores. O palhaço é um excelente instrumento de divulgação e promoção da saúde, uma vez que tem um alto poder de comunicação e educação, pois, gera encanto, beleza e saúde. (CAMPOS 2009) A vivência lúdica estimula o aprendizado, uma vez que motiva os ouvintes a focarem sua atenção na temática que será exposta, favorecendo a concentração. Este processo fica evidenciado através dos relatos dos servidores que o convívio tornou-se acolhedor, facilitando a interação, promovendo o processo de socialização e comunicação. Como bem colocou Robin Dunbar, que poucas pesquisas têm sido feitas sobre o porquê rimos e qual o papel do riso na sociedade, notamos a necessidade de mais estudos nesse sentido, uma

vez que os estudos realizados até o momento mostram a grande relevância deste tema.

## REFERÊNCIAS

I. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Subcoordenadoria de Ações de Saúde, Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde- PEPIC-SUS, Natal-RN: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2011, 10 – 1.

II. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde de Brasília, Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNIPIC-SUS, fevereiro 2006, 26 - 8.

III. Martins MF, IPA-BRASIL Associação Brasileira pelo Direito de Brincar: O homem lúdico, São Paulo: SP, 2006. Disponível em: <http://www.ipa-br.org.br>. Acesso em: 10 jun 2012.

IV. Campos MV, Alegria para saúde: a arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de saúde, Instituto Oswaldo Cruz: [Tese-Doutorado em Ciências da Saúde] Rio de Janeiro. 2009.

V. Estácio MMS, Um olhar sociológico sobre a criança e o brincar. Coleção Dissertações e Teses do CCHLA-UFRN. Natal: EDUFRN, 2011, 32 - 35.

IV. Zatz M. Rir é o melhor remédio. Transinf [Internet]. 2011. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/blog/genetica/pesquisas/rir-e-o-melhor-remedio/>. Acesso em 11 ago 2012.

PEPIC-NE  
Complementares em Saúde  
Pela reconstrução do modelo de cuidado

## DANÇA CIRCULAR SAGRADA: ACOLHIMENTO MAIS HUMANIZADO NO MUNICÍPIO DE RECIFE

**Maria Ignês de Araújo Mandes** (Assistente Social da Unidade de Cuidados Interativos da Prefeitura da Cidade do Recife);

**Dra. Tânia Lago Falcão** (Professor Doutor da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco).

## INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida da população se dá, entre outras coisas, pelo desenvolvimento na área de saúde. Podemos considerar que o avanço nesta área trouxe para a população em geral uma série de benefícios, como também ações negativas que, muitas vezes, não são levadas em consideração. A sociedade

moderna nos dá pouca oportunidade de pensarmos na qualidade de nossas vidas. Como consequência desse modelo, temos, também, o sedentarismo influenciando negativamente sobre nossa mobilidade.

Segundo Ribeiro (2007:133), “a vida é movimento. E é esse movimento o responsável por beneficiar seu corpo e enriquecer seu cérebro”. A necessidade do movimento sempre esteve presente no dia a dia da humanidade. Está associada a um estilo de época desde o tempo em que os nossos ancestrais, há milhares de anos atrás, caminhavam incessantemente em busca de atender as suas necessidades básicas, seja para alimentar-se, proteger-se ou mesmo vestir-se. Com o passar dos tempos, o movimento físico do homem, em sua rotina diária, sofreu modificações e as necessidades básicas foram acrescidas de outras de acordo com o contexto sociocultural. Tornou-se menos uma atividade espontânea e passou a ser mais condicionada pelo desenvolvimento da tecnologia, diminuindo gradativamente a necessidade de movimentação e esforço físico. Contudo, o corpo precisa movimentar-se por questões de saúde, de crescimento saudável e envelhecimento com mais autonomia.

Nesse contexto, torna-se importante reportar à Portaria Ministerial nº 687/2006, de 30/03/2006 que aprovou a Política de Promoção à Saúde, na qual, em seu anexo I, ficou definido como objetivo geral: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionada a seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços”.

Brasileiro e Marcassa (2008:200-201) consideram que na atividade física, denominada a partir do século XIX de ginástica, quando da elaboração de novos projetos educativos, o movimento, os comportamentos e as práticas corporais ganharam importância e destaque. Porém, antes desse período, a ginástica “era associada a um conjunto amplo de exercícios corporais, envolvendo corridas, jogos, lutas, cantos, dentre outras atividades, inclusive a dança”.

Em relação à dança, Brasileiro e Marcassa (2008:201) argumentam que existem registros históricos de que seja “uma das primeiras manifestações artísticas do ser humano, nas quais, através do seu movimento, eram simbolizados rituais e evocações sobre diferentes esferas da vida”.

A dança passou por várias transformações no curso de sua história, seja realizada individualmente ou em grupo, podendo ser estimulada pelo som de uma música ou mesmo de um instrumento. Cada grupo dançante, à medida que vai se descobrindo, constrói sua própria identidade e conseqüentemente sua ou suas próprias danças.

As danças de roda incluindo a Dança Circular Sagrada também estiveram presentes por toda parte, vinculadas a ritos religiosos. As primeiras vivências com as Danças Circulares Sagradas, como forma de meditação, surgiram em Findhorn, nordeste da Escócia, na década de 60, com Bernhard Wosien, alemão, bailarino, pedagogo da dança, coreógrafo, desenhista e pintor. A partir de então, as danças circulares sagradas tiveram grande expansão em todo mundo.

Para Wosien (2000:26), o corpo em movimentos repetitivos, como nas danças em círculo, exala um sentimento de alegria para quem dança. Como também, um clima de harmonia entre as pessoas, mesmo que não se conheçam. A partir dessa observação, a Dança Circular Sagrada deixou de ser reconhecida só como um ato religioso propriamente dito. O “sagrado” passou a ser concebido numa perspectiva mais ampla, para elevação do espírito humano, para uma transcendência maior.

Wosien (2000:43) afirma, ainda, que “a dança não é apenas um meio ideal de encontrar-se-a-si-mesmo, mas também de encontrar-se-com-a-comunidade, de forma que o passo de cada um encontra a sua expressão viva no grupo”.

Nesse contexto, a portaria nº 122/2012, de 06/07/2012 do caderno do Poder Executivo da Prefeitura da Cidade do Recife, edição nº 108, no seu art. 1º define Práticas Integrativas e Complementares (PIC), como “sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens buscando estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.”.

Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são: a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente o autocuidado. Conforme ressalva a Portaria nº 399 de 22/02/2006, da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde “onde enfatiza as necessidades de saúde da população e aposta na cooperação solidária entre trabalhadores e usuários”.

Considerando esses pressupostos, este trabalho se constitui como projeto de intervenção, a ser desenvolvido na Rede de Saúde do Recife, propondo estratégias que favoreçam uma assistência integral a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Concomitantemente, resultam em ações mais humanizadas nesse atendimento, utilizando atividades de movimento corporal, através da dança.

## OBJETIVOS

Sensibilizar Gestores de unidades da rede municipal de saúde, para a compreensão da Dança Circular Sagrada como prática sanitária;

Realizar experiência de adoção da Dança Circular Sagrada nessas unidades de saúde, enquanto atividade física de promoção da saúde e prevenção de doença, desenvolvida com grupos de usuários;

Promover acolhimento mais humanizado a esses usuários do serviço e equipes de saúde;

Estimular a formação de multiplicadores na Dança Circular Sagrada.

## METODOLOGIA

Este projeto de intervenção comporta um plano de ação a ser desenvolvido seguindo algumas etapas. Em um primeiro momento, apresentação do Projeto aos Gestores, através de duas reuniões com duração de uma hora cada, pré-agendadas com os Gestores do Distrito Sanitário II e Gerente de Território. Objetivando sensibilizar os Gestores, para a Dança Circular Sagrada em Unidades de Saúde da Rede Pública. O público a quem se destina será o Gestor do Distrito Sanitário II e Gerente de Território do PSF Dr. Luiz Wilson, como também ao Coordenador do Programa da Saúde Família Dr. Luiz Wilson.

Outro momento acontecerá a apresentação da Dança Circular Sagrada e vivência em quatro encontros as grafias (música, ritmo, gestos, movimentos do corpo), através de quatro Oficinas, com o tempo de execução de duas horas quinzenalmente: A 1ª o acolhimento através da Dança com música de saudação; A 2ª Oficina com exposição teórica, discussão da bibliografia específica e discussão

visando adesão dos participantes; A 3ª Oficina é o Vivenciar da Dança Circular Sagrada; E finalmente a 4ª Oficina com o Vivenciar da Dança Circular Sagrada e avaliação da experiência, objetivando habilitar os participantes a atuarem como facilitadores da Dança Circular Sagrada. O público a quem se destina, são os profissionais do Programa de Saúde da Família da Unidade Dr. Luiz Wilson indicados pelos gestores.

## RESULTADOS ESPERADOS

A proposta enfatiza o aprendizado coletivo mediante composição e manutenção de grupos com adultos, jovens e idosos, que resultam em melhoras significativas nas relações interpessoais dentro e fora do espaço utilizado. Esperam-se, ainda: Apoio dos gestores ao projeto, com a apreensão da importância da Dança Circular Sagrada, como prática válida, eficaz e eficiente, compatível com o que se espera de uma atividade assistencial integrativa e complementar; Estímulo à expansão e implantação da Dança Circular Sagrada em outras unidades do Distrito Sanitário II, bem como em outros Distritos da Rede Pública de Saúde do Recife; Formação de multiplicadores na Dança Sagrada; Promoção de mais dignidade e respeito na assistência a usuários e condições de trabalho de profissionais, pela criação de ambientes mais harmônicos e satisfatórios; Fortalecimento da relação entre equipe de saúde, usuários e gestores; Melhoria na situação de saúde-doença dos participantes da Dança Circular Sagrada, enquanto terapia integrativa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto busca o fortalecimento do conhecimento teórico em relação ao papel e a força da música e do movimento, salientando a expressão corporal como libertadora de tensões e promotora do equilíbrio físico e emocional. Além disso, estimula também a formação de multiplicadores, na medida em que a vivência permite a reflexão acerca da universalidade, integralidade e equidade na assistência prestada, preconizadas pelo SUS. Por fim, reconhece a atividade lúdica presente na Dança como uma forma de acolhimento, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Assistência na Saúde, mote e meta do Ministério da Saúde para atendimento integral ao usuário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASILEIRO Lívia. T., e MARCASSA, Luciana P. **Proposições. Linguagens do corpo: dimensões expressivas e possibilidades educativas da ginástica e da dança.** Disponível em [www.scielo.br/pdf/pp/19n3/19n3a3a10pdf](http://www.scielo.br/pdf/pp/19n3/19n3a3a10pdf). [Acesso em: 07/09/2012.](#)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Portaria Ministerial nº 687/06 de 30/03/2006 (Política de Promoção à Saúde). Brasília.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE (2012). Portaria Municipal nº 122/12 de 06/07/2012; **Caderno do Poder Executivo** (Práticas Integrativas e Complementares – PIC). Recife.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE(2009). **Recife em defesa da vida** Recife.

PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. **Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.**

RIBEIRO, Nuno Cobra. (2007). **A semente da vitória**. 5ª ed. São Paulo: Senac.

WOSIEN, Bernhard (2006). **Dança – um caminho para a totalidade**. 2ª ed. São Paulo: Triom

## **APOIO MATRICIAL COMO UMA PRÁTICA INOVADORA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Imanoele Lopes de Oliveira Nery** (UFRB, discente, bolsista PET AD);

**Milla Barsanúfio Machado Ribeiro** (Psicóloga Clínica/Terapeuta Cognitiva, Orientador/preceptor do PET AD);

**Nariana Oliveira Souza** (UFRB, discente, bolsista PET AD);

**Thiago Rebouças Peixoto de Almeida** (UFRB, discente, bolsista PET AD);

**Suely Aires Pontes** (UFRB, Professor, Orientador/tutor do PET AD).

### **INTRODUÇÃO**

O matriciamento constitui-se pela interlocução entre duas ou mais equipes de saúde que criam propostas de intervenção pedagógico-terapêuticas à comunidade. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. (Brasil, 2011).

Segundo Campos e Domitti (2007 apud Brasil, 2011) a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde: apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O matriciamento é um arranjo institucional recentemente incorporado pelo Ministério da saúde (Brasil, 2003) como estratégia de gestão para a construção de



uma rede ampla de cuidados em saúde mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização. (Sousa et; al, 2011).

Na estratégia matricial há momentos relacionais, em que se observa a troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado ao usuário, estabelecendo dessa forma um vínculo entre o paciente e os profissionais, e também assegurando uma integralidade de atenção em todo o serviço de saúde.

O apoio matricial favorece a construção de novos arranjos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na formulação de projetos terapêuticos planejados para cada situação singular. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. (Brasil, 2011).

A partir do momento que se tem uma articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica se consegue estabelecer uma descentralização das ações desenvolvidas no serviço de saúde, proporcionando o cuidado ao indivíduo de forma integral em seu território.

O apoio matricial deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. (Brasil, 2011).

O objetivo desse estudo é analisar artigos publicados sobre a política matricial de modo a identificar experiências de apoio matricial e investigar como os autores veem e compreendem essa ação.

## **METODOLOGIA**

Dessa forma foram realizadas pesquisas de artigos nas bases de dados do Scielo, Pepsic e Lilacs, tendo como palavras-chave: Apoio Matricial; Saúde Mental e Atenção Básica, bem como busca do acervo literário do Guia prático de matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde no ano de 2011. Foram encontrados 35 artigos no período de 1999 a 2012, sendo 10 relatos de experiência e um manual relacionado ao tema. Utilizamos como questão norteadora para realização desse estudo Quais as inovações que o apoio matricial vem tendo ao longo dos anos nos serviços de saúde? E quais as compreensões dos autores a respeito desse avanço?

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram desenvolvidos por Campos (1998, 2000, 2003), dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde denominada de "Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica", apoiada pelo CNPq. Essa proposta foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas-SP, Belo Horizonte-MG e também na cidade de Rosário/Argentina. (Cunha e Campos, 2011) De tal modo, o apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Para Campos e Dominiti (2007) o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. (Cunha e Campos, 2011).

Cunha e Campos (2011) ainda ressaltam que à ampliação de cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos.

Desse modo, haja vista os argumentos e práticas em locais diferenciados tanto geograficamente quanto no contexto cultural: acreditamos que o matriciamento é uma política necessária para que o SUS seja de fato integrativo, podendo estar alcançando toda a população que tem nesse seu único meio de ter acesso a saúde tanto no cuidado com nas políticas de prevenção.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os artigos indicam que o matriciamento como prática viabiliza, para além de oferecer um serviço em saúde descentralizado com uma equipe multiprofissional, o fortalecimento dos vínculos entre os membros das equipes e suas trocas de experiência e conhecimento na área.

Para os autores dos presentes artigos, o matriciamento proporciona um cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde que sem a mesma prática seria improvável, haja vista que há problemas que impossibilita a ida desses em instituições provedoras de saúde pública, temos sujeitos que não têm familiares ou responsáveis e por conta disso, atrelado a problemas físicos e sociais (principalmente na terceira idade) não vão aos Postos de Saúde.

O matriciamento ainda é uma prática pouco utilizada que possui suas deficiências pelo fato de muitos servidores públicos na área de saúde não estudarem sobre como são as regras, leis e ideias que fundamentam o SUS, amiúde, poucas são as publicações sobre o assunto, visamos problematizá-lo para ressaltar sua importância dentro da rede de atenção a saúde.

## REFERÊNCIAS

Avejonas, Daniela Regina Molini-, et. Al: **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da família conceitos e referências**. Revista Social brasileira de fonoaudiologia, 2010.

Brasil. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Campos, G.W.s.; doMlttl, a.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública ,2007.

Campos, Gastão Wagner de Sousa; **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde** .CiênciaSaúde Coletiva,1999.

Cunha, Gustavo Tenórioet al :**Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, 2011.

FIGuelRedo, M.d.; onoCKo-CaMPos, R. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?**. Ciênc. saúde coletiva [online], v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

Magda Dimenstein et al; **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. Saúde Soc. São Paulo,2009.

Morais, Ana Patricia Pereira et al: **Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica**. Saúde Soc. São Paulo.2012

Pinto, Antonio Germane Alves et al: **Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 2012

Rodrigues, Euzilene da Silva; Moreira, Maria Inês Badaró: **A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES**. Saúde Soc. São Paulo, 2012.

Sousa, Fernando Sérgio Pereira de et al: **Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial**. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2011.

Silveira, Elaine Rosne; **Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta**. Ciência & Saúde Coletiva, 2012.

## **PRÁTICAS CLÍNICAS HOSPITALARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PLANTÃO PSICOLÓGICO**

**Ramessa Florêncio P. da Silva** (UNIVASF, discente); **Deisiluce M. Cavalcante** (UNIVASF, discente); **Nathalie Anniele da Silva C. Gomes** (UNIVASF, discente); **Silvia Raquel Santos de Morais** (UNIVASF, docente).

### **Resumo:**

*Pela reconstrução do modelo de cuidado*

O plantão psicológico é uma modalidade de atenção implantada no Brasil na década de 1970. Trata-se de um atendimento imediato/pontual num momento de crise, tendo com foco questões emergentes/urgentes, as quais nem sempre precisam de acompanhamento prolongado. O presente trabalho consiste no relato de experiência de três graduandas em Psicologia ao exercer o papel de plantonistas, durante dois meses, em um hospital público de Petrolina-PE. Tal atividade foi desenvolvida sob a supervisão de uma docente ao longo da disciplina de Práticas Clínicas em Contextos Institucionais. A metodologia utilizada foi qualitativa de inspiração fenomenológica com base nos seguintes procedimentos clínicos: escuta (de usuários e acompanhantes), supervisão clínica dos casos atendidos, registro/evolução nos prontuários, estudo de caso e relatório devolutivo para a instituição. Com isso, foi possível reconhecer o plantão como prática emancipadora dentro da instituição hospitalar, bem como, contextualizar as demandas apresentadas e exercitar o posicionamento ético. Ao final dos procedimentos realizados, constatou-se avanços consideráveis das graduandas quanto à compreensão e elaboração de procedimentos inerentes ao campo da clínica, tais como: evoluções, estudo de caso, parecer e relatório devolutivo. Além disso, percebeu-se o caráter transformador e complementar do plantão para a prática de cuidados dentro e fora do hospital, uma

vez que, sua dimensão esclarecedora de demandas pode reorientar os usuários a continuar cuidando de si para além da enfermidade. Por fim, essa experiência contribuiu significativamente para a formação de futuros profissionais, que, ao adentrarem o hospital, puderam redimensionar o aprendizado adquirido e se preparar melhor para os desafios vindouros.

**Palavras-chave:** Plantão Psicológico; Usuário; Atendimento Integral.

## **A PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA PROPOSTA DIALÓGICA.**

**Sílvia Raquel Santos de Moraes** (Professora Dra. do Colegiado de Psicologia/UNIVASF);

**Samara Gabriele Barros Soares de Oliveira** (Graduanda em Psicologia).

### **INTRODUÇÃO**

Este trabalho consiste no relato de experiência de uma atividade acadêmica de uma disciplina do curso de graduação em Psicologia da UNIVASF. A partir da inserção em uma instituição filantrópica de Petrolina-PE voltada para a assistência social de crianças de 6 até 14 anos em situações de vulnerabilidade social. Para tanto, partiu-se da constatação (via diagnóstico institucional) da deficiência de contato e dificuldade de articulação da presente instituição com outras instituições de cuidado.

O objetivo desse relato de experiência desenvolvido no *Projeto Vida Nova* foi desmistificar o trabalho clínico que o profissional da psicologia faz em instituições; esclarecer como se dar o trabalho em rede; possibilitar uma maior aproximação das redes de cuidado social, físico e psicológico com o projeto em questão; incentivar a criação de espaços coletivos que potencializassem o cuidado integral de crianças atendidas pelo projeto.

Desse modo, partimos para a tentativa de articulação de rede. Segundo Mendes (2010), a estrutura em redes implica missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto entre os atores e instituições envolvidos.

Duas questões nortearam o desenvolvimento do trabalho na instituição, a saber: 1) qual o papel do Psicólogo em uma instituição de assistência social e 2) como desenvolver um trabalho com potencial significativo em um tempo reduzido (dois meses)? No que se refere à primeira questão, o psicólogo deve possibilitar o desenvolvimento de autonomia e sensibilizar os atores de uma dada instituição a respeito das responsabilidades individuais e coletivas, de modo a potencializar os vínculos entre esses e favorecer a efetivação do processo de cuidado. Desse modo,

tem-se um possível caminho a ser considerado sobre o papel que o psicólogo poderia ter nesse contexto específico.

Diante disso, desenvolvemos um trabalho que permitisse mesmo com tempo reduzido, trabalhar questões importantes que poderiam ter seguimento mesmo, com a saída do estudante mediador. Assim, planejamos e executamos um trabalho de articulação de redes que potencializasse/ampliasse o cuidado integral de crianças atendidas pelo projeto. Para isso, levamos em consideração, uma concepção ampliada do humano em seus diferentes contextos de inserção.

## **METODOLOGIA**

Realizaram-se entrevistas e levantamento de demandas institucionais, visando a mobilização coletiva da instituição em prol de um diálogo mais efetivo com a rede de educação, saúde e assistência social. A metodologia foi qualitativa de caráter dialógico através da problematização-ação-problematização com uso de procedimentos participativos (oficinas de criatividade e rodas de conversa). Inicialmente foi realizado um mapeamento das potenciais redes de cuidado da comunidade no qual se insere a presente instituição. Em seguida, foi confeccionado um mural com os principais contatos das instituições que poderiam estar trabalhando em conjunto com o projeto vida nova.

Além disso, foram realizadas visitas domiciliares para se conhecer as necessidades dos indivíduos atendidos pela instituição, para que assim pudéssemos elaborar atividades contextualizadas com as necessidades do público alvo. As temáticas das rodas dialogadas foram desenvolvidas a partir das visitas domiciliares e das necessidades explicitadas pela instituição, buscando incluir os segmentos dos pais, profissionais e crianças atendidas. Tentou-se incentivar a construção efetivamente coletiva das rodas dialogadas e aumentar a adesão às atividades propostas, possibilitando o empoderamento dos seguimentos envolvidos. Como forma de tornar as atividades prazerosas, investiu-se em rodas dialogadas dinâmicas e na inserção dos setores de cuidado à saúde e proteção social.

Ao todo, foram realizadas cinco rodas de conversa com as seguintes temáticas: *relações interpessoais, orientação de pais, autonomia do cuidado, redes de saúde e assistência social*. Em todas essas atividades houve a participação de representantes das redes de cuidado, da comunidade e dos dirigentes da instituição.

## **RESULTADOS**

Com base nas atividades realizadas, observamos que as principais dificuldades e demandas da instituição foram: Dificuldade de distribuição de poder de modo horizontal, dificuldade em se aproximar e construir ações contínuas com outras instituições da comunidade. Foi percebido como demanda principal a necessidade de aproximação das redes de cuidado e o empoderamento dos atores participantes.

A primeira oficina foi realizada com a coordenação da instituição, no qual foi apresentado um esboço das temáticas e estruturas das oficinas, foi feita algumas alterações que pudessem dar conta da demanda institucional e por fim foi percebido dificuldades referentes a distribuição de poder, a articulação com outras redes de maneira contínua. Nessa oficina foi trabalhada a potencialidade da aproximação

entre as redes de cuidado de forma contínua e a necessidade de autonomia dos participantes do processo.

Na segunda oficina foi trabalhada a interação do grupo e a construção coletiva das temáticas e estrutura das demais oficinas. Foi possível perceber boa interação entre os membros do grupo, porém houve resistência em se trabalhar coletivamente, havia uma demanda para que os mediadores ditassem as regras, explicitando uma dificuldade em se sair do instituído. Foram então explicitadas as potencialidades que os profissionais ali possuíam para desenvolverem as atividades e forma horizontal.

Na oficina seguinte foi realizada uma dinâmica de apresentação coletiva, no qual os pais pudessem ter um momento para se conhecer, trocar experiências e em seguida foi apresentado o plano de trabalho e feito às ajustes com os pais, como resultado pôde-se notar maior satisfação e participação ativa dos pais no sentido não só de cobrar ou tirar dúvidas, mas de expressar seus sentimentos, vontades e de sugerir modos de cuidado e educação.

A quarta oficina foi realizada com os funcionários, coordenação da instituição e agentes de saúde e assistente social da comunidade, esse encontro possibilitou aproximação entre os participantes e perspectivas de ações em conjunto que foram pensadas na própria oficina.

O quinto encontro foi realizado com as crianças da instituição, foi possível perceber a importância da inserção das crianças nas tomadas de decisão sobre as atividades e sobre suas demandas. Desse modo foi percebida como produto dessa oficina a maior adesão às atividades propostas, já que puderam construir a oficina junto às crianças.

Assim, verificamos a necessidade do desenvolvimento de atividades socioeducativas e colaborativas de modo mais sistemático em prol de uma assistência integral e de uma maior aproximação dos dispositivos presentes na rede. Tais parcerias pode ser melhor efetivadas se houver a coparticipação dos atores envolvidos. Além disso, as atividades devem ser pensadas em conjunto, de forma horizontal, o psicólogo pode auxiliar e potencializar esse processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que intervenções como essa devem extrapolar os muros da Universidade e serem absorvidas no íterim do cotidiano de muitas instituições, incluindo aquelas que ainda não tem psicólogos em seu quadro funcional. A inclusão de modalidades de ação clínica, tais como: plantão psicológico, oficinas de criatividade, grupos terapêuticos e focais, poderiam não só compor o elenco de atividades possíveis para o profissional de Psicologia, como também, poderia trazer resultados de maior alcance ao público-alvo, já que tais momentos facilitariam/mediariam o processo de empoderamento das dimensões instituinte e instituída, de modo que os sujeitos se tornem atores de suas conquistas e deem continuidade ao desenvolvimento de ações mobilizadoras de transformações.

## REFERÊNCIAS

MENDES, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305.

## RELAXAMENTO DE BENSON: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO DOS HIPERTENSOS

**Amuzza Aylla Pereira dos Santos; Maria Cristina Soares Figueiredo Treze** (EENFAR/UFAL, Professoras);

**Nirliane Ribeiro Barbosa; Josefa Fabiana Cupertino da Silva** (HUPAA/UFAL, Enfermeiras);

**Regina Maria dos Santos** (EENFAR/UFAL, Orientadora).

### INTRODUÇÃO

O relaxamento de Benson é uma técnica utilizada para interferir na variação da pressão arterial de hipertensos estressados reduzindo assim os níveis pressóricos destes pacientes após pelo menos três dias de prática deste relaxamento. A utilização clínica do relaxamento para controlar a pressão arterial, em casos moderados, tornou-se um tratamento comum entre este tipo de paciente, principalmente quando o estresse é a principal causa do problema (BENSON, 2000).

Entende-se estresse uma reação do organismo ao perigo real ou imaginário provocado pelas pressões pessoais e profissionais de estilo de vida. Compreende-se então pressão arterial como sendo uma tensão do sangue dentro das artérias, mantida pela contração do ventrículo esquerdo versus a resistência das arteríolas e dos capilares, o que se soma à elasticidade das paredes arteriais, viscosidade e volume do sangue (GUS *et al*, 2004).

Mediante estes conceitos percebemos que a hipertensão é um estado fisiológico no qual a pressão sanguínea arterial se eleva acima de indicadores determinados como normais. Os valores que caracterizam essa doença em estágio 1 (leve) é de 140 mm Hg a 159 mm Hg para pressão sistólica e de 90 mm Hg a 99 mm Hg para pressão diastólica (ESTEVES *et al*, 2006).

Assim sendo, pode-se compreender a hipertensão arterial como uma doença complexa devido à sua constituição multifatorial, que envolve aspectos como personalidade, estilo de vida, fatores ambientais, fatores psicológicos e fatores genéticos (TEIXEIRA *et al*, 2006).

Existem ainda fatores relacionados ao estilo de vida que interferem na hipertensão arterial, como o excessivo consumo de sal, alimentos calóricos, reduzida prática de exercícios aeróbicos, tabagismo e ingestão de álcool (TEIXEIRA *et al*, 2006).

Esses comportamentos podem ocorrer isolados ou em conjunto, aumentando assim, proporcionalmente, o prejuízo para o sujeito. Já os fatores ambientais, compreendidos pelo contexto sócio-demográfico no qual o indivíduo está inserido, podem ter relação com moradia em local onde não exista saneamento básico, violência, barulho, multidões e poluição, os quais determinam quadros psicofisiológicos como o estresse, responsável pela hipertensão (CAMPOLINA & CICONELLI, 2006).

Os fatores psicológicos estão relacionados a estados crônicos de depressão, ansiedade e estresse, com predominância de sentimentos de impotência e raiva



capazes de gerar um desequilíbrio entre o sistema nervoso autônomo simpático (SNAS) e o sistema nervoso autônomo parassimpático (SNAP), que regulam funções como respiração, pressão sanguínea e ativação das glândulas suprarrenais (TEIXEIRA *et al*, 2006).

Entretanto, é importante compreender que as circunstâncias na vida dos sujeitos que podem deflagrar quadros crônicos de depressão, ansiedade e estresse podem estar relacionados a eventos maiores, como divórcio ou morte de ente próximo, bem como a eventos menores, como discussão conjugal e conflitos no ambiente de trabalho, os quais, por sua maior periodicidade, podem ter maior expressão na gênese do adoecimento psíquico e fisiológico (CAMPOLINA & CICONELLI, 2006).

Por fim, os fatores genéticos podem ser observados pelas evidências de que há maior probabilidade de risco aos efeitos deletérios da hipertensão em mulheres com menos de 65 anos de idade e em homens com menos de 55 anos de idade que apresentem histórico familiar de doença cardiovascular GUS *et al*, 2004).

Enfim, a partir dessas colocações, verifica-se que a hipertensão arterial é uma doença que está relacionada a múltiplos fatores, entre eles o estresse crônico, que, por sua vez, tem como uma de suas principais causas a ativação contínua e exacerbada do sistema nervoso simpático (CAMPOLINA & CICONELLI, 2006).

Dessa forma, tornou-se significativo encontrar uma técnica, que não somente a medicamentosa, que pudesse controlar hipertensão arterial. É nesse contexto o relaxamento vem tornando-se objeto de inúmeros estudos a respeito de sua eficácia terapêutica.

A Proposta de Relaxamento de Benson combina meditação com relaxamento, técnica que envolve concentração na respiração e a mentalização de uma palavra ou frase curta significativa, proporcionando assim bem-estar e redução consecutiva da hipertensão arterial.

## **OBJETIVO**

Verificar a variação da pressão arterial em hipertensos estressados submetidos ao relaxamento de Benson por pelo menos três dias.

## **MÉTODO**

Tratou-se de uma pesquisa exploratória, quase experimental com abordagem quantitativa que se realizou na Unidade Básica de Saúde Virgem dos Pobres/Maceió/Alagoas. A amostra foi composta por 25 hipertensos que frequentavam as reuniões do HIPERDIA. Foi realizada uma entrevista estruturada, a qual avaliou o nível de estresse que estes hipertensos estavam submetidos e em seguida foi mensurada a pressão arterial desses pacientes. Após esses procedimentos os hipertensos foram submetidos à técnica do relaxamento por no mínimo três dias.

## **RESULTADOS CONCLUSIVOS**

O estudo desenvolvido nos permitiu alcançar o objetivo de verificar se há interferência na variação da pressão arterial em hipertenso estressados submetidos ao relaxamento de Benson por pelo menos três dias.

Considerando que a população estudada vive em situação precária, apresentando necessidades básicas de saúde, educação e lazer, bem como expostas a fatores externos desencadeantes de estresse, foi possível com os dados levantados observar que 59,1% dos hipertensos apresentavam grau de estresse de moderado a grave. Sabemos que o estresse provoca uma reação de alarme no organismo do indivíduo alterando os hormônios como adrenalina e cortisona, aumentando a frequência respiratória e a pressão arterial.

Os resultados mostraram que os hipertensos em estudo apresentavam grau de hipertensão da seguinte maneira: 28,4% hipertensão arterial sistólica isolada; 11,4% hipertensão grave; 13,6% moderada; 14,8% leve e 19,3% pressão arterial limítrofe, sendo os demais com pressão arterial ótima ou normal, considerando que todos os sujeitos da população submeteram-se ao quase-experimento nas mesmas condições em que viviam, continuando a usar os mesmos medicamentos anti-hipertensivos e usando como método alternativo o relaxamento de Benson para diminuição da hipertensão, já que o tratamento medicamentoso em alguns casos não estava tendo o efeito desejado.

Pudemos observar que 68,2% dos hipertensos estudados apresentavam pressão arterial acima do limite, mesmo fazendo uso de tratamento farmacológico.

Os dados nos mostram que após o relaxamento de Benson aplicado por três dias consecutivos, a pressão arterial reduziu em 68% da amostra, e que a variação dos níveis pressóricos foi de 6 a 42 mmhg para menos.

Mediante estes resultados verificamos que o relaxamento de Benson praticado por pelo menos três dias atuou no organismo interferindo nos níveis pressóricos, com variação significativa para os hipertensos.

## REFERÊNCIAS

Gus I, Harzheim E, Zallavsky C et al. Prevalência, Reconhecimento e controlada hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Brás Cardiol 2004; v.83; n5, p.: 424-428.

Esteves JP, Santos RAS, Gordan P. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens 2006; v.13; n4; p.:260-312.

Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Rev Panam Salud Publica 2006; v.19; n2; p. 128-36.

Teixeira ER, Silva JC, Lamas AR, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006; v.10; n.3;p.:378-384

Santos JO. *Meditação: Fundamentos Científicos*. Salvador: Faculdade Castro Alves, 2010

Benson H, klipper MZ. *The Relaxation Response*. New York: HarperCollins Publishers Inc, 2000.

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE – A SALA DE CUIDADO ANTÔNIO PIRANEMA CONTRIBUINDO COM A QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA

**Maria Edna Bezerra da Silva**<sup>1</sup>; Rafaela Leonel da Silva<sup>2</sup>; Maria Ilma Bacelar<sup>3</sup>; Daiane Rose Oliveira<sup>3</sup>; Ericka Rejane<sup>3</sup>.

### INTRODUÇÃO

A saúde vive mundialmente uma crise de seus paradigmas e modelos. Para Leonardo Boff (2002), a globalização de sociedades do capitalismo avançado tem levado à perda de valores humanos nos planos da ética, da política, da convivência social e a valorização do individualismo, do consumismo, do poder como fontes privilegiadas de consideração e status, privatizando os meios de produção e promovendo a desigualdade no acesso aos bens necessários à vida.

O processo de implantação do SUS, no Brasil tem contemplado diferentes propostas de mudanças na organização de serviços de saúde com vista a integralidade da assistência, incluindo para isso práticas integrativas em saúde como a acupuntura, homeopatia e fitoterapia.

Porém várias dificuldades ainda persistem no âmbito da gestão do setor saúde, entre elas a formação dos profissionais de saúde, sendo necessária a quebra do paradigma flexeriano do domínio da área de enfermidade, do tecnicismo e do biologismo para uma visão integrada dos sujeitos, que contemple a qualidade de vida e não a doença.

Nelson Felice (2008) define como práticas alternativas e complementares um grupo de sistemas de cuidado à saúde, práticas e produtos organizado em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, e outras); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseados em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, ch'i gong, dentre outras).

O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC (2006) que propõe a estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS, em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; em caráter multiprofissional; desenvolvimento de estratégias de qualificação e incentivo à divulgação e a informação dos conhecimentos básicos das PICs para profissionais de saúde, gestores e usuários; apoio a experiências de educação popular, estímulo à ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral e implementação das PICs.

Em várias partes do Brasil, práticas como Lian gong, Yoga, Tai CChi chuan, Toque terapêutico, Reiki entre outras, vêm sendo trabalhadas no espaço de alguns serviços de saúde, públicos e privados, com crescente aceitação por profissionais e usuários.

As práticas complementares contribuem fortemente, dentro do SUS, com uma mudando o olhar que se tem sobre a saúde e o processo de adoecimento.

Em uma parceria entre o Movimento popular de saúde, o Laboratório de Educação popular em saúde do Núcleo de Saúde Pública da FAMED, foi criada a sala de cuidado e práticas integrativas em saúde Professor Antônio Piranema, em Março de 2012. A sala recebeu este nome in memoriam ao professor Antônio Piranema, por seu trabalho com a fitoterapia em comunidades vizinhas ao campus e projetos de extensão popular junto com diversas lideranças comunitárias. A Sala apresenta-se como projeto de extensão e funciona com a colaboração de vários voluntários e dois alunos bolsistas.

## **OBJETIVOS**

Dentre os objetivos da sala de cuidados destacam-se: Aplicar e difundir as terapias holísticas (Reiki, Reflexologia, massoterapia, Bioenergética e Auriculoterapia) e complementares tendo como clientela a comunidade universitária, servidores da UFAL e outros usuários da comunidade, visando contribuir para a melhoria dos espaços de trabalho, ensino e os aspectos pessoais, acolhimento e humanização da assistência.

## **MÉTODOS OU RELATO DA EXPERIÊNCIA:**

A sala funciona de segunda à sexta dentro do bloco de Saúde da UFAL, oferecendo atividades de dança circular, yoga, massoterapia, Reiki, auriculoterapia, reflexologia, e um grupo feminino de escuta terapêutica com biodança – O sagrado feminino. A sala é mantida com uma auxiliar de enfermagem terapeuta reikiana e 14 colaboradores voluntários sendo: uma docente de medicina e um de enfermagem, um psicólogo, uma discente de psicologia, uma de medicina, dois de ciência sociais e 7 terapeutas holísticos vindos da comunidade, que se alternam nos atendimentos e acolhimento ao público.

É aplicado um formulário para anamnese dos usuários da sala e um formulário para avaliar as sensações percebidas durante o atendimento. Estes instrumentos são utilizados para avaliar o impacto dos cuidados realizados e a utilidade da sala.

A sala também é utilizada para momentos de reunião dos cuidadores e do coletivo do Movimento Popular de Saúde.

## **RESULTADOS:**

A procura do espaço da sala tem sido intensa, principalmente pelos servidores e estudantes, com uma média de atendimento diário de 11 usuários, repercutindo positivamente, segundo a análise consolidada das impressões sentidas e o efeito das práticas ofertadas. Durante o primeiro ano de funcionamento da sala já foram realizados 1461 atendimentos, sendo: - 478 YOGA - 668 Reiki ou Massoterapia - 73 participantes em momentos de Meditação - 83 Dança circular - 57 Sagrado Feminino - 19 Limpezas Energéticas - 21 Auriculoterapia - 62 outros atendimentos (ex. Oficina com crianças de consultório na rua, grupo de mulheres portadoras de hanseníase, constelação familiar e Bioenergética)

## **CONCLUSÃO:**

A sala tem sido um sucesso de procura nos meses de funcionamento. Ao final do semestre poderemos avaliar o impacto da mesma na melhoria da qualidade de vida dos usuários que receberam os cuidados holísticos, porém já é possível inferir

que a dimensão da sala de cuidados trará grandes benefícios e mudanças sobre um novo sobre a saúde, contemplando dimensões como a espiritualidade e o autocuidado, impactando no dia a dia dos usuários da mesma.

## REFERÊNCIAS:

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -.92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) Brasília, 2006.

BOFF, Leonardo - **DO ICEBERG À ARCA DE NOÉ** : o nascimento de uma ética planetária Editora Garamond, Brasil, 2002

BARROS, Nelson Filice. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública vol.42 no.5 São Paulo, 2008**

PINHEIRO, R., MATTOS, R. **A Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** : IMS-UERJ Abrasco, Rio de Janeiro, 2003.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## O USO DO TEATRO COMO TECNOLOGIA DE SAÚDE NO CAPS

**Paula Larissa Simões Moreira Santos**<sup>41</sup>; Suely Aires Pontes<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Paula Larissa Simões Moreira Santos (Graduanda em Psicologia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Bolsista Pibit CNPq);

<sup>42</sup> Suely Aires Pontes (Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Dr<sup>a</sup> em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas).

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho apoia-se na concepção de micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, tal como definida por Merhy (1997). Estrutura-se, portanto, na discussão das mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho no campo da saúde e, em especial, no campo da saúde mental. Nesse contexto, toma com o foco principal de estudo os processos produtivos em saúde no momento do ato de cuidar e sua organização no interior dos serviços de saúde, em específico os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em sua dimensão cuidadora.

O “trabalho vivo em ato”, definido por Merhy, é o trabalho humano que gera a produção do cuidar em saúde, tendo uma interação com máquinas, instrumentos, aparelhos, desenvolvendo assim, diversos tipos de tecnologias. Em sua conceituação, ele subdivide as tecnologias em tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras são as normas, as máquinas, as estruturas organizacionais; as tecnologias leve-duras constituem o saber estruturado que opera no processo de trabalho em saúde. Por sua vez, as tecnologias leves são as relações em ato dos sujeitos. Merhy (1997) pontua que a definição de tecnologia que ele utiliza é mais ampla do que, cotidianamente, as pessoas utilizam e que ele não a confunde de maneira específica com equipamentos e máquinas, já que inclui como tecnologia certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, organizando assim, as ações humanas nos processos produtivos e na dimensão inter-humana.

Nesse contexto, o cuidado é visto por Merhy (1997) como ação que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva, sendo a produção de cuidados direcionada de modo que os atos sejam comprometidos com as necessidades dos usuários. Desse modo, afirma que, no trabalho em saúde, existe um encontro entre o agente produtor, que deve visar certo modo de produzir o cuidado, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, etc), com o agente consumidor que se torna, em parte, objeto da ação do produtor, onde este procura entender de modo articulado o lugar que o núcleo das tecnologias leves (que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, entre outros) ocupam e o seu modo de operar os processos produtivos.

A importância da discussão sobre tecnologia em saúde ancora-se na possibilidade de problematizar a temática do trabalho como ação intencional demarcada pela busca da produção de bens e produtos, que podem ser ou não materiais. A ação intencional opera como ato produtivo articulado a uma intenção posta anteriormente a ele e gerador de um produto que, no campo da saúde mental, pode se apresentar como a expressão de certas relações sociais e não outras. (MERHY, 2002) O cuidado com as necessidades dos usuários propicia um olhar tecnológico em saúde que irá produzir a aplicação de modos de tratamento, resultando em produção de subjetividade e singularidade de um sujeito que é autônomo e capaz de se fazer ser reconhecido pela sua produção e necessidade.

No presente projeto, destacamos o cuidado em saúde mental por meio da oficina de teatro, proporcionando assim, uma efetivação da tecnologia leve e seus modos de articulação com os outros modelos tecnológicos. Tem-se como objetivo o uso da concepção de tecnologia leve, ou seja, a produção de vínculo, autonomização e acolhimento por meio do teatro espontâneo, aqui compreendido como um teatro sem ensaio prévio, não necessitando de textos pré-definidos para realização da oficina.

A oficina terapêutica de teatro é realizada com usuários do Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Santo Antônio de Jesus (CAPS-II Nova Vida). Trata-se de uma atividade de extensão vinculada a um Projeto de Inovação Tecnológica (CNPq 2012/2013) que tem por finalidade investigar tecnologias leves em serviços de saúde mental. As atividades da oficina têm sido desenvolvidas, semanalmente, com duração média de 1 hora por encontro, desde maio de 2010. No presente relato, discutiremos os encontros, acontecidos no período de um ano (abril de 2012/2013), quando a oficina contou com a presença média de oito participantes, sendo dois facilitadores e seis usuários do serviço.

A rigor, a oficina terapêutica em saúde mental assume uma posição importante, na medida em que é utilizada como modalidade de tecnologia que tem em vista à produção de cuidados, subjetivação e valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo dos participantes. Nesse contexto, consideramos que o profissional de saúde, independente da área, é responsável pela produção de atos em saúde, agindo assim, como um produtor do cuidado, a partir de atos comprometidos com as necessidades dos usuários do serviço. Portanto, seguindo este raciocínio, a oficina pode ser considerada como inovação tecnológica em saúde, por visar subsidiar a construção de prática inovadora voltada ao cuidado em saúde mental e nessa perspectiva, seus contornos se alinham a concepções da reforma psiquiátrica, favorecendo a autonomia sustentada pelo respeito e pelo acolhimento, buscando a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade, controle e assujeitamento.

Tendo como fundamento a concepção de tecnologia leve, a oficina de teatro busca a produção de vínculo, autonomização e acolhimento por meio do teatro espontâneo. A experiência demonstra que os participantes utilizam da dramatização para produzirem de forma criativa e participativa modos de expressão e subjetivação, bem como para expor as dificuldades enfrentadas no seu cotidiano.

Em nossa experiência, a oficina de teatro tem possibilitado que se discuta e perceba de forma estrutural as mudanças tecnológicas e os modos de organização dos processos de trabalho no campo da saúde, em especial, da saúde mental, visando colaborar com a construção de práticas criativas e inovadoras, em que os participantes alcancem um posicionamento crítico frente às demandas sociais e encontrem meios de expressão para o seu sofrimento. A vivência dessa experiência nos incentiva a aprofundar os estudos sobre tecnologia em saúde, apontando a utilização de oficinas de teatro no serviço de saúde mental como uma forma rica e produtiva de cuidado coerente com os novos dispositivos de atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS



MERHY, Emerson. **Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato** in MERHY, E. & ONOCKO, R (orgs). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.41-66.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p.115-133.

## **EQUOTERAPIA AUXILIANDO O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL**

**Pablo Mateus dos Santos Jacinto; João Manoel Rodrigues Neto; Adriana Batista da Silva; Kátia Jane Chaves Bernardo; Adriana Batista da Silva – (UNEB, Discentes); Kátia Jane Chaves Bernardo (UNEB, Docente).**

### **INTRODUÇÃO**

Este trabalho é produto de uma vivência de estágio básico, que consistia na avaliação do desenvolvimento da percepção em crianças com paralisia cerebral que frequentavam a Associação Baiana de Equoterapia. A equipe organizou visitas num período de um semestre letivo, nas quais se observava o trabalho dos terapeutas no campo, sendo todas as impressões registradas em diário de campo, e analisava as fichas de acompanhamento diagnóstico (produzidas em conjunto pela equipe de terapeutas) das crianças estudadas. Buscava-se compreender como a equoterapia havia auxiliado na melhora dos quadros de saúde dos pacientes com paralisia cerebral, tanto em âmbito cognitivo, como em âmbito motor.

A equoterapia é uma modalidade terapêutica transdisciplinar que busca a promoção do progresso neuropsicológico e físico dos pacientes a partir de seções interativas entre os pacientes, o terapeuta e o cavalo. Estas sessões visam estimular processos psicológicos, como a atenção e a percepção, o fortalecimento do tônus muscular, o contato com a natureza e a vinculação emocional com os animais e com a equipe de trabalho. Para isso, há um processo bem pensado no qual a criança, montada num cavalo, faz um trajeto preparado para a terapia, onde se encontram diversos objetos que promovem estímulos cognitivos e motores às crianças, que são incentivadas a interagir com o ambiente durante a sessão.

A população atendida consta de crianças (em maioria destoante) que sofrem de algum tipo de transtorno motor e/ou comportamental (estando diagnosticado ou não). Assim, nota-se um público que, dentro destas características, se distingue

muito entre si, pois há pessoas com síndrome de Down, autismo, paralisia cerebral, hidrocefalia, tumores medulares, etc.

Nas primeiras visitas, a equipe se intrigou com a variedade de maneira que o processo psicológico básico Percepção se apresenta dentre os pacientes. O objeto de estudo tomado foi o modo que o fenômeno da percepção se manifesta, tanto entre paciente e meio, paciente e terapeuta, paciente e animal, dentre outros estímulos que possam servir de referência nesta análise. Selecionou-se, dentre os sujeitos envolvidos, os pacientes que frequentam a instituição nas Segundas-Feiras, que possuam quadros diagnosticados de paralisia cerebral.

O objetivo do estudo foi compreender como atua o mecanismo cognitivo, no que diz respeito às questões do desenvolvimento que se relacionam com a temática da percepção, de um sujeito com paralisia cerebral. Focar-se no fenômeno da percepção do sujeito, seja em relação com o ambiente físico em que se encontra, seja em relação com outros sujeitos que estejam em sua presença. Dessa maneira, o grupo visou a obter dados suficientes para se identificar as particularidades do paciente com paralisia cerebral em relação a outras pessoas que não possuam esta condição médica, seguindo os estudos acerca do que prevê a psicologia do desenvolvimento.

A Percepção é o processo que conecta diretamente o mundo exterior ao sujeito ao seu mundo interior (DAVIDOFF et al., 2001). É bastante comum associar o fenômeno da percepção aos órgãos dos sentidos. Logo, os sujeitos percebem através da visão, do olfato, do tato, e de outras vias fisiológicas que possam mandar os estímulos do meio ao sistema nervoso central.

No processo de observação, as formas mais evidentes de que as crianças estavam percebendo os estímulos eram de fato, quando ela direcionava olhares, ou se movimentava por estar sendo massageada pelas terapeutas, ou quando voltavam-se para algum local que tenha emitido algum som, quando reconhecia algum rosto (estranho ou familiar), quando identificava e nomeava as cores, as formas e os números e quando indicava predileção por algum destes.

Como é um fenômeno fortemente relacionado tanto ao meio quanto ao sujeito, o estado psíquico deste sujeito também vai influenciar o processo perceptivo. Durante a percepção, os conhecimentos sobre o mundo e as intenções do sujeito para com o ambiente vão afetar o modo como esta relação ocorre. A percepção pode ser seletiva, e isto se tornava evidente no período da equoterapia quando uma criança não demonstrava interesse nem focava sua atenção em nenhum ponto do espaço (inclusive devido à sua condição biológica), mas no final da sessão, voltava seu olhar ao longe, para onde o seu familiar aguardava o seu retorno. Nota-se então a influência do mecanismo afetivo no processo da percepção, vencendo as limitações que o organismo fisiológico impõe.

A Paralisia Cerebral (PC) ou Dismotria Cerebral Ontogenética (DCO) é uma desordem decorrente da imaturação do cérebro. A depender do local do encéfalo que seja afetado, a paralisia cerebral acometerá o paciente de uma forma específica.

Os estudiosos da paralisia cerebral geralmente são da área médica, e em consequência disso, na sua definição, a alteração motora causada por essa desordem é mais enfatizada do que as limitações cognitivas, as quais também podem ocorrer, a depender da área de comprometimento cerebral.

Os efeitos, como relatado anteriormente, são variáveis. O paciente pode ter enrijecimento dos músculos, pode desenvolver movimentos involuntários ou podem perder seus movimentos. Os exercícios físicos propostos na equoterapia atuam visando a melhora em todos estes tipos de sintomas.

Crianças com paralisia cerebral apresentam uma série de distúrbios na evolução de seu desenvolvimento psicológico, derivados direta ou indiretamente de seu distúrbio neuromotor. Sabe-se que, no processo de aprendizagem, o componente motor também é essencial (La Taille et al., 1992) e quando a criança está limitada em relação a este componente, o seu desenvolvimento como um todo ficará prejudicado.

As limitações causadas pela paralisia cerebral, associadas às limitações sociais que as pessoas com este distúrbio estão sujeitas, podem impedir que as crianças acometidas pela PC frequentem certos espaços (escolas, parques, etc.) e interajam com outras crianças, o que torna o processo de desenvolvimento ainda mais difícil.

Para este trabalho, utilizamos a teoria elaborada por Piaget acerca do desenvolvimento humano, em especial da percepção. Nessa perspectiva, o desenvolvimento a percepção é indissociável do desenvolvimento mental global do sujeito e, por tanto, está diretamente relacionado com as trocas estabelecidas entre o organismo e o meio e entre aspectos cognitivos e afetivos. Por trocas com o meio, deve-se estabelecer que a relação é mútua, já que enquanto o sujeito modifica o meio se adapta às condições impostas por ele.

Ainda para Piaget, as estruturas perceptuais e as operatórias (relativas à inteligência e linguagem) encontram-se e relacionam-se dentre uma série de estruturas intermediárias. (PIAGET apud. OLIVEIRA, 2005). As estruturas se desenvolveriam de forma subordinada e não filiada, já que não se desenvolveriam umas a partir de outras, mas por meio de uma evolução gradativa.

Piaget dá algumas das características centrais do fenômeno perceptual. Em relação à interação do sujeito com o objeto, pode-se dizer que a percepção está sempre ligada ao campo sensorial, é essencialmente egocêntrica e limitada à proximidade sujeito-objeto (sendo a percepção dos fenômenos subordinada à

posição do sujeito em relação aos mesmos), não permite “abstração” imediata e está sempre ligada às características sensíveis dos objetos/fenômenos. Em relação à estrutura do fenômeno, é uma estrutura rígida, sempre dependente da relação forma-conteúdo, pré-inferencial (diferentemente da inteligência e outros processos mediados pela linguagem) e dependente dos eventos externos.

Com base nestes pressupostos teóricos, a equipe iniciou a análise dos fatores observados. A primeira das observações que levamos em consideração e que achamos de real importância para o nosso trabalho foi a interação existente entre as crianças e os profissionais que as atendem, elas reconhecem os profissionais, alguns chegando a chamar pelo nome e outras pela pouca condição da fala apenas olha e sorrir. Esse comportamento evidencia que as crianças têm senso de reconhecimento e que existe uma relação de apego entre elas e o meio.

Além da relação afetiva, muito evidenciada nas observações, devemos levar em consideração o nível de apreensão e ampliação dos processos perceptivos. Cada criança está em um nível diferente no que tange a demonstração da percepção e isso pode estar relacionado com a presença ou não de outras formas de acompanhamento/instrução além da equoterapia, com isso, torna-se evidente o imperativo de um acompanhamento multidisciplinar para ajudar no desenvolvimento pleno das capacidades desses sujeitos com necessidades especiais e a reflexão ativa por parte dos responsáveis conjuntamente com a utilização de equipamentos adequados ao desenvolvimento psicomotor.

No que toca o desenvolvimento psicomotor, deve-se ter em mente como um processo de “exercício” como o da equoterapia evidencia o aprimoramento das funções motoras (postura, marcha, movimentos finos etc.) como motor do aprimoramento das funções cognitivas, em especial a percepção enquanto “porta de entrada e interpretação do mundo externo”. Daí a constatação de que as crianças com maior controle motor eram também as que mais facilmente focalizavam o olhar, demonstravam compreender o que lhes era falado e notavam os estímulos distratores; evidência mais que consistente para a tese piagetiana de que o desenvolvimento das sensações e da motricidade aparece anteriormente ao desenvolvimento das “capacidades superiores” e como a percepção se encontra enquanto processo intermediário entre o sujeito em desenvolvimento e o mundo a ser conhecido e (posteriormente) interpretado.

A partir dessa experiência foi possível ampliar as concepções do grupo acerca do desenvolvimento humano, da diferenciação do desenvolvimento típico para o desenvolvimento de crianças portadoras de paralisia cerebral e também, de como as dificuldades encontradas não impedem essas crianças de vivenciar (dentro de suas condições) as inúmeras possibilidades de interação homem-meio. De certa forma pode-se dizer que conhecer a ABAE permitiu uma quebra de paradigmas,

pois, pudemos compreender na prática a complexidade do fenômeno humano e a eterna interação afeto-cognição-estimulação.

Após os dias de observação, é importante ressaltar que foi constatado que as crianças com paralisia cerebral apresentam o fenômeno da percepção com suas regras básicas não diferentes deste fenômeno nas crianças sem a paralisia. Ou seja, a percepção não ocorre de maneira "pura", pois sofre grande influência das experiências antes vividas pelas crianças e pelos laços afetivos que elas sustentam.

Notamos que, quando as crianças apresentavam a manifestação da percepção comprometida, outros fenômenos cognitivos também estavam pouco desenvolvidos. Isso talvez decorra da relevância do processo perceptivo para a aquisição de informações do meio, por parte dos sujeitos.

Espera-se, com estes resultados, contribuir para a concepção das crianças com Paralisia Cerebral, demonstrando principalmente os aspectos que as aproximam das crianças não acometidas por esta condição, reduzindo assim, as diferenças entre ambos os grupos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBATH, Karel. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.

DAVIDOFF, Linda L; PEREZ, Lenke; LÔMACO, José Fernando Bittencourt. . **Introdução à psicologia**. 3. ed São Paulo: Makron Books, 2001.

LA TAILLE, Ives de; OLIVEIRA, Marta Kohl de; DANTAS, Heloysa. . Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. 6. ed São Paulo: Summus, 1992.

LIMONGI, Suelly Cecilia Olivan. . **Paralisia cerebral: linguagem e cognição**. 2. ed. Carapicuíba, SP: Pro-Fono, 1998.

MONTANGERO, Jacques; MAURICE-NAVILLE, Danielle. . **Piaget ou a inteligência em evolução: sinopse cronológica e vocabulário**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

OLIVEIRA, Livia de. **A Construção do Espaço, Segundo Jean Piaget**. Rio Claro - SP: UNESP, 2005.

PIAGET, Jean. . **A linguagem e o pensamento da criança**. 7. ed São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Sistema Maxwell. **Paralisia Cerebral**. Puc-Rio. Disponível em:  
<[http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/4305/4305\\_4.PDF](http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/4305/4305_4.PDF)> Acessado em: 12  
Dez. de 2012.

VIGOTSKY, L. S; CAMARGO, Jefferson Luiz; CIPOLLA NETO, José. . **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

## **CENTRO DE PIC NO SUS: UMA EXPERIÊNCIA EM JOÃO PESSOA**

**Francisco Douglas Cabral Leite**<sup>43</sup>; Mércia Castor Nóbrega Gondim<sup>44</sup>; Ermeson Moreira Campos<sup>45</sup>.

### **INTRODUÇÃO**

O Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Valentina, inaugurado em maio de 2012, na cidade de João Pessoa faz parte da rede de PIC do município e conta com profissionais da área de saúde e terapias holísticas, qualificados para ofertar cuidados integrais, àqueles que buscam se conhecer melhor e optam por terapêuticas que os colocam como sujeitos ativos dos seus processos de conquista da saúde, buscando promover o autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Essas práticas terapêuticas têm uma visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, podendo ser utilizadas de forma complementar à medicina convencional para promover a saúde do indivíduo. Os diagnósticos são embasados no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional, social e energético (SOUZA e SILVA, 1992).

Buscando oferecer a população uma pluralidade terapêutica no sistema público de saúde o governo municipal vem investindo numa rede de serviços e qualificações em PIC para garantir o acesso a essa terapêutica integral.

### **OBJETIVO**

Apresentar a experiência de um Centro de Terapias Integrativas e Complementares no SUS expandindo essas informações para a apreciação e embasamento de outras experiências e contribuir para a criação de uma rede

---

<sup>43</sup> Francisco Douglas Cabral Leite (Secretaria de Saúde de João Pessoa/ CPICS do Valentina, Coordenador);

<sup>44</sup> Mércia Castor Nóbrega Gondim (Secretaria de Saúde de João Pessoa/ CPICS-Valentina, Diretora Administrativa);

<sup>45</sup> Ermeson Moreira Campos (Secretaria de Saúde de João Pessoa, CPICS do Valentina Fisioterapeuta);

nordestina de PIC com a proposta de promover o fortalecimento e ampliação da PNPIC.

## MÉTODO

Este espaço terapêutico tem ofertado aos usuários práticas coletivas (Biodança, Bio Respiração, Yoga, Tai Chi, Meditação, Danças Circulares, Resgate da Auto Estima, Terapia Comunitária, Cura em Expressão) e atendimentos individuais (MTC-Acupuntura, Massoterapia, Floral, Reiki, Terapia Quântica, Homeopatia). Disponibilizando aos usuários algumas práticas da PNPIC e ampliando para outras ainda não contidas nesta política.

Desde os primeiros dias de funcionamento, o CPICS Valentina abraçou um fluxo de atendimento de demanda espontânea por acreditar que acolhendo todas as pessoas que procuram este Centro, garante-se a acessibilidade universal. Sendo assim, o serviço vem assumindo sua função essencial de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver e/ou amenizar as demandas da população atendida. (FRANCO et. al.,1999)

O acolhimento desse Centro é composto de duas fases: harmonização e escuta. A harmonização é uma maneira de agregar os usuários e funcionários do centro reunindo todos em círculo para celebrar o início do dia. Depois desse momento o usuário que chega pela primeira vez no serviço, passa por uma escuta individual qualificada realizada por um terapeuta que o direcionará à terapia adequada.

Segundo o relatório anual do serviço, no período de 14 de maio a 20 de dezembro do corrente ano, foi contabilizado um total de: 816 (oitocentos e dezesseis), escutas individuais, 1.142 (mil cento e quarenta e dois) usuários participando das práticas coletivas e 2.231 (dois mil duzentos e trinta e um) usuários acompanhados individualmente. Totalizando 4.189 (quatro mil cento e oitenta e nove) usuários frequentando o centro.

Durante o mês de outubro o CPICS VALENTINA realizou a Primeira Iniciação em Terapias Integrativas, com a proposta de sensibilizar os participantes a novas formas de cuidado, dinamizando assim, as atividades já desenvolvidas por eles no seu cotidiano de trabalho. Nesse primeiro momento, contemplou-se 25 (vinte e cinco), profissionais da rede de saúde interessados em dinamizar as práticas que são realizadas na sua área de atuação ou que estejam interessados em desenvolver novas perspectivas de cuidado.

São ofertadas oficinas de Massagem e Automassagem, Práticas Corporais Chinesas, Práticas Corporais Indianas, Cura em Expressão e Trofoterapia, possibilitando ao profissional a oportunidade de vivenciar a teoria e prática dessas técnicas, abordando o cuidado individual e em grupos. A partir de participações em oficinas temáticas e atividades de promoção à saúde, o CPICS Valentina vem incentivando os profissionais da Atenção Básica a adotarem um estilo de vida mais ativo e saudável, estimulando estas transformações na comunidade, através das ferramentas apresentadas.

## CONCLUSÃO

Vivencia-se a realização de sonho na saúde pública que é ofertar à população uma terapêutica diferenciada, através das terapias integrativas e complementares,

buscando promover a saúde e reestabelecer o equilíbrio do ser humano de uma maneira mais suave, barata e eficaz.

Este sonho, ainda carece de muito trabalho para poder se estabelecer como uma política dentro do campo da saúde pública. No entanto, afirma-se a potência deste centro de práticas integrativas e complementares como canal de abertura e fortalecimento para essa nova realidade que vem se organizando. Os desafios são muitos, principalmente quando se apresenta a ótica holística/integral para um sistema de saúde compartimentalizado.

Para que esta nova proposta comece a ganhar força e conhecimento na rede de saúde, ações são promovidas: qualificação dos profissionais para atuar nas pontas, estimular a participação popular para estabelecer uma construção coletiva, adaptação dos sistemas de monitoramento e angariação de fundos federais para manter os serviços. Esses são alguns dos pontos que se constitui como foco de trabalho para a garantia da continuidade dessas práticas no município.

A experiência do CPICS do Valentina tem trazido a este bairro um novo referencial de saúde. Nesse tempo de funcionamento percebe-se a transformação que essas práticas têm realizado na vida das pessoas, principalmente pela procura crescente aos atendimentos e confirmada a partir dos vários relatos recebidos dos usuários e médicos das USF vizinhas. Tamanha procura tem criado para o serviço uma demanda reprimida nos atendimentos individuais e um funcionamento dentro dos limites nas práticas coletivas. O que nos mostra a necessidade de ampliação nas práticas a fim de garantir a oferta de serviços em PIC a uma parcela maior da comunidade.

Vivenciar esse novo momento na saúde da população é sem dúvida um grande estímulo para continuar nessa caminhada. Mesmo diante de todos os desafios, está se construindo uma nova realidade na saúde pública, vivenciando o sonho de ofertar as PIC no SUS.

## REFERÊNCIAS

FRANCO, TB.; BUENO, WS.; MERHY, EL. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de saúde pública, v.15, n 2, p.345-353, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL. Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Portaria nº 971, 3 de maio de 2006.

SOUZA, D.; SILVA, M. J. P. da. O holismo espiritualista como referencial teórico para o enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 26, n. 2, p. 235-42, agosto, 1992.



## **NASF: ESPAÇO VIABILIZADOR PARA IMPLANTAÇÃO DAS PICS – SHANTALA**

**José Rodrigues Freire Filho** (Mestrando do Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

**Franciele Oliveira Pedroso Fagundes** (Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Alpinópolis/MG).

**Aldaísa Cassanho Forster** (Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

### **INTRODUÇÃO**

Ao constatar a necessidade de expandir a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Primária à Saúde, de fortalecer o processo de regionalização, territorialização e apoiar a equipe para elevar a resolubilidade das ações de saúde; o Ministério da Saúde cria no ano de 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, preceituou que o NASF deva ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), com foco nas práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade da equipe de SF. (Brasil, 2008).

Nesse contexto, com o propósito de fortalecer a atenção básica em escala nacional é editada uma nova normatização: a Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), revogando a então portaria que cria os NASF's.

A composição de uma equipe NASF deve garantir profissionais de diferentes áreas do conhecimento de modo que atuem em conjunto com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade dessas.

As principais atividades do NASF estão voltadas para ações com enfoque no território, como consultas e visitas, atividades coletivas e abordagem dos riscos. A atuação da equipe na unidade de saúde direciona-se ao cuidado individual e coletivo, relacionadas com o cuidado ao cuidador e àquelas diretamente relacionadas às atividades com ESF, tais como discussão de caso clínico, apoio à organização e qualificação do processo de trabalho e atividades pedagógicas.

Nessa circunstância, o NASF apresenta como um espaço viabilizador para implementação das práticas integrativas complementares em saúde (PICs), as quais, por meio de abordagens alternativas possibilitam a promoção do cuidado integral do ser humano, a partir de recursos eficazes e seguros, na lógica do acolhimento e desenvolvimento do autocuidado.

Dentre os recursos, a Shantala é uma modalidade inserida nas práticas complementares, definida como uma técnica indiana milenar, mais utilizada em crianças com idade a partir de um mês de vida até três anos de idade, que por meio de massagem permite sensação de prazer e segurança remetendo às lembranças dos movimentos intrauterinos (SANTOS, 2009).

Além de despertar confiança e fortalecer um vínculo com o bebê, a Shantala acalma, relaxa, reduz prisões de ventres e ainda alivia as terríveis cólicas.

Frédéric Le Boyer, um obstetra, percebeu que na Índia, apesar da pobreza, as crianças tinham bom tônus muscular e eram alegres. Pesquisou e conheceu Shantala, nas ruas pobres de Calcutá (SILVA, 2007).

É nesse contexto que insere o objeto desse estudo.

## OBJETIVO

Descrever a experiência de implantação do projeto Shantala, pela equipe NASF de um município do estado de Minas Gerais, Brasil.

## MÉTODO

Período de realização: junho a dezembro de 2012.

Cenário que levou a realização do Projeto: Diante da proposta de criar uma ferramenta para intervir em processos com enfoque no usuário, desenvolveu-se o Projeto Shantala, visando estimular o desenvolvimento de bebês, aumentar o laço afetivo existente entre mãe e filho focando a produção do cuidado, buscando atingir a promoção de saúde do público alvo.

Propostas do projeto:

- Ensinar a técnica para o cuidador (a), a partir do favorecimento do vínculo entre bebê e cuidador (a), trabalhando a confiança e ampliação da capacidade de estabelecimento afetivo;
- Ensinar a técnica para os ACS's tornando-os aptos para transmiti-la para outras mães de sua microárea.

Público alvo: bebês de 01 a 10 meses, cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pertencentes às áreas de cobertura das cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município.

Amostra: bebês de 1 a 10 meses, selecionado por cada agente comunitário de saúde (ACS) de sua microárea. O município apresenta 31 profissionais ACS. Portanto a amostra deveria ser de 31 bebês.

Critério de seleção: um bebê de 1 a 10 meses, selecionado por cada ACS, que tivesse ou não atraso no desenvolvimento, e que necessitasse de estímulo e/ou aumento do vínculo afetivo com a mãe.

Etapas do projeto:

Junho – Apresentação do projeto ACS e seleção de uma criança (de 0 a 10 meses) de sua microárea para ensinar a técnica Shantala.

Julho a novembro – início das visitas e demonstração da técnica Shantala na casa das crianças participantes do projeto juntamente com o ACS responsável. Periodicidade das visitas: semanal.

O ambiente será previamente preparado – sala/ quarto tranquilo com luminosidade reduzida, colchonetes e música instrumental própria para crianças.

Dezembro – encerramento das visitas e entrega de materiais (guia vínculo CD's) para agentes comunitárias de saúde.

Materiais utilizados: óleo vegetal (camomila, amêndoa, passiflora) para as manobras. 1 boneca bebê (para demonstração da técnica), 1 rádio portátil (+CD/pendrive com músicas infantis), 1 banheira, 1 toalha, 1 fralda, 1 travesseiro, guias vínculo CD's.

## **RESULTADOS** pela reconstrução do modelo de cuidado

Com a realização da Shantala as crianças obtiveram os seguintes benefícios:

- Circulação sanguínea facilitada;
- Equilíbrio do sistema imunitário;
- Alívio das cólicas;
- Sono mais tranquilo;
- Estímulo dos cinco sentidos;

Ademais, o projeto Shantala possibilitou espaço de escuta da dupla cuidador/criança, buscando acolher e trabalhar os temas que surgiram espontaneamente durante o trabalho, como desenvolvimento infantil, rotina, vínculo, relação afetiva, alimentação entre outros.

Trinta e seis crianças participaram deste projeto, sendo trinta e duas delas selecionadas pelas ACS, e quatro pelas mães que procuraram o serviço na ESF. As

ACS aceitaram de forma positiva a proposta. Apenas três não puderam acompanhar a terapeuta nas visitas.

As mães consideraram a técnica fácil e prática. Dias após deram depoimentos confirmando os benefícios que foram proporcionados aos seus filhos, dentre eles, melhora no sono e intestino e diminuição das cólicas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 3 nov. 2011.

SANTOS, A.P. **A massagem infantil e seus benefícios**. Disponível em: <[http://www.abcspas.com.br/artigos\\_detalhe.asp?id=15](http://www.abcspas.com.br/artigos_detalhe.asp?id=15)>. Acesso em: 21 jun de 2012.

SILVA, R. **O que é Shantala?** Disponível em: <<http://www.renataterapeuta.com.br/somos.htm>>. Acesso em: 02 jul 2012.

## MASSOTERAPIA: EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE ENFERMAGEM DA UEFS

Indiara Campos Lima (UEFS, Docente);

Ednaldo Magalhães Ferreira Filho; Karolina Carvalho da Silva; Laryssa Farias Barbosa; Mariana Santos Ribeiro (UEFS, Discentes).

## INTRODUÇÃO

As Terapêuticas não Convencionais são terapias que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e nessa perspectiva sua implementação visa fugir da racionalidade do modelo médico dominante, tecnológica

e mercantilizadora, no momento em que adota uma postura holística e naturalista diante da saúde e da doença, assim a cura é buscada, não apenas na eliminação dos sintomas, mas em um movimento para estabelecer o relacionamento da pessoa com o todo<sup>1</sup>. Essas terapias complementares têm como um dos seus objetivos serem utilizadas visando um atendimento integral, promovendo a saúde do indivíduo assistido e não a doença como no modelo biomédico. Diante disso, em 2006 o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>. A partir desse momento o indivíduo passa a ser visto na sua dimensão global, sem perder de vista a sua singularidade, a PNPIC passou então a corroborar para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS.

Há que salientar que a enfermagem exerce papel fundamental nesse contexto de inserção de terapias integrativas e complementares, já que esta é uma profissão do cuidar em contato direto com a população, tendo a oportunidade de educá-la e esclarecê-la quanto ao uso (benéfico ou não) dessas práticas, seja em hospitais, em centros de saúde ou junto à comunidade<sup>3</sup>. A Resolução 197/97 do COFEn, estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem desde que este tenha concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênera, com uma carga horária mínima de 360 horas<sup>4</sup>. Sendo assim, o profissional enfermeiro necessita ampliar seus conhecimentos e conquistar o espaço, que lhe é de direito, para inserir-se nas práticas das terapias.

A massagem terapêutica provoca o aumento do suplemento de sangue e de oxigênio nas áreas massageadas, condicionando o seu aquecimento e o conseqüente alívio da dor e redução de contraturas musculares. Além destes efeitos diretos sobre as áreas intervencionadas, a massagem proporciona indiretamente uma diminuição do estresse, melhorando situações de ansiedade e de depressão e provocando relaxamento e bem-estar geral. Os efeitos terapêuticos da massagem resultam do seu impacto nos sistemas muscular, nervoso e circulatório<sup>5</sup>.

O homem enquanto ser biopsicosociocultoespiritoenergetico precisa ser compreendido e cuidado em sua integralidade, sendo as práticas complementares e integrativas um dos instrumentos ao alcance dos profissionais de saúde. O projeto de extensão "TnC e Você" da Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS, incentiva a conhecer, apoiar e incorporar experiências antes desenvolvidas pela disciplina terapêuticas não convencionais junto à comunidade universitária e externa, destacando a importância destas práticas no controle do estresse e tensões diárias, harmonizando o ser humano. O objetivo deste trabalho é relatar as percepções acerca da realidade e as experiências vivenciadas por graduandos em

Enfermagem, bolsistas do projeto, na realização das práticas integrativas, especificamente a massoterapia.

Este estudo é um relato de experiência das práticas realizadas no projeto TnC e Você, vivenciadas por acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no município de Feira de Santana, Bahia. Estas se desenvolvem no espaço físico do projeto situado no Laboratório de Enfermagem da UEFS, no qual os acadêmicos bolsistas e voluntários já promovem o atendimento semanal. O projeto dispõe de uma sala equipada com maca, cadeira ergométrica, som, essências e todos os outros materiais necessários para realização dos atendimentos. Além disso, dispõe também de um espaço físico no MP 62A, o qual é utilizado para realização dos estudos de grupo, organização de atividades, registro de atendimentos e acesso a computadores, o que facilita as atividades da extensão universitária.

O projeto tem como público alvo os discentes, docentes, funcionários e integrantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), da UEFS; além da comunidade participante de eventos no qual o projeto participa. Sendo do total de vagas disponibilizadas: 33% aos discentes, 33% aos docentes, 33% aos funcionários e 1% para a comunidade externa. Para o desenvolvimento do projeto se faz necessário que o cliente preencha uma ficha de inscrição, onde constam dados pessoais do mesmo (nome; endereço; categoria- docente, discente, funcionários; antecedentes pessoais e familiares; etc), pois estes dados possibilitam o controle quantitativo e qualitativo dos atendimentos ofertados e evita que o cliente responda às mesmas informações para outras práticas integrativas oferecidas. É necessário principalmente que o atendimento à comunidade seja realizado por bolsistas após o treinamento supervisionado. Também é importante a notificação das aferições de pressão antes e após terapia integrativa que duram em média 30 minutos. Em posse dos dados adquiridos pelos registros nas fichas, são produzidos relatórios periódicos diferenciando as terapêuticas aplicadas e os benefícios que trazem ao indivíduo.

As práticas realizadas pelos discentes incluem: massagem relaxante, que envolve manipulação de músculos e tecidos moles e reduz as dores e tensões musculares<sup>6</sup>; massagem terapêutica na cadeira: eficaz nos casos de ansiedade e estresse, realizado em cadeira ergométrica de maneira mais rápida<sup>7</sup>; e massagem reflexológica podal: técnica específica de pressão que atua em pontos reflexos precisos dos pés de forma sistemática para equilibrar os canais de energia<sup>8</sup>.

Dados de outubro de 2010 (data de aprovação do projeto) e dezembro de 2012 foram atendidas 386 pessoas com 737 massagens realizadas. Constatou-se que no período de 2010 para 2012, houve um aumento de aproximadamente 239% na procura ao projeto e 135% nas práticas realizadas. Ao avaliar o andamento do projeto percebemos que ele vem alcançando os principais objetivos propostos,

mesmo diante de certas dificuldades, que inclui o atendimento em práticas complementares e a realização do “Espaço Anti Estresse” em eventos acadêmicos e na disciplina Terapêuticas não Convencionais, contribuindo para o alívio do estresse, das tensões diárias, de desconfortos musculares e doenças decorrentes do estresse. Além de alcançar esses objetivos, os graduandos juntamente com o projeto contribuem efetivamente para o ensino e pesquisa, por meio da alimentação de um banco de dados na área de terapias integrativas e complementares, o qual tem sido utilizado para a produção de artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, apresentação em eventos científicos e até a produção de um livro.

A crescente demanda por terapias complementares e seu progressivo reconhecimento social, acadêmico e institucional é um fato relevante. Desta forma é necessária a urgente intensificação e a oficialização das discussões sobre terapias alternativas em todas as instituições de ensino de Enfermagem, não por meio de cursos extracurriculares ou disciplinas optativas, mas sim como parte do currículo básico do enfermeiro, como disciplina obrigatória e indispensável a todos os graduandos, afinal, no mundo conturbado em que vivemos, o conhecimento de qualquer prática que possa auxiliar na assistência à saúde ao indivíduo e possa aumentar sua qualidade de vida é sempre útil. Diante dos resultados apresentados, conclui-se que apesar das dificuldades enfrentadas, como por exemplo, o número reduzido de bolsistas de extensão e ao pequeno espaço físico para o desenvolvimento das atividades, o projeto, vem alcançando os objetivos com sucesso. Através da realização da massoterapia e a posterior verbalização pela população atendida, constatou-se que a prática proporciona o controle e prevenção do estresse, melhorando situações de ansiedade, promovendo relaxamento e bem-estar elevação da autoestima, bem como harmonia entre mente/corpo.

As experiências vivenciadas contribuem na formação acadêmico- profissional por meio da interação com a Universidade e a Sociedade (comunidade acadêmica e afins), o que caracteriza o projeto TnC e Você como Extensionista. Desta forma conclui-se que a busca por interação junto à sociedade vem se efetivando, tornando-se um espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo (ensino/aprendizado), possibilitando superar qualquer tipo de desigualdade social existente. Para os discentes que utilizam as praticas integrativas enquanto instrumento para o cuidar observa-se uma maior proximidade e sensibilização desde o acolhimento, possibilitando estabelecer vínculos afetivos e confiança mútua entre o ser-cuidado e o ser-cuidador.

## REFERÊNCIAS

1. TSUCHIYA, Kátia Kaori; NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira do. Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro. **Rev Enferm UNISA**; 3: 37-42, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. CEOLIN, T.; HECK, R.M.; PEREIRA, D.B.; MARTINS, A.R.; COIMBRA, V.C.C.; SILVEIRA, D.S.S. A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. **Enferm. glob.** n.16, 2009.
4. COFEn. Resolução 197/1997. Dispõe sobre as terapias alternativas.
5. MARQUES, Cândida Nunes Casimiro. **A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal**. Universidade de Lisboa. Lisboa, Set/2010.
6. ELIAS, Marcia C.; ALVES, Elaine, TUBINO, Paulo. Uso de medicina não-convencional em crianças com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, p. 237-243, 2006.
7. LIMA, Indiara Campos. **Terapêuticas não convencionais: uma visão geral**. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana: UEFS, 2009.
8. LIMA, Indiara Campos. **Relatório do espaço anti-estresse na III Feira de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana**, Feira de Santana: UEFS, 2010.

## **NOVO MOMENTO NO SUS: REALIDADE DAS PIC EM JOÃO PESSOA**

**Francisco Douglas Cabral Leite**<sup>46</sup>; Andréa Carrer Carvalho<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Francisco Douglas Cabral Leite (Secretaria de Saúde de João Pessoa/ CPICS do Valentina, Coordenador);



## INTRODUÇÃO

A cidade de João Pessoa vem se firmando como um polo de PIC no SUS, investindo recursos próprios tanto em centros de especialidades holísticas, quanto em qualificações para os profissionais da rede de saúde, tornando-se um referencial dessa nova experiência do SUS.

Desde 2005 foram desenvolvidas as primeiras atividades buscando identificar e estimular as PIC na rede de saúde de João Pessoa e intensificaram-se as ações a partir de 2006, com a aprovação da PNPIIC que busca, sobretudo à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Este movimento se iniciou com a Fitoterapia logo após, entre 2007 e 2008, houve um investimento na formação de Terapeutas Comunitários. Ainda em 2008 aconteceu a inserção de Homeopatas, Acupunturistas e Educadores Físicos na equipe NASF e a criação do Grupo de Trabalho (GT), sobre PIC, composto por apoiadores, trabalhadores de USF e técnicos da Secretaria de Saúde, com o objetivo de implementar as PIC na rede SUS. O GT PIC foi o responsável pela sensibilização dos trabalhadores, usuários e gestores da rede de saúde, conseguindo apoio e investimento para a implementação das PIC no município.

## OBJETIVO

Ao socializar a experiência de uma gestão comprometida em resignificar e ofertar outras linhas de cuidado, investindo em práticas integrativas e complementares como uma política pública em saúde. Espera-se contribuir para o processo de implementação das PIC no SUS, através da divulgação da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB.

## MÉTODO

Em 2010 foi aberto o primeiro núcleo de práticas funcionando no Parque Arruda Câmara contando com 5 funcionários (sendo 4 terapeutas e um coordenador). Em 2012 tivemos a inauguração de mais dois centros: o CPICS do Valentina Canto da Harmonia (contando com 25 funcionários, sendo 15 terapeutas) e o CPICS – Equilíbrio do Ser (41 funcionários, sendo 20 terapeutas). Esses centros funcionam com atendimentos individuais e terapias coletivas. São espaços multiplicadores desse conhecimento holístico. Nos CPICS – Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde São ofertadas as seguintes especialidades: MTC-Acupuntura, Massoterapia, Floral, Reiki, Terapia Quântica, Homeopatia, Quiropraxia, Gestalt-terapia, Fitoterapia, Biodança, Bio Respiração, Yoga, Tai Chi Chuan, Meditação, Danças Circulares, Resgate da Auto Estima, Terapia Comunitária, Arteterapia, Terapia Ayurvédica, Reflexologia, Terapia Floral,

---

<sup>47</sup> Andréa Carrer Carvalho (Secretaria de Saúde de João Pessoa/ CPICS Equilíbrio do Ser, Coordenadora).

Auto massagem e Cura em Expressão. Em 2012, aproximadamente 10.000 usuários foram atendidos nestas práticas.

Na intenção de expandir as terapias para atenção básica, são realizadas diversas qualificações destinadas aos profissionais da rede de saúde. Foi realizada a Primeira Iniciação em Terapia Integrativa (apresentando oficinas de: Massoterapia, Práticas Corporais Chinesas, Práticas Corporais Indianas, Trofoterapia e Cura em Expressão), que contou com 25 participantes entre ACS, apoiadores e profissionais da Atenção Básica. Também foram realizadas qualificações de Reiki, Shantala, Automassagem, Auriculoterapia e Oficinas de Escola da Coluna, totalizando uma média de 250 participantes.

Em toda rede de PIC o fluxo de atendimento acontece por demanda espontânea por acreditar que acolher todas as pessoas que procuram este serviço, está se garantindo a acessibilidade universal. Sendo assim, o serviço vem assumindo sua função essencial de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver e/ou amenizar as demandas da população atendida (FRANCO et. al., 1999).

Grande parte dos casos que chegam aos centros tem relação a dores crônicas (reumatismo, artrite, artrose e etc), transtornos mentais (depressão, pânico, bipolaridade, dentre outros) e prevenção e manutenção da saúde.

## CONCLUSÃO

Esse é um momento especial na história da saúde pública de João Pessoa - PB, está se investindo numa terapêutica holística dentro da rede de serviços, oportunizando aos usuários uma maneira diferente de ser tratado. Desta maneira, fica garantida a efetivação dos princípios do SUS, pois ao perceber o usuário de uma maneira holística possibilita-se a integralidade do atendimento. No momento que o cuidado ocorre de forma mais humana consegue ser equânime no tratamento e garantir uma pluralidade terapêutica, efetiva-se a democratização e a universalização do SUS.

A aceitação das PIC pela sociedade é resultado da maneira integral de enxergar o ser humano que faz com que essas práticas sejam muito mais humanizadas, tornando o processo de cuidado mais "leve" e formando uma relação dialógica na relação terapeuta-paciente. Tem-se observado com isso uma grande procura da população pelos serviços e uma notável satisfação com o atendimento.

O próximo passo dessa Política Municipal é expandir as PIC para as pontas da rede, descentralizar. Qualificar os profissionais (interessados) da rede de saúde para desenvolver essa terapêutica complementar nos seus locais de trabalho, para isso a secretaria de saúde tem buscado incentivar as Oficinas e Qualificações nos CPICS e está firmando uma parceria com a Universidade Federal da Paraíba para certificar esse processo.

Este é um caminho que está apenas iniciando, existe muito a ser realizado e muitos desafios a serem superados, mas a grande transformação que já é vista em poucos meses de funcionamento, impulsiona a vontade de ver tal política se fortalecendo e fazendo parte de outras realidades no Brasil.

## REFERÊNCIAS

FRANCO, TB.: BUENO, WS.; MERHY, EL. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de saúde pública, v.15, n 2, p.345-353, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL. Política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Portaria nº 971, 3 de maio de 2006.

## **SENSIBILIZAR PARA UM NOVO CICLO: UM OLHAR INTEGRATIVO PARA SERVIDORES EM PROCESSO DE APOSENTADORIA DA SES-DF**

**Ana Beatriz Duarte Vieira** (Secretaria de Saúde do DF- Enfermeira)

**Verônica Carneiro Ferrer** (Secretaria de Saúde do DF – Terapeuta Ocupacional);

**Ozélia Evangelista** (Secretaria de Saúde do DF – Gerente das Práticas Integrativas em Saúde).

### **INTRODUÇÃO**

O Projeto “Novo Ciclo” está previsto para ser realizado numa parceria entre as Coordenações Técnicas de Meditação e Reiki, Gerência de Aposentadoria e Pensões e a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. OBJETIVOS: Tem como objetivo sensibilizar os servidores, em processo de transição para aposentadoria, para promoção do autoconhecimento e autocuidado no sentido de se prepararem para o novo ciclo. MATERIAL E MÉTODO: A abordagem metodológica teórico-prática terá como eixo estruturante premissas básicas que se ancoram por meio da escuta, do silêncio, da respiração consciente e do toque energético. As vagas serão ofertadas para cada Região de Saúde da Rede do DF. Os temas abordados terão inter-relação com legislação pertinente sobre aposentadoria e com as práticas vivenciais da Meditação e Reiki. RESULTADOS: Pretende-se com esta sensibilização despertar no servidor o cuidado com a saúde física, mental e emocional tendo como finalidade proporcionar uma transição para o novo ciclo com maior consciência. CONCLUSÃO: Acredita-se que esta iniciativa propiciará uma instrumentalização para privilegiar o autocuidado e fortalecer a qualidade de vida no trabalho e no novo ciclo que se aproxima.

**Palavras-chave:** meditação, reiki, saúde do trabalhador

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, 2006.
2. VIEIRA, A. B. D. Cuidando de quem cuida. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília: Universidade de Brasília, 2004.
3. TOSTA, Carlos Eduardo. Meditação e Psiconeuroimunologia. Palestra no projeto Abraçando a saúde: qualidade de vida, humanização das relações e prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis. LACEN – Brasília, 2007.
4. KLATT, O.; LINDNER, N. O Reiki e a Medicina Tradicional – Como a medicina energética e a medicina clássica se completam; tradução Zilda Hutchinson Schild Silva. São Paulo: Pensamento, 2009.
5. CUNHA, M<sup>a</sup>. T. M. C: Apostilas dos Seminários de Reiki – Primeiro Nível, 2003; Segundo Nível, 2004; Terceiro Nível, 2006.

## GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS: DEVOLUTIVAS COMO ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO

Laila Angélica de Lima<sup>48</sup>; Maria Antonietta Albuquerque de Souza<sup>49</sup>.

### I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

INTRODUÇÃO

Pela reconstrução do modelo de cuidado

Vários vínculos integram a atividade de extensão, dentre estes a devolução para à população dos produtos alcançados em uma investigação científica. Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a possibilidade da experiência das devolutivas da pesquisa “Decisão e intersubjetividade: mediação em redes de usuários e práticas de formação no campo da saúde d@ idosos@ (2010-2012)”, constituírem uma estratégia para a organização comunitária, pelos estímulos às formas de sociabilidades entre cuidadores de idosos e estes e entre os próprios idosos.

---

<sup>48</sup> Laila Angélica de Lima (Graduanda em Enfermagem, Universidade de Pernambuco - UPE *Campus* Petrolina-PE. Bolsista PFA. UPE, 2011);

<sup>49</sup> Maria Antonietta Albuquerque de Souza (Professora orientadora: Socióloga, professora adjunta da Universidade de Pernambuco, UPE, *Campus* Petrolina-PE).

Assim, a investigação e a coleta de informações a respeito de tema (assunto) específico, caracteriza de forma sucinta o significado atribuído à palavra pesquisar. Gatti (2002) a define como um ato pelo qual procuramos obter conhecimento sobre alguma coisa. O projeto de pesquisa referido nasce vislumbrando as demandas sociais à ciência e a consideração destas, o seu reconhecimento. Por isso, desenvolveram-se após as análises ações para que, os “resultados” obtidos na investigação a respeito da interpretação dos sentidos atribuídos pelos cuidadores primários da saúde de idosos aos seus trabalhos, sofressem nova reflexão coletiva. Trata-se de trabalho colaborativo, não remunerado, vinculado às redes primeiras/primárias: cuidadores de membros da própria família e cuidadores de atores em outras posições na comunidade do bairro Cosme e Damião de Petrolina, PE.

A opção metodológica pela Pesquisa-ação, de natureza participativa e praxiológica (BARBIER, 2002) constituiu, desde o início, um caminho no qual a ciência (alunos e professores) não somente levam em conta as demandas e as reivindicações emergidas ao longo das entrevistas, dos grupos focais, dos colóquios, das conversas e das reuniões temáticas de devolutivas, mas, também, buscam o diálogo com os sujeitos informantes e seus grupos primários e instituições - vislumbrando alterar situações para favorecer a saúde.

O estudo em questão teve base na pesquisa originária citada, e esmerou-se em identificar como são reconhecidos esses cuidadores de idosos, nas redes colaborativas primárias, tendo como instrumento a devolutiva dos resultados da pesquisa. Por isso, são importantes os momentos dos feedbacks, dos encontros com cuidadores pesquisados ou não, com idosos e outras pessoas dessa comunidade, para a distinção e descrição de distanciamentos entre que foi interpretado pelos pesquisadores e o que pensam os cuidadores pesquisados sobre suas experiências.

Esses momentos foram imprescindíveis para a articulação e o fortalecimento dos laços, estimulantes e avaliativos, das possibilidades da organização de um Grupo de Convivência de Idosos (GC) no bairro que resguarde certa autonomia.

## **METODOLOGIA**

Para investigação, foi pertinente o uso da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES), sistematizada por Martins (2009, 2011). Esta se apoia na teoria da dádiva do cuidado (HONNET, 2003; CAILLÉ, 2008, MARTINS, 2009; 2011), e permite investigar os três diferentes níveis de organização social<sup>50</sup>. Privilegia, pois, a organização da vida social cotidiana e o reconhecimento da dádiva

---

<sup>50</sup> Ao sistematizar a MARES Martins formula os níveis de organização social, apoiado no pensamento do Honnet e Caillé. 1. Nível sócio-humano, a reflexividade é condicionada pela autoconfiança que se move pelo amor; 2. Nível sócio-institucional, a reflexividade é condicionada pela autorrespeito que se move pelo direito; 3. Nível sócio-técnico, a reflexividade é condicionada pela auto-estima que se move pela solidariedade.

do cuidado, como uma relação dialógica construída em redes interativas. Assim, instrui sobre as experiências e as práticas na esfera das relações primárias, menos formalizadas, mais próprias dos vínculos comunitários “vizinhança, amizade, família”, campo desta investigação

A devolutiva com o tema das interpretações sobre cuidadores comunitários, amigos e vizinhos, foi à primeira atividade desenvolvida na comunidade. Idosos e cuidadores aglutinaram-se no Centro Catequético do Bairro e participaram quando questionados ou espontaneamente. As primeiras interrogações a serem feitas foram: como são e onde estão estes cuidadores? Como se caracterizam as relações do cuidado primeiro? Trata-se, afinal de uma forma de cuidado que não se constrói dentro de uma instituição de saúde (UBS), mas, sim por redes de pessoas próximas, que se acham na iminência da probabilidade da urgência do acaso? Uma idosa pesquisada lembra: **“É a família que presta este cuidado primeiro, porque está mais próxima”**. S1<sup>51</sup>.

Na família os sentimentos predominam como traço desta instituição que, em geral, inicialmente acolhe e cuida. Também por esta razão, no sentimento de retribuição que perpassa seus membros circula o dom da dádiva da própria existência (MARTINS, 2009). “Assim, pessoas que dão muito as outras tentam receber muito delas; pessoas que recebem muito se encontram sob pressão para dar muito àquelas de quem receberam” (BRYAN, 2006, p. 152). A obrigação, por exemplo, que um (a) filho (a) avalia que tem de cuidar de seus pais (quando há a necessidade), é estimulada quando este toma a consciência da dívida da retribuição dos cuidados, outrora feitos por seus progenitores.

As análises apontam que neste bairro o Dom da dádiva não se limita apenas ao círculo familiar, mas a comunidade (amigo, vizinho, Associação de Moradores e Igreja), em situações específicas toma essa responsabilidade sobre si. Bem visível na prática da escuta. Esta atribuída ao cuidador comunitário, sendo este o que classifica o cuidador comunitário. Ouvir o idoso constitui fator positivo para a promoção da saúde deste e outros segmentos. O sentimento de pertencer a uma comunidade (círculo aconchegante, Balman) e se unir em um bem comum, como na ajuda com um remédio, um veículo em situações de emergência, mostra como este cuidado se estende a pessoas conhecidas ou não.

A prática se estende para além do amigo ou vizinho; a Igreja, neste caso principalmente a Católica, desempenha o papel de cuidador por meio de grupos desta Instituição. Muitos idosos e cuidadores pertencem à Legião de Maria ou aos Homens do Terço. Estes grupos promovem visitas para levar à Palavra de Deus aos que precisam, mas também confortam àqueles que carecem de algo a mais como um desabafo, um conselho ou simplesmente a escuta já mencionado. Por conseguinte ao final da devolutiva, idosos externaram seus sentimentos com a

---

<sup>51</sup> As falas dos vários sujeitos da pesquisa serão representadas segundo a ordem como foram organizadas no fichário: (S= Sujeito 1...n); no texto, são apresentadas sem parágrafo no tipo Arial 12 em negrito e entre aspas.

preocupação de realização de uma atividade produtiva que envolvesse homens e mulheres no processo. Assim emergiu a Oficina de Serigrafia que teve por instrutor um idoso do bairro, membro da Associação de Moradores.

A devolutiva a cerca das interpretações sobre familiares cuidadores, destacou que o cuidado familiar é, em geral, realizado como obrigação pela dívida e/ou gratidão da dádiva da vida. Uma idosa participante expôs seu ponto de vista: ***“Hoje as famílias estão muito dispersas e esse trabalho que vocês estão fazendo é muito bom. Então, esse cuidado que a família deve ter com os seus familiares carentes, doentes, quando precisarem de alguma coisa, é uma coisa que precisa ser feita mesmo nas comunidades, é uma coisa que precisa ser trabalhada, como uma obrigação da gente de pagar o bem pelo mal, não é? Então as famílias devem ter formação para cuidar daqueles que cuidaram da gente durante a nossa vida”*** S1. Outra idosa complementa com a sua experiência pessoal: ***“Eu tenho um neto que dorme na cama comigo, de 16 anos, com medo de eu cair. Ai ele pergunta: Vó quer ajuda? Tenho uma neta e um neto, um caszinho”***. S2. Vale ressaltar que o cuidado primário assume características femininas (TRAD, 2010) uma vez que as mulheres, na pesquisa, foram identificadas como as principais cuidadoras no bairro. Porém, cônjuges, irmãos e outros familiares próximos ao idoso são incumbidos também dessa tarefa.

Além da responsabilidade de retornar as informações colhidas durante a pesquisa, preocuparam-se com o cuidado na Alimentação desta faixa etária e a instrução aos cuidadores presentes quanto aos tipos de alimentos mais recomendados aos seus cuidandos. Assim o Minicurso Alimentação saudável: “Promovendo saúde e economia com aproveitamento de alimentos” dirigido por uma nutricionista e uma enfermeira, visou à exposição da teoria quanto a alimentos recomendáveis aos idosos, e uma aula prática na qual idoso e cuidador participaram na prática das receitas. Nitidamente, a amizade entre idoso-idoso foi perceptível e o cuidado um com outro, demonstrado em todo o processo, principalmente da parte prática.

Como uma das conseqüências da primeira devolutiva, a articulação de uma oficina de serigrafia desenvolve-se com a participação direta dos idosos e cuidadores através da venda de rifas de produtos de um bingo, no qual esses produtos foram renunciados pelos próprios idosos para servirem a este propósito. Orçamento e os demais processos para a concretização da oficina foram de responsabilidade dos idosos principalmente. Muito valiosa a maneira como os idosos se portavam e se preocupavam com os outros. Além disso, a relação do instrutor com seus alunos se fez por meio da simplicidade e humildade. Ao final da oficina, o medo de não conseguir produzir uma tela, substituiu a satisfação de tê-la pronta em mãos e dá continuidade ao trabalho com autonomia.

Também como técnica de socialização visando a articulação de idosos foi realizado um Minicurso “Terapias Alternativas /Integrativas/ Coadjuvantes”: indicações e modos de fazer que teve em vista a exposição de forma geral do uso de fitoterapias como práticas de escalda pés, inalação, massagens e compressas para a confecção de Pindas chinesas (trouxinhas), assim como demonstrar a prática aos idosos e cuidadores das fitoterapias alternativas. Um enfermeiro da área expôs o uso das técnicas e posteriormente deu continuidade com a parte prática das

técnicas demonstradas. Todas as informações dadas foram regidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares no SUS. A interação e a cumplicidade entre os idosos na prática assumiram um caráter de grande valia. Eles se ajudavam no desenvolvimento das práticas, como na produção das Pindas, de forma independente e confiados em suas próprias habilidades.

## À GUIA DE CONCLUSÕES

As devolutivas da pesquisa constituíram estratégias de ação estimulante e investigativa, para a articulação de um GC. Os idosos adquiriram um espaço dentro da Associação de Moradores para a realização de suas atividades. Conflitos entre os atores e divergências de opiniões somente fortaleceram a relação entre eles, pois o surgimento de desconcertos tem como fim a resolução de problemas e o acordo entre as partes envolvidas. Além de levar em conta a importância de retornar à população investigada os resultados obtidos em uma pesquisa anterior e a explanação destes para concordância ou discordância do que foi apreendido na pesquisa. Esse processo aponta para lacunas na produção do conhecimento e para a legitimação das construções teóricas que designam formas de cuidado primário colaborativas.

## REFERÊNCIAS

BARBIER, René. *A pesquisa-ação*. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro Editora, 2007. (Série Pesquisa, v.3).

BRYAN, Robert [et. al]. *Sociologia: uma bússola para um novo mundo*. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

GATTI, Bernardete Angelina. *A construção da pesquisa em educação no Brasil*. Brasília: Plano Editora, 2002. Série Pesquisa em Educação, v. 1.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. 1ª Ed. Editora 34, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique; PINHEIRO, Roseni (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro/Recife: CEPESC-IMS/UERJ-EDITORA DA UFPE-ABRASCO, 2009.

TRAD, Leny A. Bomfim. *A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde*. In \_\_\_\_\_. (Org.). *Família contemporânea e saúde – significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.



## RESUMOS EXPANDIIDOS - MODALIDADE BANNER

### EIXO TEMÁTICO – 01

#### MST E UMA NOVA ALTERNATIVA DE CUIDADO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

**Bárbara Régia de Oliveira** (Residente em Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas; [brboliveiraa@gmail.com](mailto:brboliveiraa@gmail.com));

**Luanna dos Santos Rocha** (Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia; Universidade Federal de Alagoas; [luanna.rocha.enf@gmail.com](mailto:luanna.rocha.enf@gmail.com));

**Luciana de Amorim Barros** (Professora Mestranda; Universidade Federal de Alagoas *campus* Arapiraca; [lukota\\_amorim@hotmail.com](mailto:lukota_amorim@hotmail.com)).

#### INTRODUÇÃO

Pode-se entender a reforma agrária como um fenômeno dialético, de realização nacional, mas com fortes implicações em escala mundial. O desafio da reforma agrária no Brasil encontra-se no fato de que o seu processo de mobilização social tem em si o potencial de quebrar padrões de acumulação de renda e levar ao desenvolvimento autônomo. Além de produzir alimentos acessíveis à renda da maioria da população, os camponeses reproduzem uma diversidade social e natural, que tem em si um valor de uso e não de troca<sup>(1)</sup>.

Os “assentamentos de reforma agrária” englobam situações com origens bastante diferenciadas, como regularizações fundiárias em terras ocupadas por vezes há décadas por “posseiros”; áreas de conflitos gerados pela tentativa de expulsão de trabalhadores que há muito viviam na terra como agregados, áreas improdutivas ocupadas por movimentos de luta pela terra ou por sindicatos de trabalhadores rurais<sup>(2)</sup>.

Segundo o relatório elaborado pelo Centro de Direitos Humanos Evandro Lins e Silva, Comissão Pastoral da Terra (CPT) e Rede Social de Justiça e Direitos Humanos<sup>(3)</sup>, estima-se cerca de 4,8 milhões de famílias sem terra no País. As famílias rurais vivem com menos de dois salários mínimos mensais e possuem os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida<sup>(4)</sup>.

Segundo o censo de 2010<sup>(5)</sup>, 15,65% da população brasileira encontra-se em meio rural, uma diminuição de 3,1% em relação à proporção de 18,75% do censo de 2000. Estima-se que, desde o início do ano 2000, 15 milhões de agricultores vivam abaixo da linha da pobreza e 11% vivem de aposentadoria rural<sup>(6)</sup>.

Neste contexto de desigualdades, as populações buscaram várias formas de organização política por meio de Ligas Camponesas, datadas de 1950, ou por meio de associações e movimentos nacionalizados<sup>(4)</sup>. Assim surge também um dos maiores e mais representativos movimentos de trabalhadores rurais do Brasil e do mundo, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, o MST, que data de 1980; fruto da decisão de centenas de trabalhadores rurais em fundar um movimento autônomo, que lutasse não só pela Reforma Agrária, mas pelas transformações sociais necessárias no país<sup>(7)</sup>.

Nos assentamentos e acampamentos, as famílias organizam-se em núcleos que discutem a produção, a escola, as necessidades de cada área. Esta organização, conhecida como organização setorial garante o encaminhamento de tarefas específicas. Setores como Produção, Saúde, Gênero, Comunicação, Educação, Juventude, Finanças, Direitos Humanos, Relações Internacionais, entre outros, são organizados desde o nível local até nacionalmente, de acordo com a necessidade e a demanda de cada assentamento, acampamento ou estado<sup>(8)</sup>, criando assim um estilo próprio de organização de rotinas e serviços.

Tendo em vista o processo de modernização conservadora da agricultura no Brasil, que amplia a vulnerabilidade sócio-ambiental desta população<sup>(4)</sup> e da relação homem x meio ambiente, é necessário reconhecer as estratégias adotadas pelo movimento que se adequam e respeitam um conjunto de valores, crenças e modo de produção próprio para que a atuação do profissional de saúde junto a estas comunidades possam ser organizadas de modo a garantir a intersectorialidade as ações.

## **OBJETIVOS**

Identificar as contribuições do setor saúde do MST para a compreensão do processo saúde-doença do trabalhador rural e as estratégias de cuidado de saúde utilizadas dentro do movimento.

## **METODOLOGIA**

Estudo exploratório, do tipo revisão narrativa bibliográfica, que se utilizou de dados da literatura científica e empírica (publicações em meios de propaganda oficial) como fonte de coleta de dados.

A busca foi realizada na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO.br) e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS/Bireme), em fevereiro de 2013. Além do portal eletrônico do MST e redes de comunicação em geral, através dos descritores controlados *TERAPIAS COMPLEMENTARES; SAÚDE; PROCESSO SAÚDE-DOENÇA; SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL; ASSENTAMENTOS RURAIS* e não controlados *SETOR SAÚDE* e *MST*. Fontes não oficiais foram desconsideradas para a pesquisa.

A leitura criteriosa, seguida da análise e sistematização dos resultados, gerou três eixos de foco da atuação do Setor Saúde do MST: Produção saudável, transgênicos e saneamento e habitação.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Em Outubro de 2010, a Coordenação Nacional do Setor de Saúde declarou<sup>(9)</sup> que *“a saúde sempre fez parte da vida do Movimento; nas ocupações, por exemplo, sempre tinha uma equipe para cuidar de quem adoecesse. Em 1998; começamos a fazer uma discussão mais completa, a partir de uma pesquisa nacional do Ministério da Saúde, em uma parceria com a Universidade de Brasília, sobre a realidade de saúde nos acampamentos e assentamentos. Em 1999, constituímos então o setor de saúde, dentro da organicidade do Movimento.”*

A compreensão de saúde do movimento gira em torno da compreensão de que a implementação do SUS precisa ser diferente no campo e na cidade, contemplando ainda as lacunas no sistema<sup>(10)</sup>. Sendo assim, considera as origens culturais, biológicas e psíquicas do processo saúde-doença, reforçando o discurso de luta contra a medicalização do cuidado e contra o lucro da indústria farmacêutica em detrimento do foco curativo da saúde humana, prezando pelo conhecimento tradicional, como exposto na fala abaixo:

*“Precisamos primeiro entender que os medicamentos são um direito. Mesmo porque os medicamentos nascem de um conhecimento popular, das plantas medicinais. A luta pela quebra das patentes dos medicamentos é fundamental, inclusive porque dá prejuízo ao capital. E significa não colocar a saúde como mercadoria. Precisamos recuperar o conhecimento tradicional, o cuidado, as massagens. Outro processo importante é cuidar da alimentação. Hoje consumimos plástico. Não há preocupação com um alimento saudável, com as receitas caseiras,*

*balanceadas. Podemos avançar também na construção de um conceito mais amplo de saúde, de promoção da saúde, de valorização da vida. A saúde perpassa a relação com o outro, com o meio ambiente, com a forma de produção da vida e da existência. A forma como se estabelecem as relações sociais determina nossa saúde, nossa felicidade ou que institui a dor, doença e sofrimento.”*

Identificada a compreensão de saúde-doença do movimento, buscou-se o desenvolvimento de atividades que viessem a pôr, na prática, as atividades desenvolvidas com base nesta.

Identificou-se que desde 2006, o movimento oferece cursos de Práticas Alternativas em Saúde para acampados e assentados, que se iniciam com debates sobre conceito de saúde, além de envolver diversos temas como a Agroecologia, assim como a Medicina Tradicional Chinesa (que envolve Acupuntura, Moxabustão, Automassagens, Ti Kum, Shiatsu, Meditação), Fitoterapia, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Primeiros Socorros e Políticas em Saúde<sup>(11)</sup>.

O último curso ainda está em desenvolvimento, e conta com educandos de diferentes locais. As atividades iniciam-se como discussão sobre o conceito de saúde, medicina chinesa, fitoterapia com reconhecimento de planta e oficina de pomada; organicidade, história do MST e de luta pela terra e a importância das medicinas chinesas e da medicina ocidental, e estão compreendidas entre 2011-2013, sendo a metodologia composta por aulas teóricas, experiências práticas e oficinas de socialização de saberes<sup>(11)</sup>.

Destaca-se ainda o desenvolvimento da conhecida “Farmácia Viva das Mulheres do MST”, desenvolvida inicialmente no interior de São Paulo, na cidade de Itapeva. Com esta finalidade, estão sendo criados laboratórios fitoterápicos para atender as demandas da organização<sup>(12)</sup>.

O projeto é iniciativa de um grupo de 18 mulheres assentadas em Itapeva, no interior de São Paulo. Com a ajuda de Isabelle Plomb, enfermeira suíça da ONG *E-change* que morou e trabalhou como voluntária na região por três anos, garantindo, junto às mulheres do movimento, mais de 50 tinturas, pomadas, xaropes e xampus anti-caspa com as plantas da pequena horta medicinal<sup>(12)</sup>.

Entre seus produtos estão as pomadas de salsa (para rachadura de pele), calminex (para massagem), a milagorosa (limpeza, anti-infectante e anti-inflamatória), a pomada contra manchas (provocadas pelo sol ou pela gravidez), tinturas de mil-folhas, que é a matéria-prima da Novalgina, de atroverão, para dor

e cólicas, de tintucan, para contusões e sinusite e de tanchagem, que serve de anti-inflamatório<sup>(12)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Yeros, P. A geopolítica da reforma agrária, In: Fernandes, BM; Marques, MIM; Suzuki, JC (orgs). Geografia Agrária: teoria e poder. 1ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
2. Leite S, Heredia B, Medeiros L, Palmeira M, Cintrão R. Impacto dos Assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro. São Paulo: Editora UNESP; 2004.
3. Centro de Direitos Humanos Evandro Lins e Silva. Comissão Pastoral da Terra (CPT). Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Relatório sobre os Crimes do Latifúndio. Agosto de 2003. Disponível em: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2003/09/263634.shtml>. Acesso em: 25/02/13.
4. Carneiro, FF et al. Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 757-763.
5. Brasil. Comunicação social IBGE. Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. 2010. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1766>. Acesso em: 25/02/13
6. Brasil. Portaria 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. 2004.
7. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Nossa história. 2009. Disponível em: <http://www.mst.org.br/node/7702>.
8. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Organização. 2010. Disponível em: <http://www.mst.org.br/taxonomy/term/330>.
9. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. 2010. “Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime”. Disponível em: <http://www.mst.org.br/jornal/307/entrevista>.
10. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. “Uma contribuição do MST para a discussão sobre saúde”. 2010. Disponível em: <http://www.mst.org.br/Uma-contribuicao-do-MST-para-a-discussao-sobre-saude-andre-rocha>.
11. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Seccional Rio de Janeiro. “Setor de Saúde promove cursos no norte e no sul do Estado”. 2011. Disponível em: <http://boletimmstrj.mst.org.br/setor-de-saude-promove-cursos-no-norte-e-no-sul-do-estado/>.

12. Lerrer, DF. A Farmácia Viva das mulheres do MST. Ciencia y tecnologia. La insígnia. 2013. Disponível em: [http://www.lainsignia.org/2001/enero/cyt\\_003.htm](http://www.lainsignia.org/2001/enero/cyt_003.htm)

## **CONTRIBUIÇÕES DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE CUIDADO.**

**Elvira Rodrigues de Santana (UFRB, Discente)**

A literatura socioantropológica sobre Itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Esse referencial fundamenta-se na evidência que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver seus problemas de saúde. A compreensão sobre como as pessoas constroem seus itinerários terapêuticos são fundamentais para orientar ações e políticas em saúde, no momento em que se busca incessantemente efetivar os princípios do SUS e incorporar ao sistema praticas alternativas e complementares que sejam centradas no individuo. Este estudo trata-se de um ensaio teórico que busca refletir sobre as contribuições dos itinerários terapêuticos na construção de novas formas de cuidado. No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde. O desconhecimento das noções que os sujeitos têm acerca do processo saúde-doença-cuidado que são construídas em consonância com o seu contexto sociocultural específico podem levar ao fracasso terapêutico e insucesso prático. Conhecer os modelos e as práticas mais relevantes e recorrentes adotados pelos indivíduos portadores de enfermidade são essenciais para contribuir para as terapêuticas, e devem fazer parte das estratégias de promoção e cuidado em saúde, e também tornar o reconhecimento das experiências singulares dos indivíduos, peça fundamental na construção de projetos cuidadores.

**Palavras-chave:** Itinerários Terapêuticos; Cuidado; Serviços de Saúde; Praticas alternativas.

## ATO MÉDICO, PROFISSÕES REGULAMENTADAS DE SAÚDE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS: ENTRAVES À COEXISTÊNCIA.

Leila Massière Carneiro<sup>52</sup>; Silke Weber<sup>53</sup>

### INTRODUÇÃO

A profissão médica tem sido uma das mais competentes em assegurar sua autoridade nas sociedades. No Brasil, os médicos detêm, desde 1957, um Código de Ética aprovado e um Conselho organizado de forma representativa, autárquica, autônoma e federalizada (Lei 3.268/57). Mas apesar de toda esta estrutura institucional, não ficou definida a competência exclusiva do médico em seu cotidiano profissional (FERNANDES, 2004).

Nos últimos 20 anos novas profissões foram desmembradas do corpo da Medicina e se tornaram independentes por força da legislação. Todas elas possuem alguma interface com a Medicina, e as fronteiras de competência não são delimitadas de forma consistente. Ao mesmo tempo, novas formas de cuidado propostas pelas chamadas práticas integrativas aumentaram a complexidade nas relações entre distintos saberes. Somados, estes fatores vêm contestando a hegemonia médica e desencadeando disputas e negociações, o que levou a categoria a se mobilizar para estabelecer sua jurisdição.

Inicialmente buscou-se a via da auto-regulação: os Conselhos profissionais configuraram-se como autarquias, às quais cabe regular e disciplinar o exercício profissional, assegurando tanto os interesses corporativos dos profissionais habilitados quanto os da sociedade em geral (FAVIEIRO, 2007). A Resolução nº 1.627/01 do Conselho Federal de Medicina (CFM) definiu o ato profissional de médico como todo procedimento que envolva promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação no campo da saúde (FERNANDES, 2004).

Porém, as resoluções dos Conselhos profissionais só têm validade sobre as atividades de seus membros e, portanto, não foi acatada pelos demais profissionais do campo e nem pelos usuários dos serviços de saúde. Para garantir o monopólio de mercado e definir suas competências exclusivas no Brasil, é necessária a

---

<sup>52</sup> Mestre em sociologia pelo PPGS – UFPE, pós-graduada em acupuntura (IBPEX), graduada em ciências econômicas (UFMG), coordenadora da pós-graduação lato sensu em acupuntura da escola Shen – Estudos de Medicina Chinesa do Recife.

<sup>53</sup> Prof. Emérita do PPGS (Programa de Pós Graduação em Sociologia) da UFPE. O presente trabalho foi apresentado como requisito para conclusão da disciplina Sociologia das Profissões.

aprovação de uma lei federal específica: cabe à União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões (Artigo 22 Inciso XVI da Constituição Federal de 1988).

O Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 25 surge com este intuito e é percebido como ameaça pelas demais profissões de saúde, que passam a impor-lhe uma forte resistência. É de fundamental importância conhecer suas implicações, tanto para as categorias profissionais envolvidas na disputa quanto para os usuários de saúde, tanto no âmbito do SUS quanto na esfera privada de oferta dos serviços.

## **OBJETIVO**

Buscamos entender por que tal regulamentação tornou-se um anseio por parte dos médicos, assim como os pontos polêmicos que transformaram o PLS n.5 em uma ameaça para os demais profissionais de saúde. São debatidas questões de chefia, diagnóstico, prescrição e execução de procedimentos terapêuticos, assim como as estratégias de ação adotadas pelos grupos de interesses divergentes.

## **MÉTODO**

A partir do conceito de 'campo' de Bourdieu (1983), obtemos as bases para o estudo das táticas adotadas na luta concorrencial que se trava entre os atores, consideramos o poder real de cada grupo em efetivar ações em prol de seus interesses, de acordo com o capital social de que dispõe no campo da saúde.

O conflito é analisado através do arcabouço teórico da sociologia das profissões. Abbott (1988) define o laço que se estabelece entre um grupo profissional e a área de conhecimento sob seu controle como a jurisdição deste grupo, conquistada como resultado de suas inter-relações com os demais. Isto traz o aspecto conflituoso para os processos de profissionalização, que passam a ser entendidos como luta pela monopolização dos espaços profissionais constantemente recriados por novas tecnologias e novas demandas sociais.

A categoria 'Racionalidade Médica' criada por Luz (1997) é fundamental para a discussão sobre o diagnóstico, prescrição e execução terapêutica, pois faz emergir outros sistemas médicos, tão complexos e estruturados quanto a Medicina Ocidental Contemporânea.

## **RESULTADOS**

A definição do Ato Médico acarreta confrontos de autonomia, um dos pilares da profissionalização. Segundo Freidson (1988), podemos caracterizar como



profissionais aqueles trabalhadores cuja formulação, direção e execução do controle do trabalho permanecem nas mãos de membros da própria profissão. O PL pleiteia obrigatoriedade legal da chefia médica sobre os serviços médicos. Contudo, os diversos serviços de saúde como os hospitalares e ambulatoriais, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), pressupõem uma equipe multiprofissional composta por diversas profissões regulamentadas. Como a maioria delas contém médicos, o projeto pode restringir a eles a chefia das equipes.

Freidson (1988) ressalta que algumas profissões podem conquistar uma posição livre de autoridade alheia sobre seu trabalho no mercado. Isso não depende propriamente do conteúdo da educação formal ou de algum caráter intrínseco da competência, mais de uma bem sucedida organização política capaz de negociar e estabelecer jurisdição exclusiva através de sanção legal.

Segundo Fernandes (2004), os próprios médicos percebem que incentivaram a execução de atividades que consideram atos médicos por outros profissionais visando diminuir seus custos, ponto em que se acirram as disputas tanto com fisioterapeutas quanto com enfermeiros. Os primeiros têm trabalhado de maneira cada vez mais independente e por ser uma profissão recente desmembrada do médico fisiatra, nunca estabeleceu com a medicina uma subalternidade histórica, ao passo que os enfermeiros têm conquistado espaço de atuação e chefia em serviços primários de saúde e assistência ao parto.

O exercício da acupuntura surge como outro dos principais pontos de inflexão, perante a característica invasiva das agulhas e a especificidade do diagnóstico das síndromes energéticas, próprias da Medicina Tradicional Chinesa, uma ciência empírica com cerca de 3.000 anos de existência, muito anterior e sem nenhuma ligação com a Medicina Ocidental Contemporânea.

Na década de 70, o CFM rejeitou a acupuntura como atividade médica válida (Resolução Nº467, de 03/08/72), e perseguiu médicos que a praticavam: consideravam que tal terapêutica baseava-se em princípios energéticos, sem nenhuma semelhança real com a medicina ocidental. Contudo, a medida que a aceitação da técnica foi crescendo e seu mercado consumidor se ampliando, houve uma guinada estratégica: o CFM volta atrás, reconhece a acupuntura como especialidade médica em 1995. Daí por diante, passa a combater sua prática por outros profissionais e a acusa-los de exercício ilegal da medicina, confundindo propositadamente especialidade com exclusividade. Ao invés de se opor à acupuntura, travam uma disputa política e jurídica pela exclusividade de sua prática, associando-a à medicina ocidental contemporânea sob a égide da ciência e negando-lhe a coerência do sistema integrado de que se origina, numa clara tentativa de colonização de saberes (NASCIMENTO, 1998).

Processo semelhante ocorreu com a Homeopatia<sup>54</sup>: reconhecida como especialidade pelo CFM ainda em 1980, nunca foi monopólio médico de direito. Porém, isto praticamente ocorre de fato: apenas uma escola no Brasil<sup>55</sup> persiste em ensiná-la para não-médicos, impetrando uma resistência árdua e isolada.

No que tange a questão de diagnósticos próprios de outras racionalidades médicas não constam da CID e, portanto, estariam excluídas da jurisdição médica. Porém, também não se encontram explícitas dentre as formas de diagnóstico acessíveis a outros profissionais. Ocorre então que outras formas de diagnóstico não são previstas por lei - simplesmente não existem. Santos (2008) identifica tais ausências como ocultamentos produzidos por discursos estruturados a serviço de interesses particulares.

Infelizmente, as disputas por jurisdição não decorrem da responsabilidade profissional de seus membros para com a sociedade como defendia Parsons (BARBOSA, 1993). A capacidade de convencimento dos representantes das corporações depende principalmente do número de políticos que a profissão consegue atrair para a sua causa. Assim, conforme constatam Larson (1979) e Freidson (1988), a profissionalização termina por promover o domínio de determinados grupos sobre outros, caracterizando novas formas de dominação: é um fenômeno inscrito nas desigualdades sociais como relação de poder.

A sociedade brasileira defronta-se com o desafio de elaborar um novo modelo de atenção à saúde que atendam às premissas de solidariedade e resgate de cidadania e que estejam em consonância com a ciência pós-moderna. De acordo com Santos (2008), a ecologia dos saberes – onde diversas racionalidades médicas possam coexistir, evita o desperdício da experiência, o que no caso da saúde, pode ser traduzida em novas possibilidades de tratamento e cura.

O trabalho conjunto das diferentes racionalidades médicas possibilita grandes ganhos para os usuários e contribui para uma maior viabilidade prática do SUS, um projeto audacioso e fortemente atrelado a novos conceitos de saúde da OMS, que vem estimulando tanto multidisciplinaridade quanto o uso de práticas integrativas. A redação final do PL do Ato Médico amenizou vários pontos de conflito, o que aumentou as chances da aprovação final do projeto. Contudo, os pontos levantados

---

<sup>54</sup> Madel Luz e sua equipe identificaram quatro grandes racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea (MOC) ou biomedicina, a medicina tradicional chinesa (MTC), a medicina homeopática e a medicina ayurvédica. Cada uma delas se estruturam em seis dimensões: uma descrição do corpo humano (morfologia); uma dinâmica vital (descrição das maneiras de como ele funciona); uma doutrina médica (concepções acerca da origem, causas e naturezas do adoecer); um sistema de diagnose de tais doenças; e um sistema de intervenção terapêutica. Uma sexta dimensão, a cosmologia, embasa as anteriores.

<sup>55</sup> CONAHOM, ATENEMG E HOMEOPRÁS em parceria com a Universidade Federal de Viçosa – UFV. Mais detalhes, ver [www.homeopatias.com](http://www.homeopatias.com)

evidenciam as ameaças ainda presentes e as consequências reais somente serão percebidas após sua possível implantação.

## REFERÊNCIAS

- ABBOTT, A. **The system of professions: an essay on the division of expert labour.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- BARBOSA, M. L. O. **Reconstruindo as Minas e Planejando as Gerais: Os Engenheiros e a Constituição dos Grupos Sociais.** Tese de doutorado em Ciências Sociais. Campinas: Universidade Estadual, 1993.
- BOURDIEU, P. **Sociologia.** Renato Ortiz (org.). São Paulo: Ática, 1983.
- FAVIEIRO, C. P. **Conselhos Profissionais de Saúde e suas transformações, a partir da nova Constituição: um estudo comparado entre os conselhos de farmácia, de enfermagem e de medicina.** Porto Alegre: Universidade Católica, 2007.
- FERNANDES, P. J. **Ato Médico: Versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil.** Mestrado em História das Ciências da Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política.** São Paulo, Edusp, Coleção Clássicos, n. 12, 1988.
- LARSON, M. S. **The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis.** Los Angeles: University of Califórnia, 1977.
- LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** 7: 13 – 43. Rio de Janeiro: 1997.
- NASCIMENTO, M. C. **De panaceia mística a especialidade médica: a construção do Campo da Acupuntura no Brasil.** Instituto de Medicina Social – UERJ: Rio de Janeiro, 1997.
- SANTOS, B. S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política.** São Paulo: Cortez, 2ª. Edição, 2008

## REIKI COMO FERRAMENTA NOS CUIDADOS INTEGRATIVOS DO SUS

**Rafaelle Santana dos Santos** (Fisioterapeuta- autora); Grazielle Lima da Rocha Barros (Fisioterapeuta – autora);  
**José Lima Moraes Filho** (UFAL/professor- orientador)

## INTRODUÇÃO

De acordo a Organização Mundial de Saúde, OMS, a saúde é o estado do mais completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade<sup>1</sup>. Hoje, o conceito saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, a depender da época, lugar, classe social e dos valores individuais, como concepções científicas, religiosas e filosóficas<sup>2</sup>.

A crescente presença de técnicas terapêuticas e produtos orientais deve-se a profunda mudança do paradigma cultural nos sistemas racionais que influenciavam as culturas ocidentais, caracterizando a orientalização no Ocidente<sup>3</sup>, associada também as dificuldades da medicina tecnológica e especializada em resolver os problemas de saúde<sup>3</sup>.

A presença da crise da saúde relacionada às questões socioeconômicas advindos da globalização<sup>3</sup>, pode ser caracterizada por uma síndrome social coletiva (Joubert, 1993), apontando epidemiologicamente, sobre um mal estar difuso, em grande parte da população urbana trabalhadora, desempregada ou aposentada, essa síndrome caracteriza-se por dores imprecisas, depressão, ansiedade, pânico e males da coluna vertebral<sup>4</sup>.

A busca em políticas públicas e em decisões sociais por modelos mais amplos precisam ser aliados para uma melhor compreensão da vida, enquanto um fenômeno coletivo<sup>5</sup> e por um atendimento médico humanizado, reafirmando o conceito holístico em saúde e fortalecendo as práticas integrativas que vêm crescendo lentamente em grupos civis, instituições e serviços públicos de saúde<sup>6, 7</sup>.

Deste modo, as práticas que visem à ampliação da integralidade da atenção e acesso as mesmas, a prevenção de agravos e recuperação a saúde, melhoria na qualidade de vida e atendimento<sup>8</sup>, relevando a abordagem holística, com o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde<sup>3</sup>, devem ser exaltados. Assim, o Reiki torna-se uma forte terapêutica, devido a sua atuação nos três níveis do corpo – físico, mental e espiritual<sup>9</sup>.

Iniciando relatos históricos por volta na metade do século XIX, com Mikao Usui, diretor da Universidade Doshiha, em Kyoto, Japão, o Reiki é considerado um sistema de cura oriental antiga pela imposição das mãos, uma entre a diversidade de técnicas aliadas às práticas integrativas<sup>9, 10, 11</sup>, recentemente administrado nos atuais métodos científicos ocidentais<sup>12</sup>. Não se trata de uma religião ou filosofia religiosa, e sim através da energia vital que cura em todos os níveis do corpo – físico mental e espiritual, tratando a pessoa como um todo<sup>9</sup>.

Em Portugal, através da iniciativa da Associação Portuguesa em Reiki que inseriu em um núcleo de atendimento em Anadia, a terapia do Reiki em pacientes oncológicos, aos seus familiares e em idosos internos, após feito um balanço, observou-se a melhoria na qualidade de vida e bem-estar, diminuição de stress, receios e ansiedade e promoção de relaxamento e otimismo aos utentes oncológicos e em idosos, apenas com um mês de aplicação os mesmos se encontravam mais calmos, com melhor qualidade de sono e redução de episódios patológicos de demência<sup>13</sup>.

Em uma tese de doutoramento pela Universidade de São Paulo pela Escola de Enfermagem em Ribeirão Preto no período de 2009 a 2012, concluiu-se a eficácia da terapia sustentada pela crença no poder curativo desta prática juntamente aos ensinamentos e teorias associadas ao Reiki foram capazes de modificar certos comportamentos como humor, agressividade, tolerância e

sociabilidade – despertando a emergência holística em torno desta prática, bem como, sobre as dificuldades presentes no meio acadêmico em publicar artigos científicos nas revistas da área da saúde acerca desta prática<sup>14</sup>.

Alguns hospitais a prática do reiki se faz presente, no Hospital Sírio-Libanês, como o Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nova York, o MD Anderson Cancer Center de Houston, o Dana-Farber Cancer Institute de Boston e na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Como meio de ampliar o cuidado ao paciente e estendê-la aos familiares e cuidadores, focando no bem-estar e qualidade de vida, contribuindo para a minimização de sintomas como estresse, ansiedade, fadiga, depressão, dor e em cuidados pré e pós cirúrgicos<sup>11,12</sup>.

A prática reikiana é realidade em poucas redes de saúde no Brasil, na cidade de Fortaleza está inserida através da proposta da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, considerando a integralidade da atenção como uma diretriz do SUS, mostrando-se eficaz em indivíduos que relatavam ansiedade, síndrome do pânico, vertigem, zumbido e tontura<sup>15</sup>.

## OBJETIVO

Fundamentar, relatar experiências e abordagens sobre a prática curativa do Reiki, analisar a eficácia terapêutica do método na visibilidade de prática integrativa, com a perspectiva de aperfeiçoar os serviços de saúde na rede SUS.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, composta pela análise em diversos tipos de literatura em materiais publicados e endereços eletrônicos com referências de artigos disponíveis no período de Novembro de 2012 a Março de 2013 realizado pelas participantes Grazielle L. Rocha Barros e Rafaelle S. dos Santos, sob orientação do José Lima.

## RESULTADOS

Dentre os resultados encontrados nos estudos analisados, pode-se observar a eficácia da prática reikiana em sintomas subjetivos, o que dificulta a mensuração com validade dos resultados alcançados, porém, em um dos estudos relata-se o sucesso da eficácia terapêutica sustentada pela crença no poder curativo das mãos juntamente aos ensinamentos e teorias do Reiki.

Salientando, conforme descrito em um dos artigos revisados, as dificuldades de publicação em artigos científicos sobre o tema exposto, implica na baixa acessibilidade aos mesmos, restringindo maiores comprovações, e, despertando há uma maior necessidade de pesquisas e publicações sobre a prática reikiana.

## REFERENCIAS

1. Slaibi, MCBG. **Direito Fundamental à Saúde – tutela de urgência**. Rio de Janeiro. 2008.
2. Scliar M. PHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

3. Souza EFAAS, Luz MT. **Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas**, UERJ, Rio de Janeiro, 2008.
4. Luz MT. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005.
5. Campolina AG, Ciconelli RM, Ferraz MB. **Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas de saúde**. Sinopse de Reumatologia, 2005.
6. Almeida EV. **As razões da terapêutica**. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro. 1996.
7. Barros NF. **Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume. 2000.
8. Santos MC, Tesser CD. **Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde**. *Cienc.saude coletiva*, vol.17. nº 11. Rio de Janeiro. Nov 2012.
9. Stein D. **Reiki essencial Manual Completo sobre uma antiga arte de cura**, ed. Pensamento, São Paulo, 1995.
10. Paloski LH. **A influência da água energizada com técnica do reiki no crescimento vegetal**. 2009.
11. Acesso em 08 de Fevereiro de 2013, disponível em: [http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/revista-hospital/revistas/maio\\_junho2010.pdf](http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/revista-hospital/revistas/maio_junho2010.pdf). *Rev. Sírio Libanês, Maio/Junho 2010*.
12. Jain S & Mills PJ. **Terapias Campo Magnético: Útil ou Full of Hype? Uma Síntese Melhor Evidência**. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2009; DOI:[10.1007/s12529-009-9062-4](https://doi.org/10.1007/s12529-009-9062-4) (7)
13. Acesso em 22 de Março de 2013, disponível em: <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reikiemp Portugal/2012/06/06/ncleo-de-anadia-balano-semester/>.
14. Miwa, MJ. **Com o poder das mãos – um estudo sobre jhorei e reiki**. Ribeirão Preto – SP, 2012.
15. Cordeiro LR, Paiva RAR, Santos FLS. **Reiki em unidade básica de saúde – aplicando o cuidado com uma visão holística**.

## EIXO TEMÁTICO – 02

### “...CONTROLANDO MINHA MALUQUEZ...” DANÇANDO A VIDA NO CAPS BOA VISTA

**Cledson Reis dos Santos** - Psicólogo, Facilitador de Biodanza – Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Boa Vista, Recife/PE

#### INTRODUÇÃO

O presente trabalho está em consonância com o eixo 2 “Produção de Conhecimento e Pesquisas no contexto da PICs: Práticas Integrativas, Racionalidades Médicas e Sistemas Complexos de cuidado”. Trata-se de um relato de experiência da Biodanza Institucionalizada num Centro de Atenção Psicossocial de Transtornos Mentais do SUS na cidade do Recife-PE, no período de 2010 a 2012. Visando a interlocução com outros atores que realizam experiências semelhantes a fim de fortalecer politicamente esta estratégia de saúde mental na Atenção Básica.

Inicialmente apresenta brevemente o CAPS como dispositivo de saúde mental pós reforma psiquiátrica e o contexto da política de saúde mental em Recife; em seguida, histórico e fundamentos teóricos que justificam a aplicação da Biodanza como método capaz de favorecer o resgate da saúde do indivíduo; e na sequência, faz o relato da experiência, os efeitos, resultados observados provocados nos participantes pela utilização do Sistema Biodanza.

#### 1. CAPS Dispositivo de Saúde Mental

Os CAPS surgem como um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Trata-se de instituições destinadas a acolher indivíduos com transtornos mentais no

seu território de abrangência, estimulando a integração sócio-familiar, bem como a busca de autonomia. São embasados, prioritariamente, por dois eixos: o *cuidado* e a *reabilitação psicossocial*. Para efetivar esses eixos, os CAPS's devem assumir um papel estratégico na articulação das redes, englobando as esferas: social, familiar, comunitária, saúde, econômica, cultural e de lazer.

Nesta perspectiva, o CAPS, além da criação de um ambiente terapêutico, acolhedor da crise e espaço de convivência, tem por objetivo o entrelaçamento das redes que estão para além das fronteiras do CAPS, alcançando o meio em que vivem os usuários. O trabalho envolve ações como as visitas domiciliares (fortalecendo os vínculos familiares e comunitários, minimizando a resistência diante dos transtornos mentais), como também a construção de novos espaços que permitam uma outra forma de se pensar e olhar sobre a loucura.

O primeiro CAPS do Recife, sob gestão municipal, foi implantado em 1996. Contudo, somente a partir do ano de 2001, que houve um grande investimento na rede de atenção a saúde mental visando consolidar na cidade uma rede de cuidados em saúde mental, integrada à rede de saúde, em todos os níveis de atenção, com referência distritalizada e territorial; promover o processo de reabilitação psicossocial dessas pessoas, através de projetos de inclusão social junto à família e comunidade; e desconstruir a assistência centrada no modelo hospitalar. Atualmente existem: 16 CAPS, sendo 08 de Transtorno Mental, 06 AD, 02 Infanto-juvenil; 11 residências terapêuticas; 05 hospitais psiquiátricos privados conveniados ao SUS; 02 emergências psiquiátricas que funcionam sob gestão estadual.

## 2. A BIODANZA

A Biodanza nasce dentro de um hospital psiquiátrico em Santiago - Chile, onde Rolando Toro desenvolvia, com outros profissionais, experiências visando ajudar no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Foi nessa experiência que descobriu o poder da dança, do contato, da música no interior do ser, promovendo mais ordem onde o caos havia se instalado. Para Toro (2002, p. 13), em seu sentido original “a dança surge das profundezas do ser humano: é movimento de vida, de intimidade: é impulso de união à espécie.” É a expressão de vida presente no ser humano, independentemente de sua situação existencial. A falta de condições favoráveis à manifestação e conservação da vida e uma cultura centrada na dominação promovem a opressão, a solidão, a desintegração, a violência, reduzindo a potência vital e favorecendo o surgimento ou o agravamento de doenças tanto de ordem mental quanto orgânica.

Pela dança-vivência vai-se resgatando progressivamente o nível de saúde. Vivência compreendida como “algo revelado no complexo psíquico dado na experiência interna de um modo de existir a realidade para um indivíduo” (Diltey, apud Toro, 2002:29). Toro a define como a experiência vivida com grande intensidade por um indivíduo no momento presente, que envolve a cenestesia, as funções viscerais e emocionais. A vivência confere à experiência subjetiva a palpante qualidade existencial de um viver o “aqui e agora”. (p.30).



A partir da vivência são atingidos dois outros níveis de aprendizagem: o cognitivo e o visceral, resgatando a integração e a unidade do ser. A Biodanza propõe, assim, uma inversão epistemológica. Nas terapias cognitivas, o processo vai dos significados às emoções. A meu ver a compreensão dos significados não modifica as respostas imediatas frente à vida, não podendo influir senão no âmbito da decisão. A Biodanza, por isso, baseia-se no processo inverso: aquele que vai das vivências aos significados. (Toro, 2002 p.30)

Diferentemente do que se observa em alguns grupos terapêuticos tradicionais, a Biodanza não tem como base o interesse exclusivo pelos sintomas, mas pela totalidade da vida, em seus aspectos sensoriais, orgânicos, psíquicos, sociais, ecológicos e “espirituais”, estes últimos vistos como dimensão ética transcendente do sujeito. Considera a existência de um contínuo entre saúde e doença, em que o fenômeno doença é importante, mas é apenas uma parte.

**A Biodanza** segundo Rolando Toro (2002) é definida como sendo um Sistema de integração humana, de renovação orgânica, integração psicofísica (superação de dissociações), de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. A integração e reeducação afetiva significa o restabelecimento da unidade perdida entre percepção, motricidade, afetividade e funções viscerais. Renovação orgânica seria o restabelecimento da harmonia homeostática e reaprendizagem das funções originárias da vida como uma retro-alimentação do comportamento e do estilo de vida com seus instintos conservadores básicos. E por fim, de integração humana por atuar mediante a estimulação da função primordial de conexão com a vida, que permite a cada indivíduo integrar-se a si mesmo (o resgatar da unidade psicofísica), à espécie (em restaurar o vínculo original com a espécie como totalidade biológica) e ao universo (em resgatar o vínculo primordial que une o homem à natureza e em reconhecer-se como parte de uma totalidade maior, o cosmo).

Consiste como metodologia, a deflagrar vivências integradoras a música, o canto, o movimento e situações de encontro em grupo. Ora através da intensificação da consciência de si mesmo, mobilizando o Sistema Nervoso Autônomo Simpático liberando substâncias adrenérgicas, que trazem vigor físico, coragem, ímpeto para a vida e sensação endógena de estar vivo, ora estimula o Sistema Nervoso Autônomo Parassimpático, através de vivências oceânicas e de regressão, ocasionadas em diferentes estados de transe e semi-transe, promovendo a liberação de substâncias colinérgicas responsáveis por sensações de bem estar, harmonia e relaxamento.

## **OBJETIVOS**

Investigar os efeitos promovidos pelo Sistema Biodanza no processo de cuidado de pessoas com transtorno mental em situação de crise. Visando a sistematização e a socialização dos resultados em busca do fortalecimento da inclusão desta proposta nos serviços de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS.

## MÉTODO

A observação e a descrição do movimento dos participantes do grupo de Biodanza no CAPS Boa Vista, bem como da análise dos conteúdos dos relatos de vivências transcritos nos respectivos prontuários de cada usuário.

### 3. O GRUPO DANÇANDO A VIDA (BIODANÇA)

O Grupo “Dançando a Vida” fez parte do Projeto Institucional do CAPS Boa Vista por 02 anos consecutivos (período do profissional contratado responsável pela facilitação do grupo) tendo como objetivos: contribuir com a reabilitação existencial na reinserção social do indivíduo com transtorno mental a partir da expressão e do fortalecimento da sua Identidade.

A admissão no grupo se dava por três vias: através da indicação dos Técnicos de Referência, pelo próprio usuário ao demonstrar interesse no grupo ou por toda Equipe Técnica durante as Reuniões Clínicas na construção e definição do PTS (Projeto Terapêutico Singular). Antes de iniciar a participação no grupo o usuário participava de uma entrevista individual com o facilitador no intuito de ser apresentada a proposta do grupo e de avaliar as condições de saúde mental, os possíveis benefícios que o usuário poderia ter no grupo bem como as contribuições a ofertar ao grupo. Contudo, nunca nenhum usuário foi impedido de participar do grupo mesmo que depois não permanecesse. Os usuários que deixaram de participar do grupo foram por motivo de alguma dificuldade entre elas de horário, de crença religiosa, de piora do quadro dos sintomas produtivos, de alta por melhora ou abandono do tratamento.

O perfil dos usuários participantes do grupo: de Ambos os sexos de faixa etária de 22 anos a 70 anos de idade. Com comportamentos e/ou sintomas diversos entre eles: movimentos lentificados; movimentos dissociados; histeria; ausência de tônus muscular; desintegração psico-afetivo-motora; logorréia; agitação psicomotora; atividades produtivas (delírios e alucinações); embotamento afetivo; dificuldade de olhar e ser olhado, de tocar e ser tocado. Com diagnósticos variados a seguir – Diagnóstico (CID 10) e quantitativo de usuários: F20 (02 usuários), F20. 0 (05), F20.5 (01), F25 (01), F25.0 (02), F31.0 (01), F31.1 (01), F31.2 (01), F31.7 (01), F32.2 (01), F33.1 (01), F33.2 (01), F34 (01), F39 (01), F60.4 (01), F71.1 (01).

## RESULTADOS PARCIAIS OBSERVADOS

Os resultados alcançados pelo trabalho realizado semanalmente através do Grupo de Biodança foram observado por toda Equipe Multiprofissional bem como os familiares e os próprios usuários que tecem comentários sobre suas percepções em relação a si mesmo e aos demais membros do grupo. Entre os quais citamos: Usuários que chegaram com embotamento afetivo, depressivo, ideias suicidas expressam com o decorrer do processo elevação da Autoestima, de investimento na vida; Usuários com um grau aumentado de dependência dos familiares resgatam sua autonomia nos pequenos gestos e atividades cotidianas; Usuários descuidados com higiene precária começam a desenvolver o Autocuidado; Diminuição das atividades produtivas (delírios e alucinações); Uso adequado da medicação; Diminuição das crises; Maior integração consigo mesmo, com os familiares, com os demais usuários e técnicos; Altas com reinserção social e produtiva; Autoconfiança; Autosuporte; Aceitação da doença mental e do seu tratamento.

*“eu sonho com um mundo assim”... Em que a Vida é o principal de tudo... e a doença fica pra trás. Quando a doença fica pra trás só resta VIDA. A vida é o que mais nos interessa. Por isso que Rolando Toro foi esperto, como a gente viu naquele vídeo ele explicando sobre a Biodança – a Dança da Vida. É por isso que aqui a gente é feliz porque a gente quase nunca fala de doença, só quando chega gente aperreada, que chora que grita... e a gente precisa acalmar escutando o sofrimento e ajudando a passar a dor. E pense a música é nosso grande remédio.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho fica evidenciada a relevância terapêutica do Sistema Biodança a possibilitar uma reabilitação existencial das pessoas com transtorno mental em situação de intenso sofrimento psíquico. Colaborando na remissão dos sintomas, no “controle da crise”, na reinserção social e produtiva, na autoestima, na valorização da vida entre outros resultados. Conforme os próprios usuários participantes atestam: “...controlando minha maluques...”.

Faz-se necessário maior investigação científica na área estudada são poucas as sistematizações de experiências como forma de assegurar este tipo de intervenção na política pública de saúde mental.

*“...iremos sentir muita falta da Biodança agora que não mais existir no CAPS... Vai existir nos nossos corações. A Biodança não pode deixar o CAPS é na Biodança que a gente consegue controlar a crise – estar mais ‘normal’ para conviver lá fora. A Biodança nos ajuda a organizar nossa cabeça e nossa vida. Não pode deixar de existir.”*

## REFERÊNCIAS

CAPS BOA VISTA. **Projeto Clínico Institucional**, Recife, 2007;

CAMPOS, GWS. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. Revista Pensamento Biocêntrico 64

GONSALVES, Elisa Pereira. **Rolando Toro. História e Método do poeta que baila a ciência**. João Pessoa, PB: Ed. Universitária UFPB, 2010;

TORO, Rolando A. **Biodanza**. 2ª Ed. São Paulo: Olavo Braz, 2002.

TROTTE FILHO, Francisco. **Fundamentos Básicos em Biodança; Sistema Rolando Toro**. Rio de Janeiro: Instituto de Biodança do Estado do Rio de Janeiro, 1983.

## PRÁTICA VOLUNTÁRIA DE SAÚDE EM MEIO À SELVA CENTRAL PERUANA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Djulian Diego Ribeiro do Carmo Canário** (Enfermeiro e discente do curso de Medicina da UPE);

**Rosane Silvia Davoglio** (Docente do Colegiado Enfermagem/Univasf, Campus Petrolina)

### Introdução

Na formação do profissional de Saúde é requerido um ensino que lhe confira competência nas atividades assistenciais, gerenciais e de ensino e pesquisa. A mudança na formação do enfermeiro e demais profissionais de saúde requer a atuação em coletivos capazes de incidir sobre as políticas públicas que permitam superar os desafios e criar oportunidades de melhoria na qualidade do ensino. Dentre os pressupostos defendidos na formação do enfermeiro, destaca-se a orientação da formação para reconhecer a saúde como direito, determinada pelas condições dignas de vida, atuando de forma a garantir a integralidade da assistência. (BRASIL, 2001). Portanto, é válida a busca autônoma de novas práticas e conhecimentos, tratando-se de formas alternativas de aprendizado e integração, culminando numa postura crítica e holística em meio às adversidades

O Peru sempre foi um centro de várias civilizações de povos americanos pré-incas tais como a cultura Chavín, Moche, Nazca, Paracas, Huari e Tiahuanaco, que se fundiram posteriormente no Tawantinsuyu ou império Inca, que acabou por ser dizimado com a conquista espanhola, e cuja influência cultural e o histórico de exploração marcam e dominam o Peru até hoje. O país apresenta um quadro de subdesenvolvimento onde a hepatite, a disenteria e a dengue se apresentam como patologias endêmicas, sendo que o consumo de água sem tratamento e ingestão de

legumes ou frutas sem desinfecção podem tornar-se desencadeadores de tais agravos. Na região, são recomendáveis a imunização contra hepatite, febre tifóide, febre amarela, tétano e pólio, e também proteção contra as queimaduras dos raios solares, que são muito fortes em virtude da proximidade do equador.

No Peru, há um serviço de saúde realizado por profissionais na comunidade rural e urbana marginal, denominado SERUMS (Servicio Rural e Urbano Marginal de Salud), cuja finalidade é dar atenção integral à saúde das populações mais vulneráveis do país. O serviço atua nas regiões consideradas de menor desenvolvimento, nos estabelecimentos de saúde de primeiro e segundo nível de atenção do ministério da saúde do referido país e em seus equivalentes nas instituições do sistema local de saúde, que contam com convênios firmados com o instituto de desenvolvimento de recursos humanos - IDREH e com as direções regionais de saúde. O SERUMS é requisito indispensável, de acordo com a lei peruana N° 23330, para ocupar cargos em instituições públicas e desempenhar funções de saúde, administrativas, de investigação e docência, para ingressar nos programas de pós-graduação e especialização profissional, bem como, receber bolsas do estado e outras ajudas equivalentes para estudos e aperfeiçoamentos. Esse serviço tem duração de um ano e somente parte dele é remunerada. (PERU, 1997). Diversas zonas rurais ficam no aguardo de recém formados que precisam cumprir o SERUMS, havendo algumas onde todos os profissionais, com exceção dos técnicos de enfermagem, estão na região só para cumprir essa obrigação.

O sistema de saúde peruano é baseado em um Seguro Integral de Saúde (SIS). Esse seguro é direito daqueles que trabalham com carteira assinada, dos estudantes devidamente matriculados na escola e daqueles que pagam o seguro de forma autônoma, ou seja, não é um direito de todos, contudo o atendimento pré-natal, durante o parto e pós-natal é gratuito. Aqueles que não possuem o seguro integral devem pagar suas consultas, bem como os medicamentos receitados, que são vendidos no próprio estabelecimento público de saúde com preços tabelados e constantemente reajustados pelo próprio ministério da saúde.

O Peru apresenta uma diversidade de flora única no mundo, representada por cerca de 25.000 plantas, das quais 1.400 têm propriedades curativas. Segundo a história, antes da colonização, os nativos só se tratavam com plantas medicinais de sua região. O trabalho era realizado por curandeiros e xamãs designados pelos deuses. Devido aos altos custos da medicina convencional, as comunidades amazônicas começam a resgatar e revalorizar as plantas curativas, quase esquecidas. Dentre estas, a Muña, conhecida pelas suas propriedades analgésicas, antissépticas, bronco dilatadoras, expectorante. Cientificamente conhecida como *Minthostachys mollis*, a Muña é uma planta arbustiva, que mede entre 80cm e 1,20m. Esta planta tem um efeito estimulante em todo o corpo, é nativa do Peru e de países andinos. O nome Muña vem da palavra Quechua "Munay", que significa amor. Ele também é conhecido, no mundo inteiro, como Menta dos Inkas. (ENPRIN, 2010).

No cotidiano do trabalho em saúde, a integralidade surge em meio às interações que se estabelecem e é incorporada na formação dos profissionais sendo necessário analisar como esta formação reflete e transforma o dia-a-dia do trabalho em saúde. Este relato tem como objetivo apresentar a experiência de um aluno do

curso Enfermagem, vivenciada ao realizar trabalho voluntário fora do país de origem, em área de baixo desenvolvimento, como requisito para o crescimento e aprendizado pessoal, trazendo novas maneiras de perceber a realidade, sendo importante tanto para a vida acadêmica quanto profissional, bem como para troca de experiências entre o sistema de saúde brasileiro e peruano, ambos em constante mudança e adaptação.

## **MÉTODO**

Diante da oportunidade de conhecer outro país por uma temporada, surgiu a ideia de, na área de saúde, promover práticas voluntárias e estabelecer um contato com a estrutura e organização da saúde em um sistema diferente do conhecido até então. Este trabalho consiste em um relato de experiência de um discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco, vivenciada no período de 26 de junho a 29 de julho de 2011, na região de Chanchamayo, selva central peruana.

Inicialmente foi realizado um curso de espanhol na capital do país, Lima, para familiarizar-se com o idioma, tendo sido apoiado pela Cooperativa Agrária São Miguel de Eneñas, localizada na região de Chanchamayo, a 900km da capital nacional. O trabalho voluntário desenvolveu-se em três unidades de saúde da referida região, realizando atividades de vacinação, triagem, enfermagem geral, controle do crescimento e desenvolvimento infantil, administração de vacinas e medicamentos, atendimento a pequenas urgências, consulta de pré-natal, deslocamento em selva fechada para atendimentos e supervisão de outras unidades de saúde e reconhecimento das políticas públicas de saúde, sempre em companhia de profissionais locais. Dessa forma, teve contato com plantas medicinais muito utilizadas pelos nativos, especificamente a Muña, que foi usada pelo próprio voluntário que sofria de tonturas, diarreia e mal estar geral após comer carne de porco em residência de nativos. O chá preparado com as folhas de muña infundidas apresenta um leve sabor de hortelã e seu efeito é rápido, devendo ser ingerido em uma única dose, uma xícara inteira.

Findadas as experiências em unidades de saúde, o voluntário apresentou um relatório das atividades realizadas para a cooperativa agrária, onde foram levantadas as dificuldades, práticas, observações e sugestões de ações voltadas para a realidade local.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

A partir da participação em um levantamento realizado na micro-rede de saúde de Eneñas, que é composta por cinco distritos: Eneñas, Bocáz, Los Mellizos, Mayme e Villa Oyon, foi constatado que que 21% das crianças menores de 5 anos apresentavam desnutrição crônica, no período de janeiro a julho de 2011. A desnutrição crônica é uma deficiência de energia e a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável uma ocorrência de até 3% (COUTINHO, 2008).

Juntamente com a cooperativa e contando com o apoio de um laboratorista, foram realizadas análises parasitológicas nos moradores da região: entre a população nativa, 85% apresentavam algum tipo de parasitose, e na população de colonos ocorria em 55%. De todas as parasitoses observadas na região, das duas populações, a *Giardia Lamblia* foi observada em 40% dos casos, *Ascaris Lumbricoides* em 35%, *Tricocefalo díspar* em 15%, *Hymenolepis nana* (tenia) em 5%, *Anquilostoma duodenalis* em 3% e *Enterobius vermicularis* em 2%. As parasitoses intestinais ainda são responsáveis por 2 a 3 milhões de mortes ao ano (SANTOS et al, 2006). Com esse levantamento surgiu a idéia de realizar análises da água e da alimentação local, sendo que essas são provavelmente as vias de contaminação e de circulação desses parasitas na população local.

Apesar da saúde peruana gratuita não ser um direito de todos, os profissionais passam por um rigoroso controle de qualidade do atendimento, preocupam-se com a integralidade e a busca ativa dos pacientes que não se dirigem a unidade. O SERUMS, juntamente com os planos nacionais de desenvolvimento contribui para o crescimento de um país marcado, assim como o Brasil, por séculos de exploração.

O uso da Muña para tratamento da indisposição alimentar seguiu os costumes locais e foi uma experiência inusitada a que o voluntário se submeteu, com possibilidade de autoavaliar o efeito da planta medicinal e compreender um pouco dessa prática adotada no cotidiano daquela região, respeitando a cultura e o saber popular. Os sintomas cessaram após a utilização e um breve repouso, sendo que dia seguinte observou-se a melhora completa do quadro geral.

A experiência permitiu perceber que a integralidade está bastante presente nas unidades de saúde da região e que há no país uma hierarquização dos sistemas de saúde, assim como no Brasil. A equipe multiprofissional básica é composta por médico generalista, enfermeiro, técnico em enfermagem e obstetra, sendo que esse último constitui um curso superior à parte na nação peruana. Constatou-se que o papel de instituições preocupadas com a saúde da população pode fazer a diferença onde a saúde não é oferecida a todos de forma gratuita.

O agir em saúde perpassa o conhecimento e a atuação em diferentes realidades, repletas de disparidades, buscando contribuir para o bem-estar de uma população. A elevação da condição de saúde e qualidade de vida de uma comunidade depende muito do perfil e do compromisso coletivo dos profissionais que participam deste processo.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

Coutinho, J. G.; Gentil, P.C and Toral, N. **A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.2, pp. s332-s340. ISSN 0102-311X.

Enprin, S. **Manual de plantas medicinales.** Outubro de 2010, Suíza y Perú.

Feuerwerker, L.C.M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

Peru. Presidência da República. Decreto Supremo N° 005- 97 SA, lei n° 23330 de 1997. Estabelece o Serviço Rural e Urbano Marginal de Saúde que será prestado pelos profissionais das ciências da Saúde que obtenham seu título a partir da vigência da presente lei. Lima, 1997.

Santos M.E.S.; Ogando T.; Fonseca B.P.V.; Júnior C.E.G.; Barçante J.M.P. Ocorrência de enteroparasitoses em crianças atendidas no programa de saúde da família de uma área de abrangência do município de Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.08, n.01, p.25 – 29, 2006.

Silva K.L, Sena R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm.** 2006; 59(4):488-91.

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
Pela reconstrução do modelo de cuidado

**PROJETO PSICOALEGRIA**

**Edileuza Sobreira Viana da Silva** (FG – discente); **Eliane Lima** (FG – discente); **Maria de Fátima Casa Nova** (FG – professora)

**Palavras-chave:** palhaço,. Hospital., criança.

O Projeto Psicoalegria iniciou-se em 2010, por alunos do curso de Psicologia da Faculdade Guararapes. Inspirado no filme “O Amor é Contagante”, baseado na vida do pediatra Hunter D. “Petch Adams”, cujo movimento tem se espalhado por todo mundo. O objetivo é a integração entre teoria e prática além de possibilitar ao estudante ampla reflexão sobre humanização no ambiente hospitalar. Como diz Sardi, 1995, “A criatividade humana ao ser estimulada proporciona diálogo e reflexão”, essa visão contempla o paradigma contemporâneo na assistência à saúde ao suscitar mudanças e transformações para uma prática de assistência integral. Oportunizar ao estudante vivências nesses espaços é permitir que encontre na prática o real significado da palavra humanização (Motta, 2000). O público alvo são



crianças hospitalizadas em hospitais no Recife. O Projeto Psicoalegria já fez mais de 200 intervenções nos hospitais: Memorial Guararapes, Restauração, UPA da Imbiribeira e Clínica da Criança em Prazeres. Avaliações e observações apontam que através da brincadeira no hospital a criança aceita melhor o tratamento, sai mais rápido do hospital e torna o ambiente mais suave. O Projeto conta com nove voluntários capacitados em oficinas, que trabalham em duplas vestidos de palhaços levam brincadeiras, abraços e sorrisos para crianças hospitalizadas. O projeto está em execução.

## ACUPUNTURA COMO UMA FERRAMENTE NO TRATAMENTO DE FERIDAS : ESTUDO EM RATOS.

**Rogélia Herculano Pinto** (Orientadora: Professora Assistente II –UFPE/CAV, rogeliapinto2008@hotmail.com); **Francisco Carlos Amanajás de Aguiar Júnior** (Professor Adjunto III – UFPE/CAV); **Bartolomeu José dos Santos Junior** (Professor Substituto – UFPE/CAV); **Eltonreges Francisco Ribeiro da Silva** (UFPE/CAV, Discente de enfermagem, eltonreges@gmail.com)

Acupuntura, que constitui uma parte essencial da medicina oriental, tem sido utilizada para tratar várias doenças. É eficaz no tratamento de muitas doenças inflamatórias, com poucos efeitos colaterais. Objetivo: Investigar os efeitos da acupuntura em lesões cutâneas induzidas em um modelo animal por análise histomorfométrica. Metodologia: Uma ferida dérmica de excisão circular foi criada no dorso raspado de quarenta ratos Wistar machos. Os animais foram distribuídos aleatoriamente para tratamento ou grupos de controle. Ratos tratados receberam a terapia de acupuntura diariamente após cirurgia. Agulhas apropriadas foram mantidas em torno das extremidades da ferida, durante cinco minutos. O grupo controle não foi tratado. Espécimes da biópsia de pele de ratos sacrificados no dia 3, 7, 14 e 21 dias pós-operatórios foram processados para histologia. As amostras histológicas foram coradas com hematoxilina e eosina, analisadas por microscopia de luz e fotografadas. Vasos de células inflamatórias de fibroblastos, / fibrócitos e de sangue foram quantificadas utilizando o software ImageJ. Para a análise estatística, o teste T-Student foi realizado. Resultados: A redução no número de células inflamatórias e vasos sanguíneos na 7 ( $p = 0,001$  e  $p = 0,01$ ) e 14 ( $p = 0,003$  e  $p < 0,001$ ) dias de pós-operatório foi observado no grupo tratado. Quantidade de fibroblastos / fibrócitos também diminuiu neste grupo, no dia 14 após a cirurgia ( $p < 0,001$ ). Conclusões: O uso de acupuntura no pós-operatório reduziu a contagem de

células inflamatórias, fibroblastos / fibrócitos e de vaso sanguíneo durante a cicatrização de feridas em pele de ratos.

**Palavras-chave:** ferida; acupuntura; ratos.

## A MASSAGEM COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO ALIVO IMEDIATO DA DOR

**Ermeson Moreira Campos** (Secretaria de Saúde de João Pessoa/CPICS-Valentina, Fisioterapeuta).

### INTRODUÇÃO

A massagem é definida como a manipulação dos tecidos moles, e é uma terapia complementar que está indicada em várias situações como edema, e dores musculares (CASSAR, 2001)

A massagem está sendo inserida como um recurso terapêutico oferecido no SUS, como prevê a Portaria 971 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), essa terapia já está sendo disponibilizada gratuitamente no município de João Pessoa nos Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS).

Os CPICS são administrados pela secretaria de saúde do município e no presente momento existem três CPICS em João Pessoa, e em todos eles a massagem é oferecida como recurso terapêutico aos usuários do serviço.

Existem várias modalidades de massagem que são oferecidas nos CPICS, como a *quick* massagem (que é uma massagem realizada em cadeira ergonômica), essa massagem como o próprio nome que vem do inglês sugere, é realizada de maneira mais rápida (STEPHENS, 2008). A massagem ayurvédica, que tem origem indiana e tem como característica, o uso de óleos e pós vegetais como recurso terapêutico (CHOPRA & DOIPHODE, 2002). A reflexologia, que é a massagem realizada em zonas reflexas do corpo como os pés e mãos e a massagem terapêutica clássica, proposta por Per Henrik Ling (CASSAR, 2001).

### OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo verificar os efeitos da massagem na redução imediata subjetiva da dor muscular em usuários de um serviço de saúde em um Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS) do Valentina no Município de João Pessoa.

### MÉTODO

Foi realizada uma única sessão de massagem em 13 indivíduos (n=13) que referiram sentir dores musculares e que se apresentaram a procura de terapia no CPICS do Valentina no município de João Pessoa.

Como recurso terapêutico foi utilizado os movimentos clássicos da massagem como: Deslizamento Superficial, Deslizamento Profundo, Amassamento e Percussão, de acordo com a área dolorida que foi referida pelo usuário.

A percepção subjetiva da dor foi aferida através da Escala Visual Analógica (EVA), a EVA é uma escala que possui números em ordem crescente de 0 a 10, onde o número 0 significa nenhuma dor e o número 10, significa a maior dor possível, e o usuário classifica sua dor de acordo com essa numeração.

A EVA foi aplicada antes da sessão de massagem, bem como imediatamente após a mesma, os dados obtidos passaram por uma análise estatística no Microsoft EXCEL<sup>®</sup> 2010, onde foi feita a média dos valores obtidos na escala aplicada.

## RESULTADOS

Os dados revelaram que a média dos valores obtidos da EVA foi de aproximadamente 6,8 antes da massagem, e que após a aplicação da massa de 3,6 após a aplicação da massagem. De acordo com os dados obtidos observou-se que houve uma redução da dor em aproximadamente em 53% após a aplicação da massagem.

## CONCLUSÃO

A amostra do estudo foi pequena, mas mesmo assim foi possível observar que a massagem foi eficaz na redução imediata da dor muscular nesta população estudada, o que justifica a inserção desta terapia em outros centros de saúde como recurso terapêutico, uma vez que não possui efeito colateral e por ser de baixo custo.

A aferição subjetiva da dor na prática clínica tem um papel importante, no entanto novas descobertas sugerem meios mais eficazes de quantificar os processos dolorosos (WAGER, 2013), desse modo se faz necessário novas pesquisas que lancem mão de meios mais objetivos a fim de se alcançarem resultados mais consistentes.

**Descritores:** Massagem, Dor, Práticas Integrativas e Complementares.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria 971 de 03/05/06 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CASSAR, M-P. **Manual de Massagem Terapêutica:** Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta. 1 ed São Paulo: Manole, 2001.

CHOPRA, A.; DOIPHODE, V. V. **Core Concept, Therapeutic Principles, and Current Relevance.** Complementary And Alternative Medicine. V.86, N.1• Jan, 2002.

STEPHENS, R. R. **Massagem terapêutica na cadeira**. 1.ed. Barueri : Manole, 2008

WAGER T. D.; ATLAS L. Y.; LINDQUIST M. A.; ROY M.; WOO C-W.; KROSS E.  
**An fMRI-Based Neurologic Signature of Physical Pain**. The New England Journal of Medicine. abr, 2013.

## **PREPARAÇÕES CASEIRAS: AUTOESTIMA E CUIDADOS CORPORAIS**

**Gleycielle Alexandre Cavalcante** (Graduanda em Enfermagem- UFPE, gleycinhacavalcante@hotmail.com); **Leduard Leon Bezerra Soares Silva** (Graduando em Enfermagem- UFPE); **Jefferson Diego Bezerra da Silva** (Graduando em Educação Física – UFPE)  
**Rene Duarte Martins** (Orientador: Professor Adjunto II – UFPE);

### **INTRODUÇÃO**

Desde os primórdios o homem luta contra as patologias que o acomete, Na busca da recuperação da saúde e tratamento de diversas enfermidades, utiliza plantas como uma saída eficaz e barata, já que em muitos casos é difícil o acesso aos tratamentos da medicina moderna, essa prática está enraizada no ser humano e pode ser descrita como mais antiga que a própria civilização. Entretanto o que poucos se dão conta e que a sua utilização pode ir muito além dos benefícios na relação saúde x doença. A aplicação destas vai desde o consumo alimentício até as preparações cosméticas. Para as mulheres (foco do nosso trabalho) seus inúmeros benefícios auxiliam no resgate da auto-estima muitas vezes perdida durante o passar dos anos que implica numa queda da qualidade de vida das mesmas.

### **OBJETIVOS**

Orientar sobre a utilização e o preparo de cosméticos à base de plantas e produtos naturais, levando em consideração os mitos e verdades que circundam as plantas medicinais e os produtos caseiros que as tem como base, levando à população alvo informações relevantes sobre o preparo adequado, possíveis interações medicamentosas e reações adversas que podem surgir durante o uso. Com a principal finalidade de melhorar a autoestima das mulheres e agregar este cuidado ao processo de atenção a estas. Além de demonstrar a eficiência e praticidade das preparações caseiras. Muitas vezes deixadas de lado na correria da vida moderna.

### **METODOLOGIA**

No dia 08 de março do corrente ano, aproveitando que se tratava de uma data comemorativa (dia da mulher), foi realizada uma ação temática. Nesta estiveram presentes 28 mulheres atendidas pela Unidade de Saúde da Família do Bairro da Bela Vista na cidade de Vitória de Santo Antão- PE. Depois de recepcionadas as comunitárias assistiram á uma breve palestra falando sobre a importância do cuidado pessoal, e de como utilizar materiais simples e de fácil obtenção para isto.

Folders autoexplicativos foram distribuídos, neles o conteúdo principal eram receitas cosméticas e as propriedades funcionais dos elementos utilizados em cada uma delas. As receitas utilizavam produtos naturais como plantas e frutos, além de mel e açúcar mascavo, todos os ingredientes foram selecionados na perspectiva de encontrar elementos de fácil obtenção e valor acessível, Para os cabelos mascara hidratante que continha em sua composição mamão e banana. Para o rosto, cremes esfoliantes com mel e açúcar mascavo, além de pepinos cortados em rodela para o tratamento de olheiras. Nesta ocasião foram utilizadas preparações rápidas que pudessem ser reproduzidas sem dificuldades na casa das comunitárias. Algumas das participantes levantaram questões sobre outros tipos de preparações para cabelos e pele, dúvidas estas que foram prontamente respondidas.

Após as devidas explicações foram realizadas demonstrações de esfoliação e hidratação, utilizando as preparações ali representadas, Tais cuidados foram realizados por uma equipe multidisciplinar, composta por alunos de cursos das áreas de Educação Física, Ciências Biológicas, Nutrição e Enfermagem todos integrantes do PET-Fitoterapia Racional em Cuidados à Saúde, além de profissionais da Unidade de Saúde da Bela Vista, tal como Psicóloga, Educadoras Físicas (NASF), Enfermeira e Agentes Comunitários.

## RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

A autoestima positiva é importante para uma vida satisfatória e uma saúde integral, do ponto de vista físico e psíquico. Não é difícil perceber que pessoas que tem baixa autoestima apresentam uma qualidade de vida insatisfatória levando-os a agregar outros fatores que posteriormente os levarão a adquirir ou desencadear doenças que estavam pré estabelecidas como o câncer e o diabetes, também podemos observar a resistência e até ineficiência da terapêutica aplicada a esses pacientes. Assim devemos pensar no ser humano como um todo, levando em consideração todos os aspectos que o circundam, como o ambiente e seu estado psicológico. Nessa ação foi possível verificar a boa aceitação das preparações, as comunitárias relataram satisfação, pedindo que mais ações como estas fossem realizadas, e com maior frequência.

## REFERENCIAS

MACIEL, M.A.M; PINTO, A. C. Pinto; **PLANTAS MEDICINAIS: A NECESSIDADE DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES**; REV Quim. Nova, Vol. 25, No. 3, 429-438, 2002.

JUNIOR, V. F. V. ; PINTO, A C; **PLANTAS MEDICINAIS: CURA SEGURA?** REV Quim. Nova, Vol. 28, No. 3, 519-528, 2005

## YOGA COMO INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA COM GESTANTES, MÃES E BEBÊS: UMA EXPERIÊNCIA EM RECIFE.

**Heliane Ferreira Azevedo Garcia** (Prefeitura da Cidade de Recife/Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas – NAPI, Instrutora de Yoga).

### INTRODUÇÃO

Apoiar grupos de gestantes e puérperas em algumas USF do DS II em Recife utilizando a prática de yoga como ferramenta foi uma experiência enriquecedora para todos os envolvidos, pois a dinâmica do grupo colaborou para despertar a gestante para a integração com seu próprio ser, com seu bebê, além de uma nova visão sobre a gestação, trabalho de parto, parto, amamentação e cuidados com o bebê. Segundo BALASKAS (2008, p. 61), “A yoga pode ajudá-la a transpor os desafios e transformações da gravidez e do parto desde o início, proporcionando maior percepção de si mesma e maior consciência da presença de seu filho dentro do seu corpo”. A prática de yoga tem como um de seus focos o controle das modificações da mente e utiliza a respiração como ferramenta para aquietar. Ao respirar de uma forma lenta e profunda seu corpo e sua mente entram num estado de relaxamento oferecendo inúmeros benefícios para a gestante.

“A mulher grávida em especial precisa de contato com outras pessoas; a presença de uma comunidade que a apóie a faz mais feliz e mais segura”. (ODENT; MICHEL, 2002, p. 24) Participando dos encontros, as gestantes têm a força do grupo que está na mesma energia do gestar e do parir além de ter o reforço das informações que são passadas no pré-natal como, por exemplo, seus direitos. Um desses direitos se transformou em lei, pois com o excesso de críticas sobre as intervenções feitas nos nascimentos e partos (NeP), em 1996 são publicadas pela OMS, recomendações sobre tecnologias para a atenção a NeP baseadas em evidências científicas. Então em 2005 ter um acompanhante torna-se um direito garantido por lei,

“Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (Art. 19-J; Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005).

E para demonstrar a importância do acompanhante, cito JONES (2008, p. 21), “Fazia com ela uma união de corpos e almas, resgatando inconscientemente uma das mais antigas tradições da humanidade, qual seja, uma mulher sendo auxiliada

por sua própria mãe a parir, e assim manter a humanidade, tarefa da qual todas as mulheres são devedoras”.

Nesse contexto de integração entre a gestante e a família, a mãe e o bebê, percebemos que tudo está centrado nessa relação primordial e na forma como acontecerá o acolhimento desta gestação por todos os envolvidos.

## **OBJETIVO**

A prática de Yoga, como apoio matricial do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) às USF colabora na promoção e manutenção da saúde. Ao formar e resgatar grupos de gestantes e criar grupos de mães e bebês, o objetivo foi promover encontros que gerassem troca de saberes, informação, educação e questionamentos para ampliar a integração da família.

## **METODOLOGIA**

A experiência da prática de Yoga foi feita nas USF Chié II, Bianor Teodósio, Alto do Pascoal e Ilha de Joaneiro com grupos formados para mães e bebês com até 12 meses e formação e resgate dos grupos de gestantes em encontros de uma vez por semana. Este processo contou a princípio com o apoio de enfermeiras, de ACS, de médicas (os) das USF citadas acima e em alguns períodos com residentes do IMIP, do NASF e outros profissionais do NAPI. A prática foi feita em alguns casos, tanto no espaço físico existente da USF como num outro local oferecido pela comunidade, por isso houve uma adaptação da prática em função do local. Para o grupo de gestantes a oferta da prática de yoga foi através de encontros, preferencialmente nos dias de pré-natal e incluíam informações diversas (roda de conversa sobre experiências pessoais, parto, pós-parto, direitos das gestantes, recomendações da OMS, sexualidade, amamentação, etc.).

A prática é feita através de um resgate da consciência respiratória, estímulo à meditação (mentalização, concentração) e relaxamento do corpo e mente. Também foram utilizadas posturas psicofísicas individuais ou em dupla com foco naquelas para o alívio dos desconfortos relativos à gestação e para o auxílio durante o trabalho de parto e parto. Para o grupo de mães com bebês foi feita a prática da shantala - massagem indiana e também yoga para mãe e bebê onde o foco é o resgate do toque como ferramenta de cuidado, atenção e mudança da disponibilidade e tempo dedicados ao bebê. Na verdade esta abordagem estimula novas formas do convívio em família. Durante os movimentos da massagem, há um estímulo à concentração, e a respiração funciona como veículo para uma forma de meditação (estar presente). Mãe e bebê se relacionam tanto durante a gestação como após o nascimento despertando através de olhares e toques os sentidos, os sentimentos, o aspecto emocional, redescobrendo novas formas de “estar” juntos e de cuidado. Recursos como sons (mantras, músicas, cantos), aromas (incensos),

massagens (óleos), leitura de textos, contar histórias e dinâmicas são oferecidos como forma de ampliar a prática, mais sempre observando e obedecendo aos limites individuais como, por exemplo, querer ou não participar.

## RESULTADO

Os encontros a princípio destinados as gestantes tiveram, algumas vezes, outras presenças como a do pai, da avó ou outro familiar. Isto enriqueceu a roda de conversas desmitificando alguns temas e validando outros. Como os encontros eram semanais, a maioria das gestantes participou do grupo nos outros dias que não estava vinculado ao pré-natal, mostrando o interesse em participar dos encontros. Com isso a relação entre todas que participavam do grupo se fortaleceu como comunidade, uma se preocupando com a outra, mostrando interesse em poder ajudar e ser útil, como também gerou uma unidade de pensamentos positivos em relação à gestação, ao trabalho de parto e parto, a amamentação e a integração com o bebê. A assimilação dos assuntos abordados nos encontros e a importância da troca de saberes foram percebidas após o nascimento dos bebês, quando elas retornavam para relatar seu parto e/ou participar da prática de yoga para mães e bebês e da shantala. Estes encontros demonstram que apoiar a gestante e a puérpera é fundamental para estimular sua autoestima, sua coragem e sua capacidade de gerar, de parir, de amamentar e de amar, com isso teremos uma mãe, um bebê e uma família consciente dos seus direitos e feliz.

## REFERÊNCIAS

BALASKAS, JANET. Parto Ativo: guia prático para o parto natural. 2ed, p.60-61, 2008.

ODENT, MICHEL. O renascimento do Parto. 2ed, p. 24, 2002.

JONES, RICARDO. Memórias do Homem de Vidro, Reminiscências de um Obstetra Humanista. 2ed, p. 21, 2008

LEI nº 11.108, de 7 de abril de 2005; Art. 19-J.

RECOMENDAÇÕES DA OMS – 1996 – 10 Passos para a Atenção humanizada ao Parto

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000.



## ACUPUNTURA NA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO ÉTICO-LEGAL

**Jefferson Silva Barbosa; Jefferson Bezerra da Silva; Jerssika Karla Sobreira da Silva** - Discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem-UFPE/CAV;  
**Rogélia Herculano Pinto** - Professora assistente 2 do curso de Enfermagem-UFPE/CAV;  
**Bartolomeu Jose dos Santos Junior** - Professor Substituto do curso de enfermagem UFPE/CAV.

### INTRODUÇÃO

A Medicina tradicional chinesa – MTC, utiliza de técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/corpo/espírito e não um conjunto de partes isoladas. Seu objetivo, portanto, é diferente daqueles da assistência alopática, também conhecida como medicina ocidental, ou em que a cura da doença deve ocorrer através da intervenção direta no órgão ou parte doente. A MTC faz com que a percepção do modelo saúde-doença se dê a partir do movimento humano, definindo que religião, corpo, mente e ambiente sejam formadores do ser como um todo (KUREBAYASHI, 2009).

A acupuntura, hoje praticada em muitos países ocidentais, teve sua origem na antiga China, há milênios, onde, atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) concede aval e encoraja seu uso pelos países membros, tendo, inclusive, sido criado um documento intitulado “Estratégia da OMS Sobre Medicina Tradicional (MT) 2002-2005”, com vistas ao desenvolvimento de políticas para a implantação de MT, estabelecendo requisitos de segurança, eficiência, qualidade, uso racional e acesso (KUREBAYASHI, 2009).

Já com relação ao cuidar de enfermagem, é uma prática que consiste em esforços transpessoais de um ser humano para o outro, visando proteger, promover e a preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor. E é neste aspecto, a Medicina Tradicional Chinesa se aproxima da enfermagem como uma ferramenta de cuidado diferenciado que aborda aspectos do ser humano em seu contexto vivencial. A MTC enfatiza a integralidade do corpo humano em sua interatividade com a natureza. O corpo se torna então um organismo integral constituídos de várias partes, que não podem ser estruturalmente separadas e cujas funções interconectadas se influenciam fisiopatologicamente (SILVA, 2009).

A premissa do empirismo nas práticas do cuidado tem sido contestada desde a década de 1950, requerendo da enfermagem sua profissionalização que só foi deferida na década de 80. Neste contexto, isso permitiu o olhar científico aos enfermeiros, lhe dando competência por incumbir habilidades em diversos campos de atuação. Então, pesquisar e ressaltar a legalidade destas atuações torna-se mister, uma vez que é o respaldo legal e moral que permite ao enfermeiro a execução de suas atividades que lhe cabem. Conhecer isso faz com que áreas de atuação sejam percebidas cada vez mais e isso os fortalece para lutar a favor de uma enfermagem mais atuante (SILVA, 2009).

### OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo identificar e analisar os aspectos ético-legais da acupuntura no âmbito da enfermagem brasileira.

## MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão sistematizada de artigos na base da SciELO com os seguintes descritores: Enfermagem AND Acupuntura. Foram incluídos os artigos completos, publicados no período de 2003 a 2013, no idioma português, totalizando trinta artigos para análise, dos quais dez foram selecionados para esta pesquisa.

Além dos artigos, foi realizada a leitura de algumas leis e portarias para fundamentação legal e ética.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito das discussões do enfermeiro como acupunturista, o conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a acupuntura como especialidade pela resolução de número: 197/97, órgão este que tem força legislativa para a enfermagem, sendo válido e eficaz, já que não contraria a lei do exercício profissional (LAPE Nº 7.488/1986) (COFEN, 2006).

Nessa perspectiva, a mesma (LAPE), no art.11, inc. I, estabelece privativamente ao enfermeiro: "(...) os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (...)” e em consonância com o código de ética de enfermagem, prevê em seu art. de número 17, que é de obrigação ético-moral do enfermeiro avaliar as competências técnicas e somente assumir uma ação quando capaz de desempenho seguro para si e para o cliente (KUREBAYASHI, 2009).

Com isso entende-se que o enfermeiro possui os seguintes valores norteadores: a competência, a justiça, a responsabilidade e a honestidade, assegurando ao cliente uma assistência livre de falhas ou erros decorrentes de imperícia, imprudência e negligência (KLETEMBERG, 2009).

Diante dessas evidências legais observadas nesta pesquisa e com o discurso da atualidade sobre o ato médico e a acupuntura, questiona-se: por que o enfermeiro não estaria apto a praticar a acupuntura? Por que seria uma prática privativa da medicina se a mesma já foi repugnada e citada como charlatanismo há tão pouco tempo e hoje é reivindicada como exclusividade?

Na atualidade, a única resolução que proíbe a prática da acupuntura por “não-médicos” é uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), que não tem respaldo legal para todas as categorias, afinal, isso fere a constituição de 1988 ocultando-se o fato de que a força da lei se faz pelo estado, se detendo o CFM à classe médica (BRASIL, 1988).

## CONCLUSÃO

Com os argumentos ilustrados nesta revisão, a interconexão enfermagem e acupuntura se fazem presente apontando a legalização e a importância da enfermagem nas práticas integrativas, a partir disso faz-se mister o fortalecimento

dessas ideias perante o âmbito da saúde, para que se possa produzir uma assistência integral, universal e multidisciplinar.

## **CONCEPÇÕES E MANEJO DO LIXO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM MORADORES DO CONJUNTO HABITACIONAL CAJUEIRO I EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA**

**Joice Naiane Lima dos Santos** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia); **Dianna de Souza Andrade** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia); **Jéssica da Silva Magalhães** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia); **Raiza Nery Santos Souza** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia); **Felipe Santiago Brito da Silva** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia); **Profª. Drª Roberval Oliveira Passos** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia).

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os indicadores de sustentabilidade na comunidade do Cajueiro I, assim como as concepções e práticas no manejo do lixo. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, no qual foram realizadas entrevistas, utilizando um roteiro semi-estruturado elaborado a partir da dimensão econômica dos Indicadores de Desenvolvimento Sustentável do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população alvo desta pesquisa constitui-se de moradores provenientes de uma antiga invasão, remanejados para o Conjunto Habitacional Cajueiro I, por meio de um programa de urbanização municipal. Os resultados obtidos nessa pesquisa revelam que compreender e definir o que é lixo para 54% dos entrevistados, ultrapassa a concepção daquilo que é descartado, mas o que pode ser reutilizado ou reaproveitado, ou seja, o lixo torna-se lucrativo e fonte de renda para os menos favorecidos. No entanto 76% dos entrevistados afirmam que o contato com o lixo pode trazer danos à saúde com o aparecimento de vetores como ratos, baratas e mosquitos. Reforçando a tese de 54% dos que não separam o lixo pela falta de hábito e por considera-lo sem nenhuma utilidade. Contrastando com 31% que possuem esse hábito e veem importância em separa-lo. Dessa forma, ao abordar a temática lixo na comunidade do Cajueiro I, conclui-se que as concepções e

práticas estão vinculadas muito mais à categoria socioeconômica que ambiental, ou seja, existe uma inquietação maior com o bem-estar social que ambiental. Sendo ratificado pela capacidade de gerar renda ou economizar materiais reutilizáveis definidos como lixo por alguns. Faz-se então necessário à implementação de estratégias e programas de Educação Socioambiental, além de lixeiras apropriadas e coleta seletiva no município.

**Palavras-chave:** Sustentabilidade, Lixo, Santo Antonio de Jesus-BA.

## **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA PREVENÇÃO DAS PSICOPATOLOGIAS DO COTIDIANO**

José Washington A. Bezerra (AquariusNAC, Psicólogo, Terapeuta Comunitário); Co-autor: Luciana Maria de Castro Batista (Psicóloga, Terapeuta Comunitária, NAPI/CIS - Prefeitura do Recife)

A Terapia Comunitária Integrativa é uma metodologia de trabalho em grupo criada e sistematizada pelo Professor Doutor Adalberto Barreto, a partir de uma experiência social na comunidade do Pirambú, em Fortaleza, cujo objetivo é construir redes sociais solidária de promoção da vida, mobilizando recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades, proporcionando o resgate da autoestima e a inserção social dos grupos trabalhados. A Terapia Comunitária Integrativa não trabalha a doença, que é uma atribuição dos especialistas, foca sua ação na promoção a saúde e no sofrimento humano, pois compreende-se, no contexto da metodologia, que os sentimentos e os problemas diários não compartilhados e trabalhados, podem trazer um grande prejuízo de ordem física emocional para a vida das pessoas. “Quando a boca cala, o corpo fala, quando a boca fala o corpo sara!” ou ainda, “Prevenir é melhor que remediar!”, dentro destes ditados populares, pode-se resumir qual é a ação da TCI no contexto da prevenção em saúde mental. Pesquisas realizadas com base no depoimento dos participantes das Rodas de Terapia Comunitária, mostram uma melhoria na qualidade de vida no que se refere ao trato afetivo e emocional a nível pessoal, familiar e comunitário, pois o compartilhamento das experiências de vida proporcionam reflexões que vão além do espaço dos encontros. A TCI tem sua fundamentação teóricas baseada na Abordagem Sistêmica, Teoria da Comunicação, Método Paulo Freire, Antropologia Cultural e na Resiliência. Atualmente, a TCI é uma das práticas integrativas utilizada no SUS na atenção primária em saúde mental.

Palavras-chave: sofrimento; prevenção; saúde; integralidade

## **A BIOENERGÉTICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA CUIDAR DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**Julianna Caffé Lima Moreira** (UNIVASF/ discente de Psicologia);

**Gina Lorena Carvalho Barboza** (UNIVASF, discente de Psicologia).

**Barreto, Alexandre Franca** (docente do Colegiado de Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF).

### **Resumo:**

O presente trabalho versa sobre as possibilidades de aproximações entre a temática da pessoa com deficiência e a abordagem psicocorporal da Análise Bioenergética. Posto que tal prática psicológica é fundamentalmente corporal e considerando que pessoas com deficiência apresentam uma série de restrições sensoriais e motoras, investigamos de que maneira esta modalidade terapêutica beneficiaria este público específico. Assim, a partir de uma revisão literária da obra de Alexander Lowen, envolvendo seus livros publicados em língua portuguesa, procuramos apontar caminhos possíveis para este diálogo e contribuir para que novos saberes sejam desenvolvidos na área da psicologia corporal. Através deste estudo teórico, parece claro então notar que os recursos terapêuticos da Bioenergética não se mostram inadequados aos cuidados de um corpo deficiente. Pelo contrário, ela amplia as formas de intervenção para os modos atípicos de existência. Além disso, a pesquisa revela um espaço de reflexão que permite um olhar mais compreensivo e redimensionado sobre as limitações da diversidade humana.

**Palavras-chaves:** palhaçoterapia; análise bioenergética; pessoa com defícia; psicologia corporal.

## **BENZEDEIRAS DO BRASIL: IMAGEM VEICULADA NA LITERATURA CIENTÍFICA**

**Luanna dos Santos Rocha** (Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia; Universidade Federal de Alagoas);

**Bárbara Régia de Oliveira** (Residente em Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas);

**Célia Alves Rozendo** (Professora Doutora da Escola de Enfermagem e Farmácia; Universidade Federal de Alagoas).

### **INTRODUÇÃO**

O benzimento (ou benzeção) é uma prática antiga na sociedade brasileira que emergiu em meio ao catolicismo popular, desenvolvida geralmente por mulheres, transmitida de geração em geração ou recebida como um “dom divino” (HOFFMAN-HOROCHOVSKI, 2012).

Esse ritual sempre permitiu formas de sociabilidade e interação entre as pessoas de uma comunidade, ainda que em determinados espaços geográficos (como é o caso dos meios urbano) seja cada vez menos comum e sobreviva por meio da oralidade e da crença no poder da reza.

Segundo Hoffman-Horochovski (2012) diversos fatores têm influenciado no processo de “apagamento” desta prática, entre os quais estão a urbanização, a universalização da saúde, o crescimento de religiões evangélicas e o desinteresse pelas novas gerações em apreendê-la. Além desse apagamento social crescente, o desconhecimento e desarticulação dos profissionais da área de saúde com estes atores populares de cura e cuidado tendem a subjugar a eficácia de tais práticas e a desvalorizá-las.

Esta desvalorização, que de certa forma se baseia em um etnocentrismo científico dos profissionais, desconsidera o fato de que em determinadas culturas (em boa parte delas) as pessoas que necessitam de cuidados tendem a procurar primeiro as pessoas mais próximas que cuidam delas (como membros da família ou amigos) ou outras alternativas possíveis (curadores da tradição popular – como as benzedeadas) e só procuram os prestadores de cuidado profissionais posteriormente, caso os remédios populares não forem eficazes, o estado de saúde piorar ou se recear a morte (WELCH, 2004, in: TOMEY, ALLIGOOD, 2004).

Assim, considerando a oposição entre a importância social destes atores populares (este estudo focado no papel das benzedeadas) – enquanto figuras de cuidado e cura da tradição popular – e a desvalorização aparente das práticas das mesmas pelos profissionais da área, cujas práticas são fortemente baseadas no método científico, questiona-se: qual a imagem veiculada em periódicos científicos sobre as (os) benzedeadas (os) do Brasil?

Vê-se, então, que o conhecimento do papel social das benzedeadas (os) em suas comunidades e as dificuldades para aceitação e valorização de suas práticas por parte dos profissionais, visando formar um sistema integrado (popular e profissional) de cuidados à saúde, são pontos relevantes que justificam a realização deste trabalho, cujos objetivos seguem.

## **OBJETIVOS**

Caracterizar a produção científica sobre as (os) benzedeadas (os) brasileiras (os) e apreender a imagem veiculada na literatura científica sobre as (os) mesmas (os).

## **MÉTODO**

Pesquisa qualitativa descritiva, baseada em revisão da literatura científica, na base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO.br), em março de 2013, utilizando-se a estratégia de busca: BENZEDEIRAS or BENZEDORES or BENZEDURAS or BENZER [All indexes]. Os critérios de inclusão que guiaram a seleção dos artigos para o estudo foram: textos publicados em português, inglês ou

espanhol, que se referiam à prática da benzeção no Brasil e que fossem disponibilizados na íntegra.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva dos artigos localizados a partir da estratégia de busca, considerando os indicadores: ano e língua da publicação, área de conhecimento e região do autor principal, método do estudo e sujeitos da pesquisa.

Para a análise, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade análise temática. Da leitura criteriosa dos escritos e sistematização dos dados, emergiram três núcleos temáticos representativos da imagem das benzedeadas(os) veiculada nos mesmos artigos pesquisados.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

A partir da estratégia de busca foram localizadas 11 publicações, das quais uma foi excluída por não se relacionar as(os) benzedeadas(as) brasileiras(os). Observou-se que todas foram escritas em português, publicadas no período de 1995 a 2009 (com maior número de publicações ocorridas no ano de 2006), em periódicos de diversas áreas (como saúde pública, farmacognosia e botânica).

No que tange as áreas de conhecimento dos autores, também se observou uma variedade, com um leve destaque para as áreas de medicina e biologia. Quanto ao local originário da publicação, constatou-se um predomínio das regiões sudeste e centro-oeste, destacando-se que não foram localizadas publicações originárias das regiões norte e nordeste. A abordagem metodológica mais utilizada foi a qualitativa, especialmente a do tipo descritiva.

Os sujeitos das pesquisas foram geralmente os membros de uma dada comunidade ou os usuários do sistema único de saúde; destaca-se que em dois dos dez artigos selecionados, as benzedeadas eram tidas como sujeito do estudo, demonstrando a preocupação (embora ainda incipiente), de dar voz e visibilizar a presença destes sujeitos em suas comunidades e seus conhecimentos tradicionais, principalmente os relativos ao uso de plantas medicinais.

A análise temática dos artigos produziu três núcleos temáticos, quais sejam: 1) as benzedeadas e seus saberes sobre cuidado e cura; 2) as benzedeadas e seu papel de referência social; e 3) as benzedeadas como guardiãs da tradição da medicina popular.

Inseridos na primeira unidade de análise, emergem os estudos que abordam as benzedeadas como grandes detentoras de um saber historicamente construído acerca das práticas populares de cuidado de saúde, eficaz no tratamento de doenças e infortúnios do corpo, mente e espírito. Tal fato é visualizado ao destacarmos nestas publicações passagens como *“a religiosidade e os terapeutas populares representados por raizeiros, benzedeadas e rezadeiras adquirem um significado importante dentro do processo saúde-doença, pois oferecem, em muitos casos, respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde. Além disso, ofertam aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade devido à doença, o conforto e a força para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento”* (SIQUEIRA et al, 2006, p.72), *“[...] observou-se a importância e o respeito que a comunidade reserva a benzedeadas e parteiras, em relação aos usos alternativos de cura [...]”* (BORBA, MACEDO, 2006, p.774) ou *“fica evidenciada a importância dos vegetais na arte de benzeção em Juruena e a veracidade desta importância é demonstrada, pois 57 etnoespécies botânicas são*

*manipuladas pelas benzedeadas e utilizadas na cura de doenças naturais ou 'espirituais', sob a forma de chá, banhos etc.*" (MACIEL, GUARIM NETO, 2006, p.75).

Quanto ao segundo núcleo, que trata das benzedeadas como figuras de referência social, observa-se que estas mulheres são muitas vezes consideradas lideranças nas comunidades em que vivem, sendo procuradas nas mais diversas situações sociais (que vão além das situações de doença ou infortúnio). É o que se observa, por exemplo, em trechos como *"a coleta de dados sobre o uso das plantas foi obtida por meio de líderes comunitários: benzedeadas, parteiras e usuários que foram selecionados através de indicações de moradores das comunidades"* (MACEDO, FERREIRA, 2005, p.47) e *"os centro de saúde disponíveis na região foram menos procurados que as benzedeadas, curandeiros e pais de santo nos casos de violência conjugal grave"* (BRUSCHI, PAULA, BORDIN, 2006, p.256).

O último núcleo, por fim, trata das benzedeadas como guardiãs da tradição da medicina popular, pois através de suas ações preservam uma prática histórica e socialmente construída, que se mantém até os dias atuais através da oralidade e da eficiência das benzeções. É o que se observa nas publicações de Maciel e Guarim Neto (2006, p. 75), quando afirmam que *"a benzeção praticada em Juruena, onde a benzedeadas trata e benze com suas rezas, gestos e plantas, outrora transmitido por um parente (geralmente os avós), um amigo ou vizinho, é instrumento de processo histórico-cultural de um povo. Valores e herança cultural estão inseridos na prática de benzer, encontrando meios de permanecer vivos em Juruena através destas mulheres."* e de Siqueira et al (2006, p. 71) que afirma que a medicina religiosa (onde se insere a prática das benzedeadas) *"pertence a um contexto sócio-cultural e, geralmente, é influenciada por familiares ou grupos sociais. Pertencendo a um processo histórico, consegue sobreviver mesmo diante das inovações tecnológicas da atualidade."*

Vê-se portanto, que a imagem veiculada nas publicações científicas acerca das benzedeadas, aponta que as mesmas são vistas como figuras reconhecidas por suas comunidades e como grandes conhecedoras das estratégias de cura/cuidado populares de saúde, especialmente no manuseio de plantas medicinais. Observa-se, ainda, seu marcante papel político-social, pois geralmente são apontadas como referências em suas comunidades.

## REFERÊNCIAS

BORBA, A. M.; MACEDO, M. Plantas medicinais usadas para a saúde bucal pela comunidade do bairro Santa Cruz, Chapada dos Guimarães, MT, Brasil. **Acta bot. bras.** 2006; 20(4):771-782.

BRUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Rev Saúde Pública**, 2006; 40(2):256-64.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M.T, Velhas benzedeadas. **Dossiê – O Final da Vida no Século XXI**. 2012; 17(2):126-40.

MACEDO, M.; FERREIRA, A. R. Plantas hipoglicemiantes utilizadas por comunidades tradicionais na Bacia do Alto Paraguai e Vale do Guaporé, Mato Grosso-Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. 2004; 14(supl.01):45-47.



MACIEL, M. R.A.; GUARIM NETO, G. Um olhar sobre as benzedeiras de Juruena (Mato Grosso, Brasil) e as plantas usadas para benzer e curar. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi, Ciências Humanas**, Belém, 2006; 1(3): 61-77.

MENDES, K. D. S. ; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem integrative literature. **Texto & Contexto Enferm**, 2008; 17(4):758-764.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L. M. S. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Text. Context. Enferm.**, Florianópolis, 2006; 15(1):68-73.

WELCH, A. Z. Madeleine Leininger: Cuidar cultural: teoria da Diversidade e Universalidade, in: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra** (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2004, p.563-593.

## IPICs NE TERAPÊUTICA FAMILIAR: CUIDANDO DA VIDA DE FORMA CULTURAL HUMANIZADA

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Maria Francinete de Oliveira<sup>56</sup>; Ianna Lima de Souza<sup>57</sup>.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

### INTRODUÇÃO

A necessidade de se usar o modelo de uma prática de saúde que emana da cultura vem sendo apregoada desde a década de 1970, por ocasião das Assembléias Mundiais de saúde nesta década, confirmando-se com a conhecida Conferência de Alma-Ata (Rússia, 1979). A partir de então foi dado um maior valor a “medicina caseira” ou “medicina popular”, assim como outras práticas importadas principalmente da Índia e China. Este fenômeno tomou uma dimensão tão complexa, que hoje, no Brasil, é possível pensar e trabalhar nas perspectivas das “práticas integrativas e complementares na área da Saúde.

Para dar um maior significado ao tema Terapêutica familiar: cuidando da saúde de forma humanizada precisamos dialogar com alguns conceitos advindos do

<sup>56</sup> Maria Francinete de Oliveira - (Docente, UFRN)

<sup>57</sup> Ianna Lima de Souza - (Docente CENEP)

universo acadêmico. Assim, entende-se por práticas integrativas e complementares na área da Saúde, como sendo um sistema complexo de recursos terapêuticos, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), o qual “envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2006, p10).

No final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área e incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens a partir da criação do SUS, permitiu, com a descentralização e a participação popular, maior autonomia dos estados e municípios na definição de suas políticas e ações em saúde. Ora, nosso histórico de medicina tradicional tem raiz na própria história da colonização do país e na diversidade vegetal, conhecida como a maior do mundo. Estes fatos nos leva a adotar um segundo conceito essencial ao entendimento da pesquisa em questão: o conceito de etnobotânica.

A etnobotânica estuda o papel tradicional de certas plantas na vida e folclore de determinada raça ou povo. Ou seja, uma área científica, multidisciplinar (Botânica, Ecologia, Antropologia, Linguística, Sociologia, entre outras) que estuda a relação existente entre o ser humano e o modo como ele se apropria dos recursos vegetais (JORGE e MORAIS, 2013; CARVALHO, 2006). De acordo com Albuquerque (2002), os holandeses Guilherme Piso e Georg Marggraf, coletaram plantas e registraram usos conhecidos pelos nordestinos brasileiro, no século XVII. Mas é a partir dos trabalhos de Carl Linnaeus que se inicia a história da etnobotânica, através dos seus diários de viagens que continham dados referentes às culturas visitadas, os costumes de seus habitantes e o modo de utilização das plantas (PRANCE, 1995). Entretanto foi o americano J. W. Harshberger, que 1895 designou formalmente o termo etnobotânica, como sendo o estudo de plantas usadas por povos primitivos e aborígenes. Ele definiu quatro objetivos para esta ciência, quais sejam: elucidar o estágio de desenvolvimento cultural das tribos, de acordo com o uso das plantas e dos produtos delas derivados; estudar a distribuição das plantas no passado; conhecer as antigas rotas comerciais através das quais se promovia a troca de plantas e de produtos vegetais; e estudar o uso de plantas cujas propriedades são desconhecidas (BALICK e COX, 1996).

A partir de meados do século XX, a etnobotânica começa a ser compreendida como o estudo das inter-relações entre povos primitivos e plantas, envolvendo o fator cultural e sua interpretação. Como foi observado na literatura consultada, com o tempo, várias definições foram surgindo, mas sempre focada nos modos de utilização das plantas por parte do humano e nos conhecimentos tradicionais de um povo ou população.

## **OBJETIVOS**

Investigar o conhecimento de um grupo de pessoas sobre as plantas medicinais para prevenir, tratar e controlar as doenças;

Conhecer a opinião do grupo sobre a adoção de métodos naturais como as Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades de Saúde;

Identificar a disponibilidade do grupo para o manuseio e manutenção da uma horta “Farmácia Viva”.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter investigativo com propósitos determinados. Os dados foram coletados, através de um questionário, respondido por 90 mulheres e 40 homens que participam do Programa HIPERDIA, nos meses de Abril a Outubro de 2010, em uma Policlínica Pública do distrito sul, no município do Natal RN. O local selecionado justifica-se por ser um dos cenários das ações do Projeto de Extensão “Projetos Integrados de Vigilância à Saúde: responsabilidades compartilhadas” e da prática das disciplinas Saúde Coletiva e Epidemiologia do curso de enfermagem da UFRN.

## RESULTADOS

A forma de adoecimento de um povo leva ao desenvolvimento de uma prática cultural de cuidado que envolve todo um ritual mágico com palavras, preparações e gestos. É o humano que se humaniza para humanizar o outro em sua alteridade. Nesta, assim como em outras pesquisas, percebemos que conhecimento e gosto pelas plantas e pelo plantar é de origem familiar, onde a figura feminina é extremamente expressiva. A transmissão do conhecimento geralmente se dá a partir de uma necessidade de prevenção, de cura ou de um cuidado paliativo como se fosse o último recurso entre a vida e a morte.

No sentido de organizar os dados em uma estrutura mais didática selecionamos as plantas referidas de acordo com os sistemas fisiológicos e nomes do senso comum.

De acordo com os sistemas chegamos ao seguinte resultado: **Respiratório** - alho, agrião, canela, mastruz, malva, limão, gengibre, eucalipto; **Nervoso**: camomila, alface, maracujá, capim-santo, erva-cidreira, ginseng, ginkgo-biloba; **Digestivo**: agrião, alface, capim-santo, carqueja, dente-de-leão, erva-doce, hortelã, louro; **Hepático** - boldo, carqueja, chicória, hortelã; **Digestivo** (Vermes): mastruz, alho, cebola, hortelã da folha miúda; **Cardiovascular**: espirradeira, dedaleira, canela, alecrim, salsa, alho, alcachofra; **Urinário**: mate, quebra-pedra, erva-doce, capim-santo; **Endócrino**: carqueja, pata-de-vaca, jaborandi.

Todas as pessoas entrevistadas afirmaram que usam plantas para dor, diarreia, constipação e gripe. Com relação às fontes de aprendizagem a família e as (os) amigas (os) estão na esfera do conhecimento primário e a televisão, revistas e livros como conhecimento secundário. Para 90% do grupo as Práticas Integrativas e Complementares devem ser oferecidas ao público atendido pela Policlínica e os remédios naturais devem estar disponíveis na farmácia. Na questão referente à participação no cuidado do horto existente, 60% responderam não tem tempo; 30% têm dúvida, e 10% participariam com prazer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados podemos destacar que os saberes que emanam das famílias (etnobotânica) devem ser valorizados e complementados com o saber científico. Diante da necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde, e reorganização da prática centrada nas reais necessidades da clientela esperamos contribuir, com os resultados deste estudo, de forma afirmativa, para uma maior interação entre os serviços públicos de saúde e sua clientela de modo a favorecer novas possibilidades, o compartilhamento de vivências e o encontro de alternativas pessoais mais saudáveis, respeitando-se as diferenças de gênero, raça, etnia e gerações.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, U. P. de; LUCENA, R. F. P. de (Org). **Métodos e técnicas na pesquisa etnobotânica**. Recife: LivroRápido/NUPEEA, 2004. 189p

ALBUQUERQUE, U. P. de. **Introdução à Etnobotânica**. Recife: Bagaço, 2002,

BALICK M.; COX, P. **Plants, people and culture**. The Science of Ethnobotany. Scientific American Library. USA, 1996.

BALICK, M. J.; COX, P. A. **Plants, People and Culture** – The Science of Ethnobotany. Scientific American Library, W. H. Freeman Publishers, New York (U.S.A.), 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Luís Manuel Mendonça de. **Estudos de Etnobotânica e**

**Botânica Económica no Alentejo**. 2006, 511 f. Tese (Doutorado em e Biologia - Sistemática e Morfologia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra. Coimbra, 2006.

JORGE, Schirlei da Silva Alves; MORAIS, Ronan Gil de. **Etnobotânica das plantas medicinais**. Disponível em: <<http://www.fernandosantiago.com.br/etnobo3.htm>>. Acesso em: 30, abr., 2013.

PRANCE, G. T. Ethnobotany. Today and in the Future. In: SCHULTES, R. E. & REIS, S. von (Eds.). **Ethnobotany: Evolution of a discipline**. New York: Chapman & Hall, 1995. p.60-67.

RODRIGUES, Joana S. C. **Estudo etnobotânico das plantas aromáticas e medicinais**. Disponível em: <

<http://www.etnobotanica.uevora.pt/JoanaCRodriguescurso%20PAM%20FCL.pdf>.  
Acesso em: 11, mar., 2013

OLIVEIRA, Maria Francinete de. Os sinais e sintomas do climatério e os Florais de Bach. Natal, 2001 (Trabalho apresentado no 53º CBEn. Curitiba, 9 a 14 de outubro de 2004).

OLIVEIRA, Maria Francinete de; SILVA, Maria Luzenir F. da; LIMA, Rejane F. de. Fitoterapia: a terapêutica do povo para o povo. Natal, 1996 (Pesquisa apresentada no 6º Congresso de Iniciação Científica da UFRN e na 47ª SBPC)

## **PACIENTES COM CONSTIPAÇÃO, TRATADOS COM AURICULOACUPUNTURA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

**Rhuanna Kamilla da Silva Santos** (UFPE/Discente); **Cilene Maria Reis de Albuquerque Silva** (UFPE/Discente); **Marcus Vinícius Pergentino de Santana** (UFPE/Discente).

**Rogélia Herculano Pinto** (Mestre em Enfermagem/UFPE).

### **INTRODUÇÃO**

A Auriculoterapia, assim como a acupuntura, é parte integrante da Medicina Tradicional Chinesa. Embora existam evidências de sua utilização por diversos povos desde a Antiguidade, foi na China que se deu seu maior desenvolvimento, a partir da relação do pavilhão auricular com os demais órgãos e regiões do corpo. Com efeito, a acupuntura é uma técnica antiga que objetiva diagnosticar doenças e promover a cura pela estimulação da força de autocura do corpo. Esse processo se dá pela mudança do sentido da energia, por meio da estimulação de pontos específicos com agulhas, sementes e outras formas de abordagens. A auriculoacupuntura constitui uma parte importante da Medicina Tradicional Chinesa, fazendo parte, portanto de um diagnóstico das enfermidades, através do seu microsistema.

Nesse estudo foi utilizado a auriculoacupuntura para tratar a constipação, de um grupo de jovens, acima de 18 anos e mulheres. Entende-se por constipação ao atraso da evacuação intestinal. Em um indivíduo normal a deposição é de uma vez a cada 24h, ainda que se possa chamar prisão de ventre habitual, em muitos casos em que a deposição deixa de ser diária, não chegando a se considerar patológica. Constipação também é definida como deposição difícil, com fezes duras e secas,

uma vez a cada vários dias e que pode estar acompanhadas de sintomas, tais como cefaléia, cansaço, náuseas, indisposição, ansiedade e outros. Para a medicina Ocidental, a constipação se divide em três casos distintos, a constipação intestinal simples, a síndrome do colón irritable com constipação e a constipação intestinal crônica. Esta última segundo pesquisa realizada por Higgins; Johanson (2004), afirma que a prevalência de adultos constipados na América do Norte varia de 1,9 a 27,2%, com média de 14,8%, e estende-se em maior quantidade nas mulheres numa proporção de 2,2: 1.

A constipação crônica e refratária a tratamento, também tem sido atribuída em crianças à hipersensibilidade alimentar, por exemplo, à proteína de leite de vaca (CARROCCIO; IACONO, 2006). Todavia, em adultos está ligado geralmente a causas endócrino-metabólicas, neurológicas e medicamentosas (SANTOS JÚNIOR, 2005). Medeiros (2001), descreve os tipos de constipação associados às causas e sintomas segundo a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e aponta quatro causas distintas como segue-se: Tipo Calor: urina escassa e escura, face afogueada, dor no abdômen, língua vermelha com saburra amarela: Acúmulo de calor no IG e E. Tipo Frio: urina clara e profusa, mãos e pés menos quentes, preferência por calor; não tolera frio no abdômen. Acúmulo de Yin frio (frio-Yin) no interior (que torna estagnadas as atividades do Qi do intestino) Tipo Estagnação: dor em distensão do abdômen e hipocôndrio, gases, gosto amargo na boca, tontura, saburra fina. Dor no peito e pulso irregular. Tipo Deficiente: Fezes secas, nenhuma distensão ou dor, falta de ar, cansaço, língua pálida, palpitação, amnésia, deficiência de Qi ou de Yin (quando acompanhado de tontura, zumbido, pouca saburra) (MEDEIROS, 2001).

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## OBJETIVO

A partir dessas considerações iniciais, define-se como objetivo dessa pesquisa a discussão e análise dos casos de pacientes de um pequeno grupo de estudo onde a queixa principal é a constipação.

## MÉTODO

Foi feita a inspeção minuciosa de todas as partes da orelha, a fim de observar a presença de manchas, escamações, aumento da vascularização e formação de edemas indicando possíveis causas. Em seguida fez a palpação para identificação de pontos doloridos.

Foram utilizados questionários semiestruturados com perguntas relacionadas à alimentação, referências ao estado emocional e psicológico, frequência de atividades físicas, queixas principais, se fazia uso de algum laxante dentre outras, o

qual foi feito com um grupo de seis jovens. A pesquisa foi feita em um laboratório da Universidade Federal de Pernambuco no Centro Acadêmico de Vitória, onde as jovens ficavam reservadas e à vontade para falar de possíveis causas que pudessem influenciar no tratamento a cada sessão.

Todas relatam a dificuldade em ir ao banheiro, resultando em fezes secas e duras, perdurando de até 10 a 15 dias sem evacuação, foi notificado também que ambas relacionaram o fato a ansiedade exagerada e estresse. Foram usados no tratamento da constipação, pontos relacionados ao sistema digestório, tais como: Estômago, intestino grosso e delgado, metabolismo, endócrino, triângulo cibernético (Shen men, SNV e Rim), ansiedades, constipação, San Jiao e abdômen.

Segundo (GARCIA 1999) a explicação do uso de tais pontos se dá da seguinte maneira: Intestino grosso e abdômen, eles refletem a zona correspondente a patologia, estimulam o peristaltismo, drenam e comunicam o Qi nos Zang Fu, dispersam o calor e eliminam as estagnações. San Jiao, transforma a energia e o correto metabolismo dos líquidos, favorecendo-se a eliminação. Endócrino tonifica o Qi, o rim tonifica o Yang mobilizando os líquidos corporais e dispersando o frio. Constipação, um ponto específico para o diagnóstico e tratamento da constipação. Estômago, é à base da energia do céu, também definido como o mar dos líquidos. Endócrino, utilizado para garantir e controlar uma adequada função digestiva (absorção-digestão). E ansiedade, controlando-a e evitando a depressão.

O grupo foi dividido em dois, tratando de forma diferente cada, um com agulhas semipermanentes e o outro com semente de mostarda. Antes da aplicação das sementes eram usadas agulhas Ting por 15 min. para estimulação do ponto. Eram trocadas a cada 7 dias e com a estimulação diária no caso das sementes, concluindo o tratamento com 12 sessões.

## RESULTADOS

A Medicina Tradicional Chinesa trata a constipação como um problema energético visceral. O tratamento consiste em harmonizar o desequilíbrio, na tentativa de eliminar a causa da constipação.

Portanto foram observados excelentes resultados na terapêutica para constipação por auriculoacupuntura. Constatando que as mesmas passaram a evacuar diariamente, sem muitos esforços e irritações. Relataram melhora quanto ao estresse diário, verificando ainda melhora na qualidade do sono e ansiedade.

Observamos também, que não houve diferença quanto à forma de tratamento, visto que ambos os grupos atingiram os mesmos resultados. E assim podemos também ampliar e expandir o verdadeiro conhecimento da Auriculoacupuntura com o grupo.

## REFERÊNCIAS

MACIOCIA. Giovani. Os fundamentos da medicina chinesa. 2ª Ed. São Paulo: Roca, 2007.

SANTOS JÚNIOR, Júlio César Monteiro. Constipação intestinal. Revista Brasileira de Proctologia, volume 25 n.º 1, 2005. Disponível em:

<[www.sbcpc.org.br/pdfs/25\\_1/14](http://www.sbcpc.org.br/pdfs/25_1/14)>. Acesso às 13:52 horas de 15 de Abril de 2013.

Neves, Marcos Lisboa, Manual prático de Auriculoterapia. 3ª ed-Porto Alegre:Ed. Do autor,2011.

Gonzáles Garcia, Ernesto. Auriculoterapia: Escola Huang Li Chun/Ernesto González Garcia, São Paulo-Roca, 1999.

# I P I C S N E

## REIKI, UMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR: EXPERIÊNCIA EM SALVADOR, BAHIA.

Ronali Iris Santana Oliveira<sup>58</sup>; Juscilene Maria de Jesus<sup>59</sup>; Jairo Carvalho<sup>60</sup>; Anamélia Lins e Silva Franco<sup>61</sup>.

### INTRODUÇÃO

O Reiki é uma prática terapêutica, vivenciada também como forma de complementar tratamentos médicos convencionais (ROMO, 2003). Atualmente, as diversas buscas por terapias holísticas podem ser entendidas como o resultado da insuficiência e crise do modelo de saúde biomédico, como muitos autores afirmam. Este modelo (aparentemente) hegemônico, não tem sido suficiente para atender às necessidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. Desta maneira, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, implementada em 2006) pretende ampliar e aperfeiçoar a oferta de serviços na saúde.

<sup>58</sup> Ronali Iris Santana Oliveira – Estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, IHAC/UFBA.

<sup>59</sup> Juscilene Maria de Jesus – Estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, IHAC/UFBA.

<sup>60</sup> Jairo Carvalho – Estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, IHAC/UFBA.

<sup>61</sup> Anamélia Lins e Silva Franco Psicóloga, doutora em saúde coletiva, professora do IHAC/UFBA.



Apesar de não ser abrangido como uma racionalidade médica dentre as práticas integrativas e complementares regulamentadas, como a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo-Crenoterapia, nota-se que o Reiki é apresentado na PNPIC com a maior taxa dentre as práticas complementares como Lian gong, Tai-chi-chuan, Yoga entre outro (BRASIL, 2006). Assim, constatamos que observar práticas não biomédicas, como o Reiki, vem se fortalecendo e são praticadas em unidades de saúde em todo o país.

O Reiki assim como outras práticas complementares de saúde, tem suas raízes originárias do mundo Ocidental. É uma técnica de imposição das mãos nas superfícies corporais como forma de canalização e equilíbrio energético. Esta é uma prática de saúde sem conotação religiosa, útil, prática e de baixo custo, voltada para a manutenção da vida saudável. Têm-se como benefícios do reiki a redução do estresse, a assistência no equilíbrio das emoções com a diminuição de sintomas de ansiedade e depressão como afirmam os estudos da equipe do psicobiólogo Ricardo Monezi (OLIVEIRA, 2003). Monezi afirma que a canalização da energia produz ondas físicas que estimulam o corpo orgânico a liberar determinados hormônios capazes de ativar as células de defesa do corpo. Observa-se assim que o reiki é uma prática fácil, efetiva e eficaz para ser utilizado nos serviços de saúde. Deste modo, buscamos investigar como essa prática pode ocorrer dentro de instituições de saúde.

## **OBJETIVO**

Para a realização deste estudo, como objetivo buscou-se descrever a prática do Reiki dentro de um serviço de saúde, analisando uma experiência de uma unidade hospitalar filantrópica em Salvador, Bahia.

## **MÉTODO**

Este estudo é fruto de uma atividade da disciplina Racionalidades Médicas em Saúde do Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Para desenvolver a análise da prática do reiki dentro de uma unidade de saúde, foi realizada uma entrevista em profundidade com uma psicóloga e mestra em reiki. A entrevistada desenvolve esta prática dentro de uma unidade hospitalar filantrópica em Salvador, Bahia deste de 2006.

Como instrumento do estudo, um roteiro para a entrevista sem-estruturada foi previamente construído. Assim, a entrevista teve duração de três horas, sendo realizada no dia 20 de junho de 2012 na própria unidade hospitalar de saúde, situado no bairro de Nazaré em Salvador. Com a autorização da participante, a entrevista foi gravada, transcrita e analisada pelos entrevistadores pesquisadores.

## **RESULTADOS PARCIAIS E/OU CONCLUSIVOS**

Com a realização da entrevista, observa-se a experiência de como esta prática pode ser desenvolvidas em unidades de saúde. A profissional entrevistada desenvolve a prática do Reiki dentro desta unidade de saúde filantrópica em Salvador, Bahia, e também organiza a prática destas atividades no serviço. A prática

do Reiki foi oficializada e efetivada dentro na Instituição em 2006, tendo respaldo na própria PNPIC. Uma funcionária médica e mestra em Reiki se disponibilizou a ministrar os cursos de formação em Reiki, com o financiamento do próprio hospital. Participaram da formação profissionais de diversas áreas, cidadãos voluntários, além dos profissionais de saúde dos serviços. Em 2010 já haviam 91 profissionais formados em Reiki, entre profissionais do hospital e voluntários pré-selecionados.

Assim, com a formação de canais Reiki, em diversos setores como UTI Neonatal, Ambulatório de doenças Cardiovasculares, entre outras, tem pessoas capacitadas para realizarem a aplicação. Desta maneira, destacamos que o Reiki é uma prática que possibilita promoção da saúde. Sendo esta uma prática de saúde que melhora o estado físico, mental, emocional, espiritual, por equilibrar o padrão vibratório de forma sutil, com resultados positivos.

Na unidade de saúde investigada, existem profissionais de diversas áreas, não só da saúde, habilitados à prática do Reiki, o que os mostra que esta não é uma prática restrita a um determinado grupo. Além disso, nos dados informados pela PNPIC (2006), observa-se que dentro das práticas complementares investigadas para a construção da política, o Reiki apresenta-se, na distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros com a maior taxa. Isso nos permite afirmar que o Reiki apresenta-se como uma das práticas complementares mais realizadas nos serviços de saúde. Com estas informações, mesmo que sub-registradas, constatamos que o Reiki, está presentes nos contextos das práticas de saúde nos serviços públicos de saúde em todo o Brasil, com foi observado no hospital investigado.

Assim, a formação de canais Reiki e a ampliação desta prática nos diversos setores em unidades de saúde, representam a possibilidade de integração das PICs com o serviço de saúde Nacional. Na população atendida nos serviços e que tem participado das sessões de Reiki, na unidade de saúde investigada, nos foi informado que aos usuários do serviço aceitam a prática do reiki facilmente, reconhecem benefícios e criam laços positivos com os profissionais.

Desta maneira, notamos que o reiki, assim com outras práticas integrativas e complementares (PICs) destacam-se por serem uma forma de se constituir um melhor serviço de saúde – fortalecendo valores como a integralidade, universalidade e equidade.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira De Reiki-A.B.R. Disponível em < <http://www.ab-reiki.com.br/abr.htm> > Acesso em 09-06-2012.

BABENKO, P.C. Reiki: Um Estudo Localizado Sobre Terapias Alternativas, Ideologias e Estilos de Vida. 125f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal de São Carlos, São Paulo. 2004. 114 p. Disponível em: < [http://www.porthal.org/downloads/reiki\\_DissPCB.pdf](http://www.porthal.org/downloads/reiki_DissPCB.pdf) >. Acesso em: 08/06/112

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> >. Acesso em: 09/06/2012

CUIDADOS Integrativos. Disponível em: < Informações do blog Cuidados integrativos. Ver mais em: <http://www.integrativos.blogspot.com.br/>>. Acesso em: Junho/2012

FARIAS, Humberto. Postos de saúde oferecem tratamento alternativo pelo SUS. Disponível em: < <http://www.aratuonline.com.br/video/7568,postos-de-saude-oferecem-tratamento-alternativo-pelo-sus.html> >. Acesso em: 08/06/12

GERÉ, R.R. Efeitos do reiki na evolução do granuloma introduzido através na inoculação BCG em hamistters e do tumor ascítico de ehrlich introduzido em camundongos. Dissertação. Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

HOSPITAL Santa Izabel. Disponível em: <<http://www.hospitalsantaizabel.org.br/index.php/o-hospital/responsabilidade-social>>. Acesso em: Agosto. 2012

INSTITUTO Quatro estações. Disponível em: < <http://www.reiki-ba.com.br/>>. Acesso em: Junho/2012

MASCARENHAS, Fabiana. Terapias complementares são incorporadas aos tratamentos em hospitais brasileiros. A Tarde. Salvador. /12/2011

MOREIRA, Plínio Ganzer, MATTOS, Luiz Franklin. Reike: Sistema Usui Shiki Ryoho. Apostila Nível I Shoden. Registrado no International **Reiki** Center Michigan Nº 500.086. Disponível em: < <http://www.reikibr.org/apostilas/Reiki%20I%2005082003.pdf> > Acesso: 08 Jun. 2012.

MONTE KURAMA – Associação Portuguesa de Reiki, A Mestre Tanaka fala sobre o Reiki. Disponível em < <http://associacaoportuguesadereiki.com> > Acesso em 07-06-2012.

ROMO, Rodrigo. Cura Quântica Estelar. Shanthar. 2003

REIKI no Hospital Santa Isabel em Salvador-Bahia. Disponível em: < <http://terapeutaneysilva.blogspot.com.br/2011/06/reiki-no-hospital-santa-isabel-em.html> >. Acesso em: 09/06/2012

REIKI. Cure-se. Disponível em: <<http://www.cure-se.com/painel/arquivos/reikitemexplicacao.pdf>>. Acesso em : Junho/2012

OLIVEIRA, R.M.J. Avaliação de efeitos da prática de impostação de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003

TEIXEIRA, Francisca Niédja Barros. Reiki: religião ou prática terapêutica?. Horizonte: revista de Estudos de Teologia e Ciências da religião, ISSN 2175-5841, Vol. 7, Nº. 15, 2009, págs. 142-156. Disponível em: < <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655181> > Acesso: 08 Jun. 2012.

## O LIAN GONG EM 18 TERAPIAS SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA

**Tiago Veloso Neves**<sup>1</sup>; Tauane Vechiato<sup>1</sup>; Vanessa Gomes da Cruz<sup>1</sup>; Alex Martins Tosta<sup>2</sup>; Juliana Ramos Bruno<sup>3</sup>.

### INTRODUÇÃO

O *Lian Gong Shi Ba Fa* (ou Lian Gong em 18 Terapias) é um método de exercícios terapêuticos criado pelo Dr. Zhuang Yuan Ming, médico ortopedista chinês, que os concebeu na intenção de tratar dores musculoesqueléticas e constatou também o seu grande benefício na prevenção destes sintomas (MING, 2001). O Lian Gong (Pronuncia-se “lian kun”) se constitui em exercícios leves, realizados de forma lenta, e associados à respiração, unindo alongamento e fortalecimento. Segundo Ming (2001), esses exercícios podem tratar dores no pescoço, ombros, coluna lombar, membros inferiores, dores geradas por movimento repetitivo e algumas tenossinovites. Alguns estudos já demonstraram que o Lian Gong, além dos benefícios ligados ao tratamento da dor, é um método potente para gerar bem-estar e aumentar/resgatar a consciência corporal nos indivíduos que o praticam, devido aos seus movimentos lentos e amplos (ALMEIDA, 2004; BILHARINHO JÚNIOR, 2010).

### OBJETIVO

Verificar quais resultados vem sendo encontrado pelos trabalhos científicos que abordaram o Lian Gong em 18 Terapias.

### MÉTODO

Artigos científicos, trabalhos acadêmicos (monografia/dissertação/teses) e documentos oficiais de órgãos da saúde que traziam resultado de pesquisas científicas com o LG realizados do ano 2003 até o momento atual foram levantados por meio dos sites Scielo, Bireme e Google Acadêmico. Foram excluídos os estudos teórico-conceituais sobre este método.

Resultados e conclusão: Ming (2001) realizou experimentos para verificar a eficácia de seu método no combate às dores e alterações decorrentes das mesmas, tendo avaliado, em ocasiões diferentes, grupos de 71, 217, e 1361 indivíduos com

queixas de dores no corpo. Em todos estes grupos, um percentual superior a 90% dos pacientes teve algum tipo de melhora dos sintomas dolorosos. Em outro experimento, o mesmo autor comparou os efeitos do Lian Gong com os efeitos da massagem chinesa por meio da eletromiografia. Foram colocados eletrodos sobre os músculos paravertebrais lombares e os isquiotibiais de indivíduos que apresentavam dores lombares e nas coxas. A análise da eletromiografia foi realizada antes e depois da aplicação dos dois métodos, e ambos mostraram melhoras significativas e semelhantes na diminuição do nível de tensão dos pacientes, mostrando que o Lian Gong demonstrou um potencial de relaxamento semelhante ao da massagem chinesa. Foram encontrados, até o momento, poucos estudos experimentais utilizando o Lian Gong em 18 Terapias além daqueles realizados pelo próprio criador do método. Bilharinho Júnior (2010) realizou um estudo com 50 pessoas entre 30 e 75 anos que praticaram o Lian Gong por, no mínimo 4 meses uma vez por semana, e constatou que houve diminuição do número de indivíduos que sentiam dores musculares (87% dos pacientes relataram diminuição das dores). 88% deles afirmaram sentirem-se mais fisicamente dispostos devido à prática do Lian Gong, bem como relataram melhora da percepção corporal, da qualidade do sono e da flexibilidade. Esse autor também observou uma evolução da sociabilização entre os pacientes. Um estudo realizado com os funcionários do setor de editoração de um Centro Universitário de São Paulo por meio do Questionário SF-36 (BETARELLO; SAUT, 2006), o Lian Gong mostrou-se superior à Ginástica Laboral na melhora dos aspectos “Dor”, “Aspectos sociais”, “Limitação por aspectos emocionais”, e “saúde mental”. O estudo teve um  $n$  pequeno (8 pacientes no Grupo Lian Gong e 8 no Grupo Ginástica Laboral) e os autores descrevem que a prática foi realizada 5 vezes por semana, mas não durante quanto tempo. Outro estudo, feito em Portugal, confirmou a eficácia deste método para tratar dor dentro do contexto laboral, tendo sido utilizado como Ginástica Laboral 2 vezes por semana durante 6 meses em um grupo de 19 indivíduos (GOUVEIA, 2011). Os sujeitos da pesquisa apresentaram redução significativa de dor nas regiões de punho, joelho e tornozelo ( $p < 0,05$ ) e na região lombar ( $p < 0,01$ ). Nunes e Santos (2009) compararam os efeitos do Lian Gong, caminhada, e hidroginástica por meio dos testes de Fullerton e puderam constatar que o Lian Gong foi inferior às outras duas atividades nas competências avaliadas por esses testes. Há de se levar em conta também que os idosos do grupo Lian Gong eram mais velhos que os dos dois outros grupos, e o método não se propõe a conquistar ganhos físicos, mas sim a tratar dor. Concluíram, contudo, que as três práticas foram benéficas para os sujeitos estudados. A amostra foi composta por 113 indivíduos de 60 a 84 anos, sendo que Grupo Caminhada tinha 38 indivíduos, o Grupo Hidroginástica também, e o Grupo Lian Gong possuía 37 indivíduos. Em Campinas, no estado de São Paulo, o estudo de Nagai e Queiroz (2011) mostrou que, depois de um ano e meio desde que o Lian Gong foi implantado como prática de saúde nas redes básicas de saúde deste município, realizado três vezes por semana, o uso de diclofenaco de sódio (antiinflamatório) diminuiu de 625.270 unidades para 485.000 unidades por mês, o que representa uma redução de cerca de 33% no uso deste medicamento. Almeida (2004) trabalhou com um grupo de 17 indivíduos de 57 a 83 anos de idade e constatou que o Lian Gong foi capaz de modificar a percepção corporal de indivíduos idosos acerca do seu próprio corpo e também do envelhecimento. A percepção da melhora da disposição física e da amplitude de movimento trouxe uma melhor perspectiva sobre o envelhecimento, pois estes sujeitos passaram a

vislumbrar novas possibilidades. Essa nova forma de se movimentar trouxe a consciência de que movimentar-se é necessário à saúde, e gerou nos pacientes o hábito de buscar atitudes preventivas. O autor declara ainda que o exercício realizado de maneira lenta e consciente permitiu que os idosos reconhecessem melhor o meio interno, melhorando seu contato e consciência acerca do próprio corpo. De fato, nos estudos acerca do Lian Gong, a conscientização de prevenção e autocuidado entre os pacientes como resultado da prática é uma constante. É possível também notar que os indivíduos que se submetem à prática constante desse método e de outras práticas corporais passam a assumir uma postura mais crítica e ativa em relação à própria saúde, além de criarem um espírito de coletividade, além de tornarem-se mais autônomos, empoderando-se da própria saúde (AGRESTA et al., 2009; BILHARINHO JÚNIOR, 2010). Por fim, constatou-se que a literatura encontrada até o momento sobre o Lian Gong é especialmente de ordem qualitativa, mas confirma os resultados das pesquisas quantitativas naquilo que o método se propõe a fazer: tratar dor. Além disso, os relatos de melhora do bem-estar se mostraram recorrentemente presentes, bem como a melhora da percepção e consciência corporal. O Lian Gong tem, portanto, se mostrado um método relevante para a prevenção, manutenção, e promoção da saúde, segundo a literatura disponível. Contudo, sugere-se a realização de mais estudos quantitativos e laboratoriais para verificar os efeitos benéficos do Lian Gong por meio de instrumentos mais bem definidos.

## REFERÊNCIAS

AGRESTA, M.A. et al. Uma experiência de promoção da saúde baseada no Lian Gong na supervisão técnica de saúde Ipiranga: Lian Gong como ação promotora de saúde, definida pela Carta de Ottawa *in* SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Centro de Controle de Doenças. Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT. **Caderno Técnico – DANT: Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, p.56-58, 2009.

ALMEIDA, S.T. Modificações da percepção corporal e do processo de envelhecimento no indivíduo idoso pertencente ao grupo Reviver. **RBCEH**, Passo Fundo, v.1 n.1, p. 86-98, jan./jun. 2004.

BETARELLO, P.A.; SAUT, T.B. **Análise dos resultados do questionário sobre qualidade de vida – SF 36, após aplicação do Lian Gong em 18 Terapias e de Ginástica Laboral, em funcionários, do setor de editoração do Centro Universitário Claretiano de Batatais-SP.** 2006. 75f. Monografia, Centro universitário Claretiano, Batatais, SP, 2006.

BILHARINHO JUNIOR, C.R.. **O Lian Gong como prática instituinte da promoção da saúde no município de Amparo-SP.** 2010. 161f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Campinas, Campinas-SP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

GOUVEIA, R.M.L.A. **Efeito de m programa de ginástica laboral baseado na metodologia de Lian Gong em 18 Terapias**: um estudo realizado em trabalhadores administrativos de uma unidade de cuidados de saúde. 2011. 51f. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Desporto da universidade do Porto, Porto, 2011.

MING, Z.Y. **Lian gong shi ba fa**: lian gong em 18 terapias. 2.ed, São Paulo: Pensamento, 2001.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Cien. Saude Colet.**, v.16 n.3, p.1783-1800, 2011.

NUNES, M.E.S; SANTOS, S. Avaliação funcional de idosos em três programas de atividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong. **Rev. Port. Cien. Desp.** v.9 n2-3, p.150-159, 2009.

# I P I C S N E

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## EIXO TEMÁTICO – 03

### TRAJETÓRIAS SINGULARES: A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO SABER MÉDICO

**Daniela Carvalho** (UFBA, discente); **Camila Carneiro** (UFBA, discente); **Eduarda Barros** (UFBA, discente); **Sérgio Santos** (UFBA, discente); **Willy Lopes** (UFBA, discente); **Anamélia Franco** (UFBA, professora).

#### RESUMO

A modernização e a civilização do conhecimento construiu um patamar segregacionista entre o saber popular e o saber científico. Determinados conhecimentos estabeleceram um poder simbólico em detrimento da desvalorização dos demais. O saber científico, com a influência do contexto global do capitalismo e evolução tecnológica, se constituiu como uma prática hegemônica diante de saberes ancestrais, subjugando os seus valores terapêuticos, ainda que a prática biomédica seja mais recente. Esse estudo faz uma análise reconstitutiva da vida acadêmica e profissional de dois médicos com trajetórias singulares, através de entrevistas semi-estruturadas. Onde foi demonstrado que ambos partiram de uma graduação tradicional e transcenderam o contexto inicial desta formação buscando agregar conhecimentos de outras racionalidades médicas em sua prática profissional. Suas trajetórias evidenciam que é possível agregar essas práticas integrativas aos conhecimentos obtidos na formação tradicional. Apesar de as vivências terem sido diferentes, a percepção de que uma prática integral se torna mais completa a partir da junção de diversos saberes que, agregados possibilitam obter uma perspectiva ampla, e ao mesmo tempo aprofundada, do indivíduo é evidenciada em seus discursos. Na prática diária dos casos estudados se fez evidente a possibilidade real e eficaz da inserção de diversos conhecimentos na atuação de profissionais de saúde.

**Palavras chave:** saber popular; formação acadêmica; práticas integrativas.

### PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA E PET-SAÚDE: UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL?

**Alecrides Marques Alencar** (Psicóloga e preceptora do PET-Saúde);



**Jonalva Paranã; Michele Lorena; Manoel Leite de Alencar Neto** (Discentes);  
**Sílvia Raquel Santos de Moraes** (Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco e tutora do PET-Saúde).

## INTRODUÇÃO

Em consonância às portarias interministeriais do Pró-Saúde, PET-Saúde e Programa de Saúde na Escola (PSE) e, de acordo com algumas das prioridades firmadas no Pacto pela vida (2006), propomos a descrição e a avaliação crítica das atividades extensivas desenvolvidas por uma mini equipe pertencente a um grupo de trabalho de educação pelo trabalho (PET-Saúde) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Para tanto, partimos da perspectiva de intersetorialidade e integralidade em saúde, ao passo que nossas atividades ocorrem no cenário da educação em uma escola participante do PSE no município de Juazeiro-BA.

Ao se valorizar a política clientelista e medicamentosa como vieses para uma atenção de característica hospitalocêntrica em detrimento de ações com ênfase na produção de cuidado que primordialmente valorize a integralidade das ações, ou seja, é um princípio quanto à igualdade de assistência, uma da diretriz da atenção integral (Pinheiro, 2001).

A intersetorialidade significa a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar resultados efetivos em situações complexas visando o desenvolvimento social (Junqueira & Inojosa, 1997).

A partir do PET Saúde visamos alcançar a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade via inserção precoce de estudantes dos cursos de saúde nos dispositivos da rede de cuidados. Para tanto, partimos do cenário da educação focando como público-alvo, 24 educadores da Escola Municipal Carmem Costa, localizada em Juazeiro-BA, cujo cotidiano parece imerso em questões complexas, tais como: insalubridade; sobrecarga e altas jornadas de trabalho; salários insatisfatórios; exposição constante a situações adversas (violência, afastamento, doenças ocupacionais). Assim, tais profissionais parecem vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais e doenças ocupacionais. E como consequência desse cenário complexo, soma-se o acúmulo de faltas, de atestados médicos, de aposentadorias precoces, e enfim, do afastamento temporário ou definitivo do trabalho, bem como, a incidência desses eventos na qualidade do ensino e na ambiência da escola. Com isso, surge um contexto favorecedor para a realização de um processo de educação pelo trabalho, a exemplo do PET-Saúde.

Esse contexto aponta para a situação de saúde dos professores, a qual constitui um problema complexo que não é contemplado nem mesmo como foco de atenção de um programa intersetorial como o PSE. Por isso, questionamos: seria possível integrar o PET-Saúde no contexto de uma escola participante do PSE? De que forma isso seria possível? Com base nesse desafio, lançamos a proposta de promoção e prevenção de saúde dos educadores da escola supracitada com o objetivo de acompanhá-los de modo mais efetivo/sistemático; já que não raro, esse público apresenta dificuldades relacionadas às condições de trabalho e às situações adversas a que estão expostos, inclusive em relação à comunidade escolar.

## OBJETIVOS

O objetivo desse relato de experiência foi descrever e avaliar as atividades extensivas desenvolvidas por uma mini equipe do PET-Saúde com 24 educadores de uma escola pública municipal de Juazeiro-BA, de modo a verificar se a integração PET-Saúde e PSE é algo possível e exequível. Os objetivos específicos foram aproximar os dois setores envolvidos (saúde e educação) e efetivar mudanças na formação desses profissionais a partir de atividades de educação em saúde.

## MÉTODO

Iniciou-se o trabalho apresentando os objetivos e levantando demandas por meio da exposição dialogada e de uma caixa de sugestões, os quais têm sido eixos norteadores de nossas ações. Utilizou-se como referencial metodológico, a abordagem qualitativa baseada na estratégia de ação-problematização-ação (Tozoni-Reis, 2006), a qual advém da perspectiva dialógica de Paulo Freire (1974) e consiste na busca do sentido do saber-fazer cotidiano produzido pelos atores envolvidos em um dado contexto.

Para realizar tais atividades, os seguintes procedimentos foram adotados:

- 1) Inserção de seis estudantes e duas preceptoras no contexto de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no território da Escola participante a fim de problematizarem/refletirem a vivência extensiva com os trabalhadores dessas áreas, e em seguida, pactuarem propostas de ações concretas e articulação dos conhecimentos oriundos da teoria-prática;
- 2) Realização de atividades de educação permanente junto ao grupo PET;
- 3) Oficinas mensais com educadores envolvidos, as quais estiveram focadas no processo de educação permanente por meio de metodologias ativas de aprendizagem (jogos rodas de conversa, ginástica laboral);
- 4) Reuniões técnicas semanais da mini equipe com tutora e demais equipes do PET-Saúde a fim de mapear um diagnóstico situacional do campo, planejar intervenções e avaliar as intervenções desenvolvidas.

## RESULTADOS

Até o momento, foi possível constatar as seguintes queixas recorrentes advindas do exercício docente: problemas vocais, posturais e somáticos; testemunhos de estresse e sobrecarga de trabalho; sentimentos de impotência frente à ausência das famílias na vida escolar dos alunos, além de dificuldades para lidar com os problemas psicossociais da comunidade. Observamos ainda um desconhecimento quase que generalizado, por parte dos educadores participantes, das ações e objetivos do PSE, denotando uma desarticulação da educação com a saúde e vice-versa. Isso ficou ainda mais notável quando, na tentativa de aproximação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que compõe o território da escola participante, estes apresentaram dificuldades para aderir a nossa proposta de maior aproximação/integração saúde-educação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas expressas pelos educadores nos lançaram diante de mais um desafio: como co-construir bem-estar diante de um cotidiano tão adverso? A resposta para tal desafio tem sido dada a partir do engajamento/ compromisso dos

diversos atores envolvidos em prol de um trabalho mais integrado e interdisciplinar, visando o bem-estar docente dentro e fora da escola. Para tanto, a presença de um grupo PET-Saúde tem sido fundamental para se efetivar o processo de aproximação/consolidação da intersectorialidade, bem como, o diálogo entre diferentes programas e políticas.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 2006. **Pacto pela Saúde**. Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021). Acesso em: 26 de Abril de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **Programa de Saúde na Escola**. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=16796&Itemid](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16796&Itemid) Acesso em: 25 de Abril de 2013.

\_\_\_\_\_. Pró-Saúde e PET Saúde. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>. Acesso em 26 de Abril de 2013.

**FREIRE, P.** “Educação como prática a liberdade”. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

**JUNQUEIRA, LAP & Inojosa, RM.** Desenvolvimento Social e Intersectorialidade: A Cidade Solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997.

**PINHEIRO, R.** As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos serviços de Saúde : Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: Pinheiro, R; Matos, R. A. (org.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p.: 78.

**TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos.** Temas ambientais como “temas geradores”: contribuições para uma metodologia educativa ambiental crítica, transformadora e emancipatória. Educar, Paraná, Curitiba, Editora UFPR, n. 27, p. 93-110, 2006.

## QUALIFICAÇÃO DE ESF COM RELAÇÃO AO USO RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS: UMA EXPERIÊNCIA DO NAPI.

**Luciana Ramos de Lima**<sup>62</sup>; Evani Araújo<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Luciana Ramos de Lima – (UCIS Prof. Guilherme Abath/Farmacêutica)

<sup>63</sup> Evani Araújo – (CIS do Engenho do Meio/Médica)

## INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) é um projeto pioneiro da cidade do Recife, instituído em maio 2011, formado por uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde, voltado para as práticas integrativas e complementares. Dentre as práticas oferecidas pelo núcleo encontra-se a fitoterapia, uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo. No contato com a natureza, o homem foi aprendendo a selecionar e usar plantas medicinais para sanar seus problemas de saúde e aliviar seu sofrimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No intuito de estabelecer as diretrizes para a atuação do governo na área de plantas medicinais e fitoterápicos, elaborou-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que foi aprovada por meio do Decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Esta estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A partir de 2006, foram reforçadas as bases legais com o surgimento de resoluções, portarias e instruções normativas, que formariam em 2010 um consolidado de normas capaz de esclarecer quanto à utilização, preparo registro de produtos a base de plantas medicinais.

## OBJETIVO

Formar multiplicadores, a partir da capacitação dos profissionais que constituem as Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário (DS) II e grupos de usuários, e inserir com segurança, eficácia e qualidade o uso das plantas medicinais na atenção básica da cidade do Recife.

## MÉTODO

O curso foi ministrado em cinco turmas, capacitando as equipes das Unidades de Saúde da família (USF) de Alto do Maracaná, Alto do Capitão, Clube dos Delegados, Bianor Teodósio, Irmã Terezinha, Chão de Estrelas e Beberibe que fazem parte do DS II, em Recife – PE.

Foram realizadas rodas de conversa temáticas que utilizaram como recurso visual plantas frescas e secas adquiridas em feiras, selecionadas utilizando como critérios: o maior volume de informações científicas, espécies facilmente encontradas e adaptadas às condições ambientais da região e as que fossem de mais interesse na atenção básica. Enquanto nas aulas práticas foram manipuladas formulações caseiras de uso tradicional.

O curso foi dividido em 5 módulos:

**1° Módulo:** ACOLHIMENTO – Histórico, definições, critérios para o uso das plantas, critérios relativos ao paciente e legislação.

Prática – Infusão.

**2° Módulo:** INFLAMAÇÃO: Aguda e crônica, plantas para uso interno e externo.

Prática – Tintura.

**3° Módulo:** HIPERTENSÃO – Plantas Anti-hipertensivas, diuréticas e calmantes.

Prática – Decocção.

**4° Módulo:** DIGESTIVO – Diarréia & Vômitos. Parasitoses Intestinais

**5° Módulo:** RESPIRATÓRIO – Resfriados, sinusites, amigdalites. Asma.

Prática – Lambedor.

**6° Encontro:** Avaliação do Curso através de aplicação de questionário com intuito de traçar o perfil dos usuários de formulações caseiras preparadas a partir de plantas medicinais na rede municipal.

Procurou-se aliar a literatura de uso tradicional com estudos científicos realizados, garantindo eficácia terapêutica e segurança de uso na utilização das espécies vegetais citadas durante o curso e as oficinas.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Foram capacitadas, inicialmente, 13 ESF do DS II, com a participação de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e ACS s, de maio a dezembro de 2011.

Nas avaliações realizadas no final de cada curso observou-se que a insegurança apresentada em relação à indicação das formulações caseiras preparadas a partir de plantas medicinais, por parte dos profissionais que formam as ESF, não passava de falta de conhecimento.

Em relação às oficinas, pode-se observar que a utilização por parte dos usuários é frequente, por ser uma alternativa mais barata e de fácil acesso, embora muitos o fizessem sem o acompanhamento de seus médicos e sem conhecimentos dos efeitos adversos e interações. A partir da troca de experiências entre terapeuta e usuários foi possível esclarecer e orientar com relação ao uso adequado de plantas medicinais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA A. Proença, Aspectos Históricos sobre Plantas Medicinais, seus constituintes ativos e Fitoterapia, 2005.

LORENZI Harry e MATOS F.J., Plantas Medicinais no Brasil, Nativas e Exóticas. 2 ed Nova Odessa, São Paulo: Instituto Plantarum, 2008.

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## LIGAS ACADÊMICAS DE MEDICINA: O QUE PENSAM SEUS INTEGRANTES?

**Rivana Moraes Santos; Jamila Felix de Almeida; Remilson Nunes Ferreira Júnior; Ísis Magalhães de Araujo Melo** – (Discentes da Universidade Federal do Vale do São Francisco);

**Luiz Antônio de Vasconcelos** – (Professor/Orientador da Liga de Urgência e Emergência (LAMURGEM) - UNIVASF).

## INTRODUÇÃO

As ligas acadêmicas (LAs) representam a união de acadêmicos com objetivo extracurricular comum. Todavia não há um conceito claro e bem constituído do que são as Ligas Acadêmicas. Diversas definições podem ser encontradas assim como

uma variedade de objetivos e funções são estabelecidos e relacionados a elas. No entanto, as Ligas sempre estiveram envolvidas e foram influenciadas pelo contexto e realidade acadêmica e social que a cercavam. Atualmente as Ligas Acadêmicas desenvolvem seu trabalho com seu alicerce baseado em três áreas: educação, pesquisa e extensão-assistência, constituindo organizações estudantis sem fins lucrativos, dirigidas por e destinadas aos estudantes de diferentes anos de graduação que sob a supervisão de profissionais da área, visam aprofundar o conhecimento e prática sobre um determinado tema (SANTANA, 2012).

As LAs são parte importante do treinamento da maioria dos estudantes de medicina brasileiros, servindo claramente como complementação de seu treinamento sabidamente deficiente na maioria de nossas escolas (TAVARES et al., 2004).

As LAs são um meio importante onde o estudante pode ampliar o objeto da prática médica, atuando em conjunto com a comunidade, sendo o aluno um importante agente de promoção de saúde e transformação social (TORRES et al., 2008).

## **OBJETIVOS**

**Objetivo geral:** Conhecer como as Ligas Acadêmicas de Medicina (LAMs) são percebidas pelos alunos que fazem ou já fizeram parte dessas organizações.

**Objetivo específico:** O presente estudo tem por objetivo conhecer melhor a motivação dos alunos de medicina quanto à participação nas LAs, além de compreender em que a participação de LAs tem a oferecer para a formação profissional destes alunos.

## **MÉTODOS**

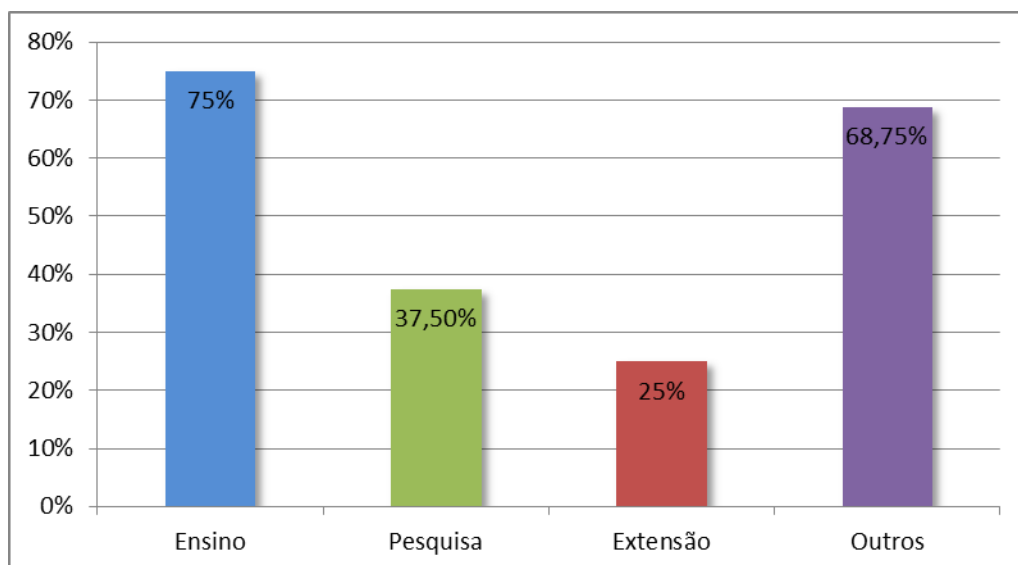
**Amostra:** Participaram da pesquisa 16 alunos, de ambos os sexos, idade média de 24 anos, que cursam do 2º ao 8º período de Medicina que são integrantes de alguma liga acadêmica médica.

**Procedimento de coleta de dados e instrumento:** Para realização desse estudo foram coletados dados utilizando-se de um questionário semiestruturado não identificável.

**Análise dos dados:** A análise dos dados obtidos foi feita através de tabulação e avaliação das ideias-chaves apresentadas nas respostas.

## **RESULTADOS**

As tabelas abaixo mostram os elementos evocados em torno dos principais pontos analisados.



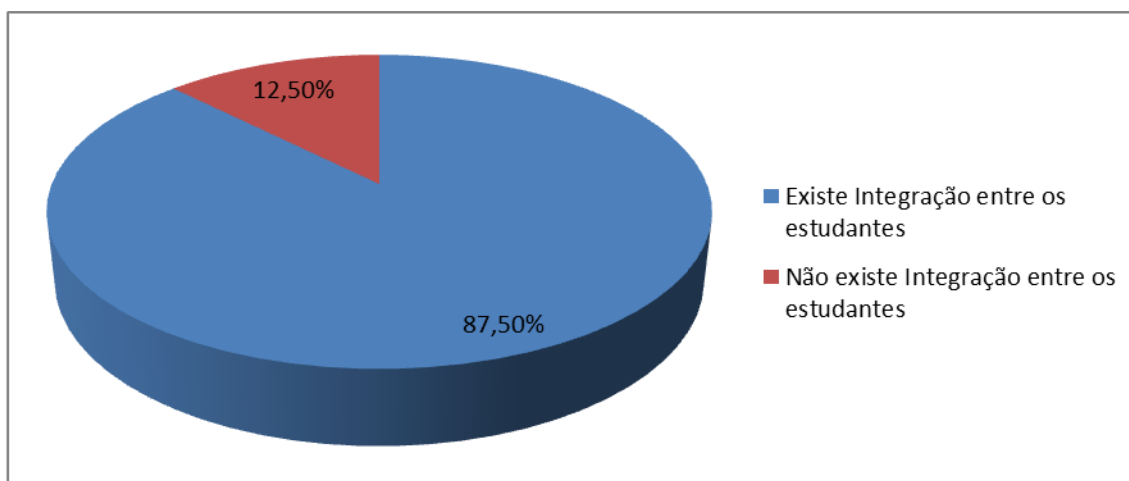
**Gráfico 01: Respostas dos entrevistados referentes ao que eles pensam ao falar sobre as LAMs.**

Ao serem questionados sobre quais as primeiras palavras que lhes vêm à cabeça quando se fala em ligas acadêmicas, percebemos que o eixo Ensino-Pesquisa-Extensão esteve presente em grande parte das respostas (Gráfico 01), o que evidencia o caráter educacional e os objetivos principais dessas estâncias acadêmicas. Na situação *Outros* foram elencados aspectos diversos, tais como iniciativa do acadêmico para buscar o conhecimento, obter uma visão mais real do que é estudado, o agrupamento de interesses comuns, dedicação, construção de conhecimento, compromisso e oportunidade para desenvolvimento estudantil.

Com isso, percebe-se que as LAMs são de fundamental importância no ambiente acadêmico, sendo uma situação almejada pelos estudantes para seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Observa-se também o reconhecimento das boas oportunidades trazidas por este grupo e da necessidade de dedicação e esforço dos estudantes para alcançarem os objetivos planejados pelo grupo.

O gráfico 02 expõe dados sobre a existência ou não de integração entre os estudantes pertencentes às LAMs. Os resultados demonstram que a grande maioria corrobora positivamente com esta preposição. No entanto, é importante ressaltar que uma parcela significativa dos estudantes entrevistados ressaltou que a integração e a interdisciplinaridade não são satisfatórias, visto que, as LAMs limitam suas atividades aos estudantes de medicina que as integram.





**Gráfico 02: Resposta dos entrevistados sobre a existência ou não de integração entre os estudantes pertencentes às LAMs.**

Isso torna evidente a necessidade de uma melhor estruturação da dinâmica educacional das LAMs, devendo buscar consolidação da integração entre seus componentes e principalmente fazer real a associação interdisciplinar, abrindo espaço para estudantes de outros cursos, qualificando melhor seu processo educacional e suas linhas de pesquisa e extensão.

A despeito dos aspectos potencialmente positivos, quando questionados acerca dos desafios enfrentados pelas ligas acadêmicas percebemos que muitos citam a burocracia institucional, o tempo escasso, o convívio com pessoas com objetivos, ética e culturas diferentes, comprometimento dos participantes/ orientadores, além de integração e cooperação entre as diferentes ligas.

## CONCLUSÕES

As Ligas Acadêmicas de Medicina são vistas pelos seus integrantes como um espaço para desenvolver as habilidades da prática médica, melhorar a relação médico-paciente, promover atividades de ensino, pesquisa e extensão, visando o paciente como motivador central, assim como, o anseio por temas muitas vezes não enfatizados no currículo regular aparecem como fatores que favorecem essa migração.

Assim, as LAMs são peça fundamental na criação de médicos mais humanos, dispostos à procura pelo conhecimento, com consciência crítica aguçada, apto a manter uma relação médico-paciente integral, além de compreender cada paciente como um ser biopsicossocial.

Entretanto, existem críticas relativas à banalização na criação dessas instituições que perpassam pela detecção de irregularidades da estrutura curricular, uma “especialização precoce” e reforço de vícios acadêmicos. É necessária, portanto, uma maior reflexão do papel das ligas dentro da universidade, garantindo as características integrais de extensão universitária e não subvertendo seu conceito para uma simples correção do currículo regular.

## REFERÊNCIAS

SANTANA, A. C. D. A. Ligas acadêmicas estudantis. O mérito e a realidade. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 96-98, 2012.

TAVARES, A. P. et al. O currículo paralelo dos estudantes de medicina e a extensão universitária. In: **Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte: v. 2, p. 6, 2004.

TORRES, A. R. et al. Academic Leagues and medical education: contributions and challenges. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 12, n.27, p.713-20, out./dez. 2008.

## A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA SAÚDE DA MULHER

Alexsandra Xavier do Nascimento (UPE, professor);

Camilla do Nascimento Jordão; Andreza Graciete da Silva Felinto; William de Oliveira Ribeiro; Jaqueline Soares da Silva (UPE, discentes).

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos vem crescendo o interesse pelas práticas integrativas em saúde. A cada ano mais pessoas buscam utilizar esse sistema como opção principal ou como coadjuvante no tratamento das doenças e na promoção da saúde. Atribui-se tal tendência à limitação do modelo biomédico mecanicista em atender as necessidades do ser humano de maneira integral. Na saúde da mulher, as consequências dessa racionalidade evidenciam-se através da medicalização do corpo feminino e na violência institucional. No âmbito da academia, durante a formação dos profissionais de saúde tem-se reproduzido prioritariamente e sistematicamente a racionalidade biomédica. O foco na saúde da mulher ainda é predominantemente no aspecto reprodutivo com ênfase na doença e riscos a saúde. O conhecimento produzido ou referenciado reforça os aspectos biológicos em detrimento de outras dimensões do ser humano. Nessa perspectiva o corpo feminino assemelha-se ao funcionamento de uma máquina. Essa lógica é facilmente evidenciada nos livros e periódicos que tratam da saúde da mulher como, por exemplo, na expressão “mecanismo do trabalho de parto”. Durante a formação dos alunos, a construção do conhecimento ocorre inicialmente de maneira confusa e conflituosa. Esse saber torna-se dogmático após a vivência teórico-prático dificultando a percepção daquilo que se contrapõe a essa hegemonia. Nesse sentido a inclusão de temas que provoquem discussões e reflexões sobre as racionalidades

que sustentam os modelos de atenção à saúde da mulher, poderá formar profissionais com uma postura diferenciada em termos de integralidade e holismo. A discussão sobre as racionalidades em saúde na formação profissional bem como sobre as práticas integrativas é recente no Brasil. Sobretudo na graduação, momento oportuno para a construção do raciocínio crítico. Este campo cresce internacionalmente e nacionalmente impulsionado pelas demandas sociais, políticas, financeiras e, sobretudo, pela promoção de uma cultura de paz de respeito às pessoas e a natureza. Este trabalho se propõe a relatar a opinião dos alunos de enfermagem sobre o curso de introdução às práticas integrativas, vivenciado no segundo semestre de 2012, bem como as suas contribuições para a formação profissional e o cuidado a saúde da mulher. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa com o intuito de elucidar conceitos construídos pelos alunos sobre os temas abordados durante o curso. Nessa ocasião foram introduzidos temas sobre as racionalidades em saúde e as práticas integrativas com foco em saúde da mulher, perfazendo 20h de aula. A atividade foi distribuída em cinco encontros de quatro horas por semana. Produziu-se ainda ao fim das atividades, um manual de práticas integrativas abordando alguns problemas de saúde na mulher a partir de uma revisão de literatura. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2013, através de entrevistas gravadas, realizadas com auxílio um de um roteiro temático e que foram posteriormente transcritas e analisadas. A amostra foi constituída por 11 sujeitos definidos pela saturação das informações. Os resultados parciais apontam para uma boa aceitação do curso pelos alunos por oportunizar uma reflexão crítica sobre a racionalidade moderna vigente bem como apresentar diferentes percepções e possibilidades de cuidado a saúde. Os sujeitos criticaram alguns pressupostos da racionalidade biomédica como a ênfase na doença e a medicalização do corpo feminino. Destacou-se também nas narrativas a preocupante relação entre os provedores de serviços de saúde e a lógica capitalista que trata a assistência à saúde com um bem, um negócio lucrativo. Algumas ideias conflituosas foram identificadas nas narrativas de alguns sujeitos frente às teorias de base dessas práticas e que possivelmente dificultaram a apreensão dos temas discutidos. Entre essas ideias destacamos as relacionadas com as fundamentações religiosas e aquelas que sacralizam o método científico como único meio de revelação de verdades na saúde. Para a maioria dos entrevistados essa nova abordagem da saúde valoriza o saber popular e reconhece seus contributos para o cuidado integral do ser humano. Tais conhecimentos são muito úteis, pois possibilita uma nova visão de saúde e doença além ampliar as possibilidades de cuidado a saúde da mulher na atualidade. Fortalece a saúde e sua promoção em todas as fases da vida visto que privilegia o cuidado a saúde e não a doença. Por fim é necessário construir uma cultura na universidade que dialogue com diversas racionalidades em saúde. A formação profissional é um momento oportuno para debates epistemológicos, para essa construção e para reconhecimento do lugar da mulher noutras racionalidades em saúde. A inserção destes temas nas universidades ainda é muito insipiente. Há necessidade de um maior investimento na formação sujeitos que cuidem de sujeitos e que se comprometam com uma nova bioética, uma nova cultura em saúde.

## **ATIVIDADES RECREATIVAS COM IDOSOS EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA.**

**Daniela Oliveira Souza** (Acadêmico Enfermagem, UFRB)

**Sara Santana Odwyer** (Acadêmico Enfermagem, UFRB)

**Stefany Ariadley Martins da Silva** (Acadêmico Enfermagem, UFRB)

**Eva Carneiro Silva Passos** (Professora substituta, UFRB)

### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco.

Concomitantemente ao crescimento dessa população, também tem aumentado a demanda nos serviços de saúde, se fazendo imprescindível o componente curricular Enfermagem na Atenção a Saúde do Idoso, para o aperfeiçoamento do profissional enfermeiro no que se refere ao cuidado a este público.

Uma das patologias mais comuns em idosos institucionalizados é a depressão. As causas dessa doença configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros (Stella, 2002). Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas - do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho - bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predis põem o idoso ao desenvolvimento de depressão (Pacheco et al, 2002).

Como forma de prevenir doenças a exemplo da depressão, necessário se faz realizar periodicamente atividades recreativas, lúdicas e lazer, promover educação em saúde ao público idoso, como previsto no Estatuto do Idoso, Art. 20, capítulo V – “direto a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” e Art. 15, capítulo IV – “direito à saúde”.

### **OBJETIVO**

Realizar momentos recreativos e lúdico-terapêuticos com idosos de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) de Santo Antônio de Jesus, Bahia, visto que a rotina de uma instituição asilar oferece poucas alternativas de ocupação, apenas preocupação em dispensar maiores cuidados ao idoso, de uma maneira em geral.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência baseado na realização de atividades alternativas, realizado como prática avaliativa da disciplina Saúde do Idoso, pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no início de dezembro de 2012.

A atividade realizada com idosos da Instituição de Longa Permanência Maria da Glória Oliveira, localizado no município de Santo Antônio de Jesus – BA foi dividida em dois momentos.

No primeiro momento foi feita uma visita para diagnosticar as necessidades e as possíveis atividades a serem realizadas com os idosos. Partindo dessa visita foram elaboradas ações para dinamizar e proporcionar um dia diferente aos moradores do ILP. No segundo momento foram executadas atividades para os homens, como o torneio de dominó, onde quem ganhava recebia um prêmio ao final do jogo, e para as mulheres oficinas de beleza, onde as alunas presentes arrumavam o cabelo e pintavam as unhas das idosas; a oficina de customização, onde elas mesmas confeccionavam seus bordados; e a oficina de construção de joias, momento em que as alunas e as idosas que tinham destreza com agulha produziam seus produtos. Todo material utilizado para realização das atividades como o dominó, agulhas, miçangas, elástico para pulseiras, pedaços de tecidos, esmaltes, acetona, pentes, foram levados pelos estudantes.

Ao final foi realizado um lanche da tarde para todos, inclusive para os profissionais que trabalhavam na instituição, como forma de interação com todos os presentes e de agradecimento pelo acolhimento.

## RESULTADOS

O envelhecimento foi uma grande conquista da humanidade no último século, mas somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com qualidade de vida. Importante ressaltar que a saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo (Brasil, 2010).

Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (Brasil, 2010).

Por isso surgiu à necessidade de um trabalho em grupo que trouxesse um espaço de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permitir descobrir potencialidades, trabalhar a vulnerabilidade, conseqüentemente, elevar a autoestima desses idosos institucionalizados melhora a situação em que vivem. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar de troca de informações, de oferecimento de orientação, de educação, e de diversão (Brasil 2006).

A importância da recreação para o idoso está em restaurar a dignidade dos mesmos e prevenir determinadas patologias que são causadas pelo sentimento de solidão, abandono e inutilidade. Todos os idosos envolvidos participaram das atividades propostas, produziram com as oficinas e aprovaram a iniciativa.

Relataram a felicidade que estavam sentindo pela presença dos alunos, da iniciativa e a necessidade de momentos como aquele na instituição em que vivem.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Universidade Estadual Paulista - UNESP Rio Claro, SP, Brasil. Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98.

I P I C S N E

## INFORMATIVO VERDE VIDA: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DA INFORMAÇÃO

**Leduard Leon Bezerra Soares Silva** (Graduando de Enfermagem – UFPE);  
**Iago Alves Miranda Santos; Carlos Fernando Nápoles de França Santos**  
 (Graduandos de Nutrição);  
**Carlos Renato França de Carvalho Mota** (Técnico de Laboratório – UFPE).

## INTRODUÇÃO

A utilização de plantas medicinais é uma atividade milenar e que perdura até os dias atuais. Por ser uma prática de fácil acesso, tanto pelo baixo custo de operação quanto pela simplicidade de elaboração, ela possui um grande apelo social, o que pode ser fortemente observado quando nos deparamos em determinadas comunidades carentes onde é praticamente impossível adquirir um remédio, ou pela dificuldade de acesso ou pela falta de condições financeiras.

Atualmente as práticas relacionadas ao uso popular de plantas medicinais podem e esta sendo ameaçada pela interferência de fatores externos, como maior exposição das comunidades à sociedade capitalista envolvente e,

consequentemente, às pressões econômicas e culturais externas (Amorozo & Gély 1988; Amorozo 2002), maior facilidade de acesso aos serviços da medicina moderna (Nolan 1999; Lima et al. 2000; Amorozo 2002) e deslocamento das pessoas de suas cidades e vilarejos naturais para regiões urbanas, o que leva à perda do conhecimento popular acumulado há várias gerações e, consequentemente, ao desaparecimento desse conhecimento (VALLE, 2002).

Claro que isso não acontece do dia para a noite, mas é decorrente de um longo processo de perda de identidade cultural e científica. Porém essas práticas populares que utilizam as plantas medicinais são o que muitas comunidades têm como alternativa viável para o tratamento de doenças ou manutenção da saúde.

Porém um dos maiores problemas relacionados a esta prática de manipulação, preparo e consumo de plantas medicinais é a falta de orientação sobre o uso correto e riscos associados ao uso e comercialização das plantas e condimentos. Foi visando suprir a carência de informação sobre esta temática que foi criado o Informativo Verde Vida. Com conteúdo científico e uma linguagem acessível à população, o informativo possui periodicidade mensal.

## **OBJETIVO**

O Informativo Verde Vida visa promover a educação em saúde e contribuir com a disseminação da informação sobre uso correto de plantas medicinais abordando informações em saúde sempre com base na ciência, buscando atingir aos mais variados públicos.

## **METODOLOGIA**

O conteúdo apresentado em cada edição do informativo é definido previamente em uma reunião de pauta onde são escolhidos os temas a serem abordados nas seções, esses temas sempre possuem embasamento teórico e científico e visa abordar sempre temas que estão em evidencia na mídia ou que a população pede quando esta sendo realizada alguma atividade nas comunidades. Após a definição da pauta, segue o processo de levantamento de informações e redação dos textos. Esta etapa é desenvolvida pelos alunos extensionistas do Pro-PETSaúde, que realizam uma revisão bibliográfica através dos mais variados e conceituados bancos de dados sobre os assuntos abordados em cada coluna e elaboram os textos. Em seguida, os preceptores e tutores do Pro-PETSaúde realizam a revisão do material elaborado pelos alunos, apontando os pontos que devem ser corrigidos ou melhorados. Por fim, a equipe realiza a diagramação e impressão do Informativo que é distribuído entre a comunidade acadêmica e com o

público em geral que participa das atividades de extensão desenvolvidas pelo PETSaúde – Fitoterapia Racional em Diabetes e Hipertensão.

## RESULTADOS

Criou-se um instrumento de comunicação de linguagem acessível com periodicidade mensal que possibilita o aprendizado a respeito das plantas medicinais, permitindo que esse tipo de informação seja compreendida por pessoas dos mais variados níveis socioeconômicos.

Pôde-se observar e comprovar que o informativo possuiu um grande apelo social e que proporcionou aquelas pessoas que o leram a aquisição de conhecimentos importantes a respeito das plantas medicinais, conhecimentos antes nunca explorados e explicados como preparação de chás, utilização de plantas para os mais diversos fins puderam ser elucidados e entendidos pela população onde o informativo era distribuído. Observou-se também que o folheto adquiriu uma linguagem adequada que conseguisse passar o conhecimento proposto as mais diversas classes sociais, mesmo em comunidades carentes onde o acesso a informação é escasso e o nível educacional é inferior o informativo conseguiu fazer com que a comunidade entendesse e aplicasse os conhecimentos adquiridos a sua realidade.

O Informativo Verde Vida promove a educação em saúde apresentando conhecimento sobre plantas medicinais e incentivando cada vez mais o uso diário destes fitoterápicos de maneira racional. O conhecimento sendo passado de forma adequada e usado na medida certa só vem a trazer benefícios.

## BIBLIOGRAFIA

AMOROZO, M.C.M. 2002. Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antonio do Leverger, MT, Brasil. *Acta Botanica Brasilica* 16 (2): 189-203.

NOLAN, J.M. & ROBBINS, M.C. 1999. Cultural conservation of medicinal plant use in the Ozarks. *Human Organization* 58 (1): 67-72.

VALLE, T.L., 2002. Coleta de germoplasma de plantas cultivadas. In: M.C.M. Amorozo; L.C. Ming & S.P. Silva (eds.). Métodos de coleta e análise de dados em etnobiologia, etnoecologia e disciplinas correlatas. Pp. 129-154. In: Anais do I Seminário de Etnobiologia e Etnoecologia do Sudeste. Rio Claro, Coordenadoria de Área de Ciências Biológicas, Gabinete do Reitor, UNESP/ CNPq.



## OS PRINCIPAIS FITOTERÁPICOS UTILIZADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS.

**Yolanda Andrade Maron de Freitas** (UNIFACS, Discente);

**Diane Brandão de Aquino** (UNIFACS, Discente);

**Rafaela do Carmo de Carvalho** (UNIFACS, Discente);

**Jorgas Marques Rodrigues** (UNIFACS, Docente).

### INTRODUÇÃO

O estudo do processo da cicatrização teve seu início na Antiguidade, e os povos antigos utilizaram plantas medicinais como os primeiros recursos terapêuticos. Registros históricos apresentam manuscritos egípcios que datam de 3000-2500 AC. (MANDELBAUM et al, 2003) Nestes são mencionados curativos à base de mel, graxa, fios de linho e diversos tipos de excrementos, que faziam parte dos princípios medicinais egípcios. Segundo Santos (2013) diversos fatores vêm colaborando para o desenvolvimento de práticas de saúde que incluem plantas medicinais; principalmente econômicos e sociais, inclusive recebendo incentivo da própria Organização Mundial de Saúde. Porém percebe-se que ainda existe uma atmosfera de dúvidas e mistérios quando se utilizam estas plantas, em virtude das suas relações com a mitologia e o desconhecimento da fração ativa no efeito desejado.

Após um ferimento, inicia-se sequência de eventos biológicos que buscam promover o reparo da lesão que caracterizam a cicatrização. Ela é formada por três fases evolutivas sobrepostas: fase inicial ou inflamatória, fase proliferativa ou de fibroplasia e fase de remodelação ou maturação. (CASTELO BRANCO NETO, 2013) Há muito tempo o homem tenta interferir nesse processo a fim de reduzir o seu tempo e melhorar seus resultados, quer estéticos quer funcionais. Neste processo evolutivo as plantas obtiveram lugar de destaque. Observa-se na Fitoterapia uma tendência de contribuição efetiva à saúde da população. A utilização de substâncias tópicas, para melhorar o processo de cicatrização, tem sido amplamente estudada, o que contribuiu para que o Ministério da Saúde aprovasse em 2008 a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos, dois anos após a publicação d<sup>64</sup>a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

### OBJETIVO

Identificar os principais fitoterápicos indicados para o tratamento de feridas.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em que foram utilizadas as bases de dados online LILACS e SciELO. Inicialmente foram considerados os títulos e os resumos dos artigos para a seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos e os textos completos dos artigos, utilizando-se como descritores: cicatrização, feridas, pele e fitoterapia. Como critério de inclusão foi

---

utilizado textos publicados entre 2000 e 2013. Mediante a análise dessas publicações, foi possível contextualizar as implicações do uso dos fitoterápicos mencionados na literatura no processo de cicatrização.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Serão apresentados a seguir os resultados obtidos na revisão de literatura considerando a relevância de alguns fitoterápicos: *Baccharis dracunculifolia* (alecrim-do-campo); *Anacardium occidentale* (Cajueiro); *Carica Papaya* (Mamão Papaya), *Myracrodruon urundeuva Allemão* (Aroeira); *Schinus terebinthifolius Raddi* (Aroeira).

O alecrim do campo é uma planta conhecida popularmente, aromática, comercializada em cosméticos e fitoterápicos. Tem qualidades antissépticas e cicatrizantes. Um estudo realizado com paciente portador de *Diabetes Mellitus* apresentando lesão no pé esquerdo com rompimento de vasos sanguíneos, demonstrou uma efetiva melhora após o início do tratamento com creme não iônico incorporado com óleo essencial de alecrim. A aplicação do fitoterápico foi avaliada em 45 dias obtendo um bom resultado com a formação de tecido de granulação. (SOUZA, 2010).

O mamão papaya e *Myracrodruon urundeuva* Allemão (Aroeira) são de grande eficácia no tratamento de úlceras por pressão arterial e neuropática de membros inferiores oriundas de doenças crônicas não transmissíveis por apresentarem respectivamente ação antibactericida, bacteriostática, anti-inflamatória e enzimática desbridante e analgésica, anti-inflamatória, adstringente, antialérgico e antibacteriano. (SILVA et al., 2012) E o cajueiro (*Anacardium occidentale*) possui ação anti-inflamatória porém, os estudos desta planta são poucos, sendo sua ação comprovada cientificamente em animais. A aroeira (*Schinus terebinthifolius Raddi*) é uma planta comum da vegetação litorânea dos estados nordestinos, tem folhas e cascas de caule preparadas tradicionalmente com fins expectorante, antisséptico e cicatrizante. Um estudo realizado através de ensaio clínico com 100 mulheres portadoras de inflamações nos tecidos da vagina e no colo do útero comprovou a eficácia do tratamento tópico por meio de tampões assépticos, chegando à cura. O extrato hidroalcoólico da casca da aroeira, submetido a ensaios farmacológicos, mostrou ação antiinflamatória, cicatrizante e anti-úlceras. (MATOS, 2000)

Após o estudo realizado ratificou-se a utilidade e eficácia das plantas medicinais como uma terapia alternativa para o tratamento das feridas, porém ressalta-se a importância de maiores estudos para aprimorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre essas plantas, pois muitas delas não são devidamente utilizadas pela falta de evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

CASTELO BRANCO NETO, Manoel Lages et al . Avaliação do extrato hidroalcoólico de Aroeira (*Schinus terebinthifolius Raddi*) no processo de cicatrização de feridas em pele de ratos. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, 2013 .

MANDELBAUM SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. *An Bras Dermatol.* 2003.

MATOS FJA. Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fototerapia no nordeste do Brasil. 2ed. Fortaleza (CE): Imprensa Universitária – UFC; 2000.

SANTOS, Manoel Francisco da Silva et al . Avaliação do uso do extrato bruto de *Jatropha gossypifolia* L. na cicatrização de feridas cutâneas em ratos. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, 2013.

SILVA, L. W. S et al. **Fitoterapia: uma tecnologia de cuidado proximal comunitária à pessoa idosa e sua família – práticas populares aliadas aos conhecimentos científicos.** Revista Kairós Gerontologia, 15(2). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, março 2012: 35-53.

SOUZA, Flávio Gionani et al. *Avaliação da atividade cicatrizante do alecrim em lesões de portadores de diabetes mellitus (DMID).* Universidade Vale do Rio Verde-UNIINCOR , Belo Horizonte-MG, 2010.

TOMAZZONI, Marisa Ines; NEGRELLE, Raquel Rejane Bonato; CENTA, Maria de Lourdes. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêuta.

## UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS NO PROGRAMA HIPERDIA: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Leduard Leon Bezerra Soares Silva; Gleycielle Alexandre Cavalcante** (Graduandos de Enfermagem – UFPE);  
**Marilia Gabrielle Santos Nunes** (Residente UFPE);  
**Carlos Renato França de Carvalho Mota** (Orientador/Técnico de Laboratório – UFPE).

### INTRODUÇÃO

Não é de hoje que o homem vem utilizando plantas medicinais e fitoterápicos como meios para tratar diversos tipos de patologias e enfermidades. Uma imensa quantidade de plantas de diferentes espécies e famílias são usadas segundo a sabedoria popular para curar ou auxiliar no tratamento de praticamente todas as doenças que se tem conhecimento, seja esse conhecimento popular correto ou não, sempre se associa o tratamento de determinada doença a alguma planta ou fitoterápico específico.

Como isso já é observado desde muito tempo, nesses novos tempos, com o aprimoramento da ciência e da tecnologia, plantas antes nunca exploradas são caracterizadas e valorizadas atualmente por suas propriedades farmacológicas, aumentando consideravelmente o desenvolvimento de produtos naturais (CAMPELO, 2006). Além do mais a humanidade passa por uma notável transformação antes nunca observada, que é o envelhecimento da população, com implicações para a organização social e para as políticas de saúde. Esse

envelhecimento traz algumas alterações nos padrões de morbidade e mortalidade. As doenças agudas, infecciosas e parasitárias, dão lugar a doenças crônico-degenerativas, como diabetes, dislipidemias e doenças cardiovasculares (FERREIRA, 2006).

Dessa forma as plantas medicinais são recomendadas e muito para o tratamento dessas doenças crônicas, doenças estas que no patamar atual se encontram em quantidades alarmantes na população mundial, seja pelo mundo capitalista vigente, seja pela rotina estressante de trabalho, seja pela má alimentação ou falta de exercícios diários, doenças que antes acometiam uma pequena parcela da população, hoje atingem níveis exorbitantes e como essas patologias são crônicas exigem que cada dia mais sejam elaboradas medidas de tratamentos inovadores que minimizem ao máximo os efeitos colaterais e reações adversas nos pacientes ao mesmo tempo em que produzem melhores resultados no controle das doenças, o que abre uma grande janela terapêutica para a utilização das plantas medicinais como terapia complementar ou até mesmo definitiva dessas enfermidades que necessitam de um acompanhamento contínuo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, e que se mantém constantemente elevados. Frequentemente está ligada a alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos como o coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo, e a alterações metabólicas que aumentam os riscos de acidentes cardiovasculares fatais ou não (BRANDÃO, 2010). É comprovado atualmente que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica mundialmente e no Brasil supera trinta por cento.

O diabetes mellitus é uma síndrome causada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, resultado de alteração da função secretora pancreática ou de resistência à ação da insulina nos tecidos. É caracterizada por hiperglicemia, mas também apresenta alterações no metabolismo dos lipídios e proteínas, além de complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas. Pode ser classificada em Tipo 1 ou 2 (WEINERT et al, 2010).

A utilização de plantas medicinais como terapia complementar no tratamento de diabetes e hipertensão pode contribuir para a melhoria do prognóstico, bem como uma melhor qualidade de vida.

## OBJETIVO

Discutir sobre o uso de plantas medicinais com usuários do programa Hiperdia, bem como evidenciar como se dão as ações educativas visando este uso terapêutico complementar.

## METODOLOGIA

A abordagem ocorreu através de palestras educativas, com uma breve introdução sobre as patologias hipertensão e diabetes, evidenciando etiologia, principais fatores precipitantes, sintomatologia e efeitos desencadeados no organismo, em seguida foram feitas as orientações a respeito do que são plantas medicinais e como elas podem ajudar na melhora do prognóstico dessas patologias. São descritas quais plantas podem ser utilizadas, tais como: *Cyssus sicyoides* (Insulina Vegetal), *Bauhinia forficata* (Pata de Vaca), *Cucumis sativus* (Pepino), entre outras, com enfoque na preparação, na manipulação de cada tipo de planta, quais

as quantidades diárias indicadas e como cada uma delas deve ser armazenada, visto que dependendo do tipo de planta o do modo como a mesma é armazenada vai possuir total relevância para a manutenção das propriedades fotoquímicas.

## RESULTADOS

Foi constatado um nível de conhecimento popular elevado e houve grande aceitação da população para a utilização das plantas como terapia complementar ao tratamento de hipertensão e diabetes, observou-se muitas dúvidas a respeito de posologia e métodos de preparo, o que mostra que essas terapias complementares são tão importantes para o tratamento das doenças quando a terapia tradicional, desde que obedecidas as orientações adequadas.

O conhecimento popular identificado nestes pacientes revela a aceitação destes populares com relação à plantas medicinais, o que contribui para adesão à terapêutica, que deverá ser orientada para evitar riscos e uso indevido.

## REFERENCIAS

FERREIRA, J. V. C. Os muitos idosos no município de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

BRANDÃO, A. A. (coord.) et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, vol. 17, nº 1, p. 07-10, jan./mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Decreto 5813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

WEINERT, L.S, et al. Tratamento Medicamentoso da Hiperglicemia no Diabetes Mellito Tipo 2. Rev HCPA 2010;30(4):372-381.

## CUIDAR: ÉTICA OU TÉCNICA? SOBRE UMA *EXPERIÊNCIA* EM EDUCAÇÃO INTEGRAL

Silas Carlos Rocha da Silva (NAPI/NEIMFA, Psicólogo/Professor);  
[silasrocha.yoga@gmail.com](mailto:silasrocha.yoga@gmail.com)

Sidney Carlos Rocha da Silva (NEIMFA, Diretor/Professor)

[mahasido16@yahoo.com.br](mailto:mahasido16@yahoo.com.br)

## Resumo

O presente trabalho vem tratar de uma *experiência* de formação de “educadores holísticos” desenvolvida em uma periferia do município do Recife, PE, dentro de uma Instituição Educacional de caráter associacionista que trabalha não apenas no sentido de resgatar a noção de integralidade dentro de suas práticas, mas, ainda, na tentativa de (re)estabelecer o lugar e mesmo a primazia do Cuidado no interior de nossa sociedade. O curso de Educadores Holísticos consiste numa atividade diária desenvolvida com um grupo de 10 pré-adolescentes e adolescentes de baixa renda, com faixa etária entre 11 e 14 anos, freqüentando da 5ª a 8ª série do ensino fundamental, cujo objetivo axial tem sido desenvolver “práticas educativas dentro de uma *perspectiva integral*, através do resgate do *cuidado* e da *espiritualidade*, visando a redução de todo tipo de violência e estimulando a produção de uma cultura de paz” dentro da comunidade do Coque. O referido projeto tem como meta mais específica a formação de *educadores guerreiros* ou *guerreiros do cuidado*, redimensionando o modelo de cuidado para além do discurso da racionalidade científica que traz consigo a idéia fundante de fragmentação e redução do sujeito. Em linhas gerais, este trabalho vem propor, com o curso de educadores holísticos, uma reflexão mais específica em torno da formação de agentes cuidadores por meio da associação entre Ética e Cuidado, defendendo a tese de que para resgatar o sentido mesmo da *experiência* humana é preciso formar o ser humano na sua inteireza.

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e  
Capilarização em Saúde  
Pela reconstrução do modelo de cuidado

**Palavras-chave:** educação integral; formação; ética; cuidado

## CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE: ENFERMAGEM E O RESPEITO À INTEGRIDADE DO INDIVÍDUO

**Daniela Oliveira Souza** (Acadêmico Enfermagem, UFRB)

**Sara Santana Odwyer** (Acadêmico Enfermagem, UFRB)

**Stefany Ariadley Martins da Silva** (Acadêmico Enfermagem, UFRB)

**Thaise Ferreira da Silva** (Professora substituta, UFRB)

## INTRODUÇÃO

O cuidado na enfermagem é baseado em conhecimento técnico-científico fundamentado em base humanista. O cuidado de enfermagem chama a atenção para uma compreensão mais abrangente do ser, busca atingir a integralidade dos seres humanos num entendimento profundo e significativos obre a diversidade dos contextos socioculturais, a partir de uma perspectiva fundamentada na

complexidade. Na atualidade, tem-se buscado defender um cuidado pensado, sentido e exercido dentro do contexto, valorizando as condições objetivas e subjetivas de quem cuida e de quem é cuidado. Para promover, prevenir ou cuidar de um indivíduo faz-se necessário, além do conhecimento técnico científico, considerar suas crenças e valores, propiciando maior aproximação com a realidade vivenciada pelo ser cuidado (Michel, 2010).

A enfermeira norte-americana Madeleine Leininger (1991) desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), tendo como principal objetivo de sua teoria: identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e semelhantes. Que foi reformulada para Enfermagem Transcultural com perspectivas de cuidado humanizado (Oriá, 2005).

## **OBJETIVO**

Refletir a importância do cuidado culturalmente congruente, para que o profissional de Enfermagem programe intervenções terapêuticas respeitando a integralidade do cliente.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão de literatura que utilizou a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como banco de dados, não impondo limites para idioma e idade da publicação. Foram eleitos estudos que se adequaram à proposta das autoras.

## **CONCLUSÃO**

Para que as práticas educativas em enfermagem sejam realizadas há a necessidade da interação com indivíduos ou grupos na perspectiva de conhecer suas práticas de saúde e o contexto no qual as ações do enfermeiro serão definidas junto aos mesmos. A partir da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural pode-se concluir que a utilização do referencial teórico de LEININGER foi decisiva para a evolução de todo o trabalho. Através dele pode-se compreender aspectos da cultura de determinado grupo, e mais, incorporar a existência de similaridades e diferenças entre práticas de cuidado.

Partindo desse pressuposto, oferecer cuidados embasados nas necessidades emanadas da clientela levando assim ao alcance das perspectivas do cuidado de determinada cultura, fornecendo fundamentação na realização de práticas profissionais que consideram a integralidade e diversidade dos sujeitos, bem como das necessidades e do cuidado (Braga, 1997).

## **REFERÊNCIAS**

BRAGA, C.G. **Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano**. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.3, p. 498-516, dez. 1997.

MICHEL, T.; SEIMA, M.D.; LACERDA, M.R.; BERNADINO, E.; LENARDT, M.H. **As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger.** Cogitar e Enferm 2010 Jan/Mar; 15(1):131-7.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. **Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico.** (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] 2005 August; 4(2).

## **PROJETO SOCORRO ACS: ENSINANDO A SALVAR VIDAS**

**Luiz Antônio de Vasconcelos; Carlos Antonio Santos Guimarães; Karlla Lima; Rivana Moraes Santos; Roanna Béda** (UNIVASF, discentes).

### **INTRODUÇÃO**

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica são algumas das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): promover a integração da equipe de saúde com a população; realizar a adscrição das famílias em base geográfica atendida pela equipe de saúde; realizar educação em saúde com as famílias e comunidade; realizar e atualizar os cadastros; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. Dessa maneira contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2006).

Os ACS geralmente são moradores da própria comunidade e estão em contato constante com as famílias, facilitando o trabalho da equipe de saúde no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde (CARDOSO e NASCIMENTO, 2011). Nesse contexto aparecem como atores essenciais na prevenção e no primeiro atendimento aos casos de acidentes por causas externas. Torna-se com o passar do tempo cada vez mais necessário à população em geral possuir conhecimentos básicos a cerca de primeiros socorros, contudo, apesar da notável carência na disseminação desse conhecimento, poucas atitudes são tomadas em prol de sua ampliação para a sociedade em geral.

A capacitação do leigo para atendimento em emergência pode ser determinante à recuperação, até que chegue ao local atendimento especializado. Em pesquisa realizada por Torres & Lelis (2010), verificou-se que a população leiga possui conhecimentos a respeito de atendimento às vítimas inconscientes, porém, são incompletos ou incorretos, comprometendo o socorro, em muitos casos, fazendo uso de mitos populares sem nenhum fundamento teórico. Prestar socorro em situações emergenciais é importante e obrigatório pelo Código Brasileiro de Trânsito, porém um atendimento incorreto pode acarretar prejuízos ao acidentado.

A transmissão desse conhecimento tem a capacidade de ajudar a população a lidar com as principais causas de urgência e emergência a que são expostas,



como mordidas e picadas de animais, cortes, queimaduras e conduta em traumatismos, o que permitirá uma conduta inicial mais assertiva e a transmissão de informações adequadas ao serviço de atendimento pré-hospitalar, quando sua presença se faz necessária, colaborando assim, para a melhor conduta em todas as etapas de atendimento, racionalizando o atendimento.

## **OBJETIVO**

O presente projeto de extensão tem por objetivo verificar o nível de conhecimento dos ACS da cidade de Petrolina-PE acerca das noções básicas de primeiros socorros e promover treinamento teórico e prático para os Agentes Comunitários de Saúde em condutas básicas de primeiros socorros para que estes profissionais possam disseminar conhecimentos de primeiros socorros à população em geral.

## **METODOLOGIA**

O projeto de extensão “Socorro ACS: ensinando a salvar vidas” está sendo realizado por discentes do curso de medicina, no período de Setembro de 2012 a Agosto de 2013. Tal projeto foi aprovado pela Câmara de Extensão da UNIVASF. O projeto será executado em três Unidades de Saúde da Família (USF) de Petrolina-PE, as quais serão contempladas com a capacitação dos ACS. A escolha das USF está obedecendo aos seguintes critérios: localização, espaço disponível para a realização do projeto e pactuação com a equipe da Unidade.

Antes do início das oficinas haverá uma reunião com as ACS para explicar os objetivos do projeto “Socorro ACS: Ensinando a salvar vidas!”, como será realizado, buscar a adesão dessa classe profissional da USF ao projeto e ressaltar que este projeto tem como objetivo central fornecer conhecimento teórico-prático para auxiliá-los em experiências na comunidade, antes da chegada do SAMU, e não recriminá-los.

O projeto será composto por quatro etapas, que envolvem treinamento dos discentes, pesquisa (traçar um perfil das ACS sobre seu conhecimento acerca de condutas em casos de urgência e emergência na comunidade), Educação e Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Avaliação das atividades de extensão. Todas elas abordarão os seguintes temas: Avaliação da vítima, desmaio, asfixia hemorragia, ferimentos, amputações traumáticas, queimaduras, choque elétrico, intoxicação, parada cardiorrespiratória, imobilização da vítima e acidentes com animais peçonhentos.

As oficinas serão iniciadas com uma peça teatral realizadas pelos alunos graduandos que participam do projeto. A peça será composta por cenas de condutas adequadas e inadequadas em situações de urgência e emergência. Após a finalização da peça haverá um espaço para que os ACS exponham o que acharam sobre as condutas dos personagens em cada cena. A partir de então estará aberto um espaço para a discussão sobre condutas em primeiros socorros e ao mesmo tempo será proporcionado um espaço para o entrosamento entre a equipe de alunos e os ACS. Após, haverá um curso informativo que abordará os temas já citados anteriormente, com distribuição de apostilas informativas, com o intuito de que este material auxilie os ACS em casos de dúvidas de condutas e também sirva como revisão da abordagem do projeto. Nesse momento já estará presente momentos de capacitação prática em condutas pelos ACS, e essa prática será centrada na

utilização de materiais de fácil acesso pela comunidade como papelão, panos limpos, entre outros, que poderão auxiliar na abordagem do ACS à vítima até a chegada do SAMU.

## RESULTADOS PARCIAIS

O projeto já está em andamento e as duas etapas iniciais do projeto já estão sendo executadas. A capacitação dos discentes pelo Corpo de bombeiros já foi realizada, demonstrando a importância dos discentes como potenciais difusores do conhecimento, além da importância do compartilhamento de conhecimento entre o meio acadêmico e a comunidade.

A partir da capacitação, está sendo elaborada uma cartilha didática com material teórico de apoio aos ACS sobre condutas em primeiros socorros, servindo como um material de consulta rápida que abrangerá todo conteúdo abordado nas oficinas de capacitação em primeiros socorros. Também já está sendo elaborado um questionário de pesquisa sobre o conhecimento das ACS sobre primeiros socorros, que será aplicado antes e depois das oficinas, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos ACS sobre o tema e também a efetividade das oficinas em transmitir informações sobre o tema.

Com a execução e conclusão das etapas subsequentes esperamos promover um melhor entendimento a respeito das condutas em urgência e emergência por parte dos estudantes, ACS e membros da comunidade em geral, colaborando para a melhoria do atendimento inicial pré-hospitalar de vítimas de acidentes. Além de traçar um panorama do conhecimento dos ACS em medidas de primeiros socorros, pretendemos subsidiar condições para que os ACS realizem as primeiras condutas de primeiros socorros em situações de urgência e emergência antes da chegada da SAMU ao local e auxiliar na redução da morbimortalidade por causas externas nas comunidades assistidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed., Brasília, DF, 2006.

CARDOSO, A. dos S; NASCIMENTO, M. C. do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, p. 1509-1520 2011.

TORRES, H. de C.; LELIS, R. B. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. **Ciencia Y Enfermeria XVI**, Concepción, v.16, n.2, p. 107-113, ago. 2010.

## RELATO DE CASO: ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO PROJETO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

**Maria Lisiane da Silva; Cristiano Cavalcante Ferreira; Thays Fernandes Cavalcante Santos; Valnia Costa Lisboa** (Estudantes do Curso de Graduação de Enfermagem da Estácio FAL);

**Juliane Maria Alves Siqueira Malta** (Enfermeira, Docente da Faculdade Estácio de Alagoas - FAL).

### INTRODUÇÃO

Através do diálogo é possível resgatar com profundidade as experiências entre saúde individual e saúde coletiva, relação corpo e sociedade, entre público e privado, entre cultura e ciência (ACIOLI, 2008). Os projetos de extensão têm proporcionados aos acadêmicos de diversas universidades o diálogo e a troca de saberes populares nas comunidades, e nesse novo campo de conhecimento, multiplicam-se os desafios para melhor compreender as práticas educativas. O grupo de extensão Diálogo em Educação Popular e saúde (DIEPS) resgata o conhecimento oriundo desta relação, e utiliza o modelo de educação popular para trabalhar a promoção e a prevenção dentro da comunidade.

O DIEPS Projeto de Extensão vinculado à Faculdade Estácio de Alagoas, criado desde o ano de 2011 conta com a participação de uma coordenadora e 16 acadêmicos de enfermagem, e tem como objetivo contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população por meio de ações que visam a manutenção da saúde através do diálogo na comunidade Vila dos Pescadores localizada no Conjunto Habitacional, na Avenida Assis Chateaubriand, na cidade de Maceió-AL, o conjunto onde são desenvolvidas as atividades deste projeto, conta com 75 blocos, comportando seis apartamentos em cada um deles, totalizado 450 moradias, doadas aos residentes da favela de Jaraguá pela Prefeitura Municipal de Maceió.

A comunidade é o foco de atuação do projeto, e é dela que extraímos os pontos críticos que devem ser estudados profundamente e na qual realizamos atividades preventivo-educativas, essas práticas envolvem aspectos tanto de natureza pedagógica quanto metodológica, e inspira-se na proposta pedagógica de Paulo Freire e em uma abordagem construtivista para o aprendizado (ACIOLI, 2008).

Por tanto é importante saber que, a participação histórica no movimento da Educação Popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população e é com base neste movimento que buscamos criar um vínculo com a comunidade para identificarmos os principais pontos que devem ser trabalhados (VASCONCELOS, 2004).

Os extensionistas organizam em duplas para visitarem um determinado número de família e realizar o cadastramento. É neste momento que ocorre a troca de relações e o pré-estabelecimento da confiança entre grupo e a comunidade, permitindo-nos a compreensão da dinâmica da comunicação através diálogo e da troca de conhecimentos, para então criarmos um mecanismo de trabalho e é através deste mecanismo que desenvolvemos ações específicas de enfermagem.

Espera-se que este trabalho promova uma reflexão por parte não só da enfermagem mais de todos os profissionais da área da saúde, sobre as práticas desenvolvidas na área de educação e promoção que visam uma melhor qualidade de vida para as comunidades mais necessitadas.

## **OBJETIVO**

Este estudo objetivou apresentar as experiências vividas por acadêmicos do grupo DIEPS, durante o ano de 2012 a 2013, e suas atividades de extensão na área de Educação Popular e Saúde junto à comunidade apresentada, utilizando a metodologia educativa sistematizada por Paulo Freire, em uma comunidade de Maceió- AL.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo do tipo relato de experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem do oitavo período da instituição Estácio FAL, que fazem parte do projeto de extensão (Dieps) desta instituição, e neste trabalho a prática educativa ou a ação de Educação em Saúde, é entendida como uma prática desenvolvida junto a grupos sociais a partir de da troca de conhecimentos, que compõem as áreas interdisciplinares da saúde e da educação. Este projeto possui uma sequencia de seis etapas: Conhecimento do território; Mapeamento e divisão de área; Visitas domiciliares para realizar cadastros das famílias e identificar grupos vulneráveis; Reconhecimento das principais necessidades da comunidade; Desenvolvimento das ações e Avaliação continua, esse tipo de prática envolve aspectos tanto de natureza pedagógica quanto metodológica, e inspira-se na proposta pedagógica de Paulo Freire e em uma abordagem construtivista da aprendizagem (ACIOLI, 2008).

O projeto já existe há três anos e a cada ano ocorre um processo seletivo para troca dos acadêmicos através de editais, e a cada ano novos grupos são formados e novas ações são desenvolvidas como: visitas domiciliares semanais, ações educativas, palestras, apresentações teatrais na creche para as crianças, gincanas, atividades culturais, momentos de lazer e acompanhamento semanal das famílias cadastradas.

Durante o projeto são realizadas semanalmente o momento reflexivo com duração de duas horas para discussão do grupo, reavaliação das atividades desenvolvidas e realização de planejamentos, os extensionistas possuem a responsabilidade de desenvolver atribuições nas reuniões como: Cadernos de Campo (diário – anotações individuais dos extensionistas), Relatório de Atividades (descrição das atividades semanais), Atas (registros das reuniões semanais), Cronogramas de Atividades (planejamento das atividades), Produção Científica e Organização das Reuniões e apresentações de trabalhos com temas científicos voltados para pesquisa.

## **RESULTADOS**

O DIEPS tem proporcionado aos extensionistas do curso de enfermagem uma troca de conhecimento, além de vivenciar um dos principais objetivos e essência da enfermagem que é a ação educativa na comunidade. As ações desenvolvidas têm

estimulado cada vez mais a criatividade e o desenvolvimento de novas oficinas como: Ação Global em parceria com a força Nacional; Transformando o lixo em luxo; Dengue aqui não realizado na cidade de Canapi; Ações educativas; Oficinas de artes recicláveis; Verificações de PA; Glicemia; Palestras e ainda a apresentação de trabalhos acadêmicos em simpósios e congressos.

É importante ressaltar que os acadêmicos de enfermagem têm a oportunidade de promover educação popular tem a oportunidade de contribuir com uma melhor qualidade de vida desta comunidade através da assistência prestada.

Pode-se concluir que os trabalhos em desenvolvimento, proporcionam uma troca de conhecimento entre os acadêmicos de e a comunidade, priorizando o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Não há imposição de condutas, porém permite que os agentes envolvidos repensem suas práticas através de informações que as façam compreenderem a origem dos seus problemas, respeitando sempre a individualidade e a cultura. As visitas domiciliares permitem que os extensionistas possam conhecer as necessidades da comunidade, criar vínculos com as famílias fortalecendo a essência da educação popular em saúde no projeto DIEPS.

## REFÊRENCIAS

ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, Feb. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000100019&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100019>.

FANTIN, Maristela. Educação Popular e Saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro. ANPED 23 Reunião anual – setembro de 2000. GT Educação Popular.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES

Layanna Dryelle da S. Vasconcelos; Ana Kariny Costa Araújo; Gessyka Mayara Soares Gomes; Leide Daiane Torres de Souza - (UPE, Discentes);

Rachel Mola de Mattos (UPE, Professora, Orientadora).

## INTRODUÇÃO

Lesão de pele é um problema para o serviço de saúde e que envolve diretamente a equipe multidisciplinar. Em muitos casos estas são responsáveis pelas longas permanências hospitalares, devido ao tratamento prolongado principalmente para aquelas classificadas em estágios mais avançados, onde a mobilidade fica prejudicada.

Na busca da qualidade de assistência, vários autores vêm destacando a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de enfermagem relacionado à Úlcera por Pressão (UP), visto que, frequentemente, a prática não é baseada em evidências, e sim em mitos, tradições e experiências próprias ou de colegas (MIYAZAKI et al, 2010).

A educação em saúde dos trabalhadores de enfermagem na perspectiva de ampliar a qualidade de assistência aos indivíduos e coletividade, e na melhoria do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem é uma forma de instruir os profissionais, principalmente, para prevenir a ocorrência das UP (JACONDINO et al, 2010).

As medidas de prevenção à UP são relativamente simples e pouco dispendiosas. A medida básica mais importante é a mudança intermitente de posicionamento do cliente. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea a cada duas horas permite a adequada recuperação do tecido agredido e evita, muitas vezes, a formação da lesão. É importante na mudança posicional do paciente evitar fricção ou cisalhamento da pele. Também a observação de possíveis fatores locais adicionais de risco ao paciente, como por exemplo, umidade local, contato com fezes ou urina, tratamento de espasmos musculares. Da mesma forma, é essencial a atenção global ao paciente, equilibrando-o do ponto de vista sistêmico (WADA et al, 2010).

Lesões de pele no ambiente intra-hospitalar têm geralmente ocorrência multifatorial, sendo esta relacionada mais comumente ao tempo de internamento, carga de trabalho de enfermagem excessiva e condições clínicas do paciente; além disso, as lesões de pele também representam um dos indicadores de qualidade do cuidado prestado, dependendo da sua origem (LIMAL; GUERRALL, 2011).

Neste contexto, o papel do acompanhante também se torna peça fundamental, sendo o complemento e continuidade do cuidado de enfermagem aos pacientes acamados e/ou com limitações de movimento, principalmente no que diz respeito à prevenção de lesões de pele. Estes, no entanto, fazem parte de um sistema popular de cuidado de caráter informal, se opondo, muitas vezes ao sistema profissional de cuidados (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

O tratamento de lesões também conta com uma variedade significativa de coberturas especiais existentes no mercado, com tendência de crescimento e mudanças constantes relacionadas ao seu manuseio e indicação.

Este trabalho tem como intuito identificar as técnicas atualmente adotadas pelos profissionais de Enfermagem e acompanhantes na prevenção e tratamento de feridas, promovendo paralelamente a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos e adequar sua prática de acordo com as necessidades vigentes. Visa também estabelecer educação permanente a estes grupos que participam de todo o processo de internamento e muitas vezes este cuidado se estende ao ambiente domiciliar, após alta hospitalar.

## **OBJETIVO**

Promover educação permanente aos profissionais de enfermagem e acompanhantes no que diz respeito às medidas preventivas e terapêuticas de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina – PE.

## **METODOLOGIA**

Estudo observacional e descritivo de abordagem quali-quantitativa realizado nos Hospitais de Urgências e Traumas do Vale do São Francisco (HUT) e Hospital Geral de Urgência (HGU), instituições pública e privada respectivamente na cidade de Petrolina – PE durante os meses de março a dezembro de 2012. A população-alvo da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem e acompanhantes (cuidadores/familiares) de pacientes internados nas referidas instituições que possuíam lesões de pele e/ou apresentavam risco para desenvolvê-las.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), protocolo nº 01570012.740.5207 em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes da pesquisa foram informados sobre o estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que a entrevista foi realizada somente após seu entendimento e assinatura.

A equipe discente envolvida no processo foi previamente capacitada e em seguida, como primeira etapa, deu-se início às visitas para aplicação discreta do roteiro de observação em loco, nos setores de sala verde, sala amarela, sala vermelha, clínica médica, clínica cirúrgica e unidade de terapia intensiva (UTI) do HUT. No HGU, devido ao pequeno quantitativo de pacientes internados na época da coleta, a amostra tornou-se insuficiente sendo necessária a suspensão da fase de observação.

Posteriormente foram aplicados questionários semiestruturados para os profissionais de enfermagem e acompanhantes nos referidos hospitais.

A terceira etapa ocorreu através da realização de palestras educativas voltadas à equipe de enfermagem (expositiva dialogada); divididas em três temas com entrega de material didático explicativo, seguindo uma rotina que contemplou todos os plantões das instituições, sendo aplicados pré e pós-testes com fins avaliativos. Palestras educativas voltadas aos acompanhantes de pacientes internados no HUT que possuíam lesões de pele e/ou apresentavam risco para desenvolvê-las também foram realizadas.

Devido à política de privacidade do HGU não foi possível à realização das entrevistas e palestras educativas aos acompanhantes de pacientes internados no referido hospital.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na primeira etapa do estudo (realizado apenas no HUT), a amostra totalizou 161 pacientes observados; 146 procedimentos foram executados por profissionais e 159 por acompanhantes.

As condutas preventivas mais identificadas foram: 109 mudanças de decúbito, 109 esticadas de lençol, 98 higiene íntimas e 73 higiene corporais. Como métodos auxiliares de prevenção e tratamento foram encontrados 16 colchões de ar, 01 colchão de água, 01 boia, 46 travesseiros, 16 coxins e 02 luvas infladas com água. Em relação à frequência de mudança de decúbito não houve periodicidade.

Dentre os procedimentos terapêuticos foram identificados 74 curativos simples e 04 desbridamentos. Quanto à localização das lesões, as regiões mais afetadas foram sacral (35,89%), região abdominal (14,10%) e região trocantérica (11,53%).

Na segunda etapa da pesquisa foram entrevistados 112 profissionais de enfermagem, com questionamentos sobre seu conhecimento, opiniões e outros aspectos do cuidar.

Das coberturas especiais utilizadas no HGU as mais conhecidas pelos profissionais de enfermagem foram: hidrocoloide (32), alginato (25) e hidrogel (22). No HUT: ácido graxo essencial – AGE (68), hidrocolóide (64) e filme transparente (55).

A respeito da frequência de mudança de decúbito realizada no setor em que o profissional atua 73,21% (82) afirmaram realizar a cada duas horas (frequência considerada ideal), no entanto, os mesmos afirmam que apenas lençóis e travesseiros são disponibilizados para auxiliar na prevenção de lesões.

Ainda em relação a medidas preventivas, 62 profissionais afirmaram usar ou aconselhar o uso de colchões de ar, 21 colchões de água, 19 boias e 50 luvas infladas com água ou ar.

Dos entrevistados 111 afirmaram que gostariam que houvesse educação em saúde sobre medidas preventivas e tratamento de lesões de pele. Em contrapartida nos dois hospitais apenas uma pequena quantidade de profissionais compareceram às capacitações oferecidas.

Os acompanhantes entrevistados totalizaram 153, e entre eles 119 se achavam responsáveis quanto à iniciativa em evitar lesões de pele, e 34 afirmaram que este tipo de cuidado deve ser desempenhado pela equipe de enfermagem.

Em relação à frequência correta da mudança de decúbito 49 (32%) acompanhantes afirmaram que a periodicidade correta é de 2 em 2 horas, 5 (3%) disseram que deve acontecer de 3 em 3 horas, 11 (7%) que deve ser 3 vezes ao dia, 86 (56%) relataram que a mudança de decúbito deve ser realizada em outros intervalos e 2 (1%) disseram não saber qual a frequência correta.

Quanto à frequência da troca de fraldas dos pacientes assistidos, 62 (82%) acompanhantes afirmaram realizar sempre que havia urina ou fezes, 2 (3%) quando acumulava 2 ou 3 eliminações, 7 (9%) 3 vezes ao dia e 5 (7%) apenas no momento do banho.

Dos produtos usados no cuidado da pele do paciente 69 (41%) acompanhantes utilizavam óleo de girassol, 68 (40%) hidratante, 7 (4%) pomada contra assadura na região íntima e 25 (15%) não usavam nenhum produto.

Os dados analisados pela pesquisa revelaram que os procedimentos mais vistos foram preventivos, o que mostra a importância do conhecimento para a realização dos mesmos.

Na observação foi identificado um número significativo de mudança de decúbito, porém não houve periodicidade, sendo assim a medida não foi tão eficaz. Para Wadaet al (2010), as medidas de prevenção à úlcera por pressão são relativamente simples e pouco dispendiosas.

Conhecendo as características que permeiam o desenvolvimento de UP, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes de risco. Infelizmente, na prática, alguns fatores dificultam um melhor atendimento a esses pacientes. Dentre esses, a falta de uniformização do conhecimento em relação à prevenção, a deficiência de material apropriado para auxiliar no alívio da pressão,



como colchão piramidal, protetor de calcâneo, almofadas, que ajudam a manter a integridade da pele (BLANES et al, 2004).

Em relação aos métodos auxiliares de prevenção, foram encontrados métodos corretos de acordo com os estudos atuais, entre eles os travesseiros e coxins, porém foi visto também materiais não adequados para o local e/ou por sua composição, são eles: boia, luva de procedimento inflada com água, colchão de água e colchão de ar não pneumático.

No que se refere ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre coberturas especiais e sua existência nas instituições, foi possível observar durante o estudo que uma parcela significativa destes trabalhadores não está ciente sobre a sua autonomia para a realização de curativos e escolha da cobertura especial.

Segundo Morais et al (2008) é indispensável que haja acesso dos profissionais a recursos materiais adequados, a treinamentos específicos e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar para que as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes sejam viabilizadas.

A prevenção e tratamento das UP se configuraram como um contexto significativo na valorização dos saberes dos acompanhantes (TEXEIRA; FERREIRA, 2009). Fato evidenciado na pesquisa, em que a participação do acompanhante no cuidado do paciente hospitalizado mostrou-se de fundamental importância para evitar o surgimento das lesões de pele, sendo afirmada por grande parte destes, a responsabilidade no cuidado ao paciente nesse âmbito de prevenção no surgimento de UP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível a acuidade no que se refere à prevenção de UP em âmbito hospitalar, visto que a literatura comprova a multicausalidade dos fatores de risco para seu surgimento, além da responsabilidade no cuidado ao paciente, seja pelo cuidador ou profissional de enfermagem, evidenciando medidas simples e possíveis nas ações frente ao processo para evitar o aparecimento dessas lesões de pele.

Assim, pode-se afirmar que a prevenção das UP em pacientes hospitalizados não se restringe apenas a mudança de decúbito, exigindo assim, uma identificação precoce dos fatores de risco, o tratamento das patologias de base quando presentes, a manutenção de uma nutrição adequada e, principalmente, a continuidade da educação aos cuidadores e profissionais de enfermagem.

Assim, os resultados obtidos através deste estudo podem auxiliar a identificar quais as carências no conhecimento dos membros da equipe de enfermagem assim como dos acompanhantes e nortear, no planejamento de estratégias e ações educativas voltadas para a adoção de medidas preventivas coerentes com o processo de cuidar sistematizado e focado no paciente e suas peculiaridades.

## REFERÊNCIAS

BLANES L; DUARTE I.D, CALIL J.A, FERREIRA L.M. RevAssocMedBras 2004; 50(2): 182-7.

JACONDINO, C. B.; SEVERO, D. F.; RODRIGUES, K. R.; LIMA, L.; EINHARDT, R. R.; AMESTOY, S.C.; A educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. CogitareEnferm.; 15(2):3148- Abr/Jun 2010

LIMAL A.C.B.; GUERRALL, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciência Saúde Coletiva*, 16, (1), 2011.

MIYAZAKI, M.Y; CALIRI, M.H.L; SANTOS, C.B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(6). nov-dez 2010.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008. TEXEIRA, M.L de O; FERREIRA, M de A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. 2009.

WADA A; TEIXEIRA N.N.; FERREIRA M.C. Úlceras por pressão. *Rev Med. São Paulo*. 2010 jul/dez; 89(3/4):170-7..

# I PICs NE

I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## EIXO TEMÁTICO – 04

### **PRÁTICAS INTEGRATIVAS: A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO RECURSO NA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS SOLIDÁRIOS E PROMOÇÃO DA VIDA**

**Katiana Kruschewsky Coutinho Santos**-(Psicóloga, Especialista em Arte Terapia, Terapeuta Comunitária);

**Maria José Etelvina dos Santos** (Psicóloga, Mestra em Psicologia da Educação, Docente da UNEB, Terapeuta Comunitária);

**Mônica Figueiredo Teles** (Filósofa, Mestra em Educação, Estudante de Psicologia, Terapeuta Comunitária).

#### **INTRODUÇÃO**

Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), atenta às necessidades do coletivo, solicita ao GEPIDH (Grupo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Práticas Integrativas e Desenvolvimento Humano) uma intervenção no tocante as queixas dos colaboradores referentes às dificuldades de relacionamento, doenças e problemas familiares para ajudar, diminuir ou sanar questões relacionais, somáticas e fraternais. O GEPIDH promove a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCSI) como ferramenta para interferir nas questões acima mencionadas, por entender que com este recurso atingirá os objetivos de empoderamento, compreensão e criação de redes sociais fortalecedoras de vínculos e saúde física e emocional.

A TCSI é um procedimento terapêutico em grupo com a finalidade de promoção da saúde. Foi inserida como política pública do Ministério da Saúde na área de atenção primária em saúde mental em 2010, compondo o quadro das Práticas Integrativas reconhecidas pelo SUS. Funciona como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e da identidade cultural das comunidades carentes, através de equipes institucionais públicas, privadas ou voluntárias (Barreto, 2008).

A TCSI é um procedimento que visa romper com o paternalismo e com a manutenção da miséria existencial das populações na medida em que investe basicamente na capacidade dessa população de se autogerir, resgatando a identidade cultural e os valores de cidadania e de autoestima, possibilitando o reconhecimento de suas habilidades e potencialidades (Barreto, 2008).

Entende-se ainda que a TCSI está intrinsecamente articulada com as medidas de promoção da saúde, entendendo aqui essa promoção como fazendo parte das medidas eficazes de proteção das populações e dos grupos de risco conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como também está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que definiu pela ampliação de investimentos na cobertura da atenção primária através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Toda estratégia do Ministério da Saúde visa à promoção

da saúde da população brasileira, como vem sendo entendida nos últimos 20 anos, representa uma ferramenta promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

Essa prática tem se consolidado como instrumento eficaz na promoção da saúde, na criação de vínculos solidários fortalecendo as redes comunitárias.

## **OBJETIVOS**

Ampliar o repertório de tecnologias do cuidado pelo fomento da promoção da saúde, a partir de práticas de cuidado integral no âmbito do coletivo unebiano e comunidades adjacentes.

## **METODOLOGIA**

O trabalho vem sendo desenvolvido pelo GEPIDH (Grupo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Práticas Integrativas e Desenvolvimento Humano), com participantes da comunidade interna e externa à UNEB e idosos da UATI (Universidade Aberta à Terceira Idade). Consiste em “Rodas de Conversa/ Terapia” onde as pessoas têm oportunidade de falar de problemas e questões do cotidiano que estão lhe afligindo, lhe tirando o sono ou somatizando. É um espaço de partilha onde a comunidade exerce de forma consciente sua cidadania, através da troca de saberes, a possibilidade de formação de redes, e o reconhecimento do seu potencial interno, por vezes adormecido.

O trabalho é coordenado por 01 terapeuta e 01 ou 02 coterapeutas, sendo este papel alternado a cada sessão, acontece duas ou mais vezes por semana, sendo complementado por “Vivências do Cuidando do Cuidador”, que são dinâmicas específicas relacionadas a um tema trabalhado nas rodas de conversa, como: conciliação com o feminino e masculino, extravasamento das tensões musculares e corporais para alívio de tensões, relaxamento físico e mental, visualizações criativas, meditações, etc.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Iniciamos esta intervenção na PROEX em Março/2010, e durante dois anos de atividades constatamos através dos relatos, das observações e registros dos

participantes uma maior compreensão dos seus processos internos, um relacionamento mais fraterno, às somatizações menos frequentes, e um bem-estar em todos os setores participantes das atividades propostas. Durante este período foram atendidas 4.873 pessoas entre funcionários e comunidade adjacentes a PROEX, da UATI, e, dos municípios solicitantes do projeto. Há vínculos mais solidários por compreender o processo e a história do outro, menos agressividade, mais tolerância com as dificuldades dos colegas. O projeto foi bem aceito, sendo solicitado posteriormente por outros departamentos, além do interesse por parte de alguns municípios. Os resultados foram apresentados em fóruns, seminários, congressos e encontros. O que se observa é que há um grande sofrimento e desassistência às pessoas, e quando estas encontram um espaço de acolhimento e abertura às questões pessoais sentem-se valorizadas e vão se empoderando do seu próprio valor e recursos internos que antes não conseguiam perceber.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos e as pessoas da comunidade que participaram deste trabalho puderam relatar em suas falas, a necessidade de um ambiente em que possam partilhar suas angústias, mas também suas alegrias, seus saberes. Acredita-se que a Terapia Comunitária Integrativa pode oferecer este espaço, melhorando a qualidade de vida destas pessoas, promovendo saúde, baixando o índice de violência pela difusão de uma cultura de paz e solidariedade, melhorando a autoestima e reduzindo os encaminhamentos de pessoas com necessidades sócio-emocionais para a rede de apoio de saúde.

No ano de 2012 até 10 de Outubro, participaram das atividades de Terapia Comunitária na UNEB 1438 pessoas, sendo o tema mais expresso: conflitos familiares, depressão e estresse.

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa é a forma mais efetiva de cuidar do enorme contingente populacional que representa nosso público alvo, dentro das condições geográficas e estruturais do município de Salvador e demais localidades onde está inserida a UNEB.

Segundo o nosso levantamento 88,5% das pessoas que participaram das rodas de terapia comunitária tiveram suas demandas atendidas, sem a necessidade de encaminhamento para a rede de cuidado de média e alta complexidade.

## REFERÊNCIAS

BARRETO; A.P. TERAPIA COMUNITÁRIA: PASSO A PASSO, 3ª ed. revisada e ampliada, Fortaleza, Gráfica LCR, 2008.

Integralidade e Saúde: Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado. Recife: Editora UFPE, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia (2009). Seleção de prioridades de pesquisa em saúde: guia PPSUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003). Legislação do SUS. Brasília: CONASS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2006).

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2006). Política nacional de promoção da saúde. Brasília: MS.

## O ACOLHIMENTO ENQUANTO PRÁTICA COTIDIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**Maísa Mônica Flores Martins** (Graduanda de Enfermagem - UNEB).

**Adilane dos Santos Barbosa** (Graduanda de Psicologia - UFBA).

**Renata Meira Vêras** (Professora Adjunta do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde - UFBA).

### INTRODUÇÃO

A proposta do acolhimento surge em meio a problemas para acesso aos serviços de saúde pública no Brasil que persistem mesmo com as conquistas realizadas pelo SUS. É evidente o número de trabalhos que enfocam déficit no acesso ao atendimento e no modo como os usuários são acolhidos. Com base nisso, surge em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) com a finalidade de dar respostas a essa problemática sendo um dos seus desafios estimular os profissionais de saúde a desenvolverem a capacidade de estar atentos para acolher.

O acolhimento ainda apresenta-se como um termo polissêmico, pode ser definido como dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975 apud BRASIL, 2010). A Política Nacional de Humanização define o termo como “ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p.6).

Além disso, esse mesmo documento compreende a sua aplicação como uma ação técnico-assistencial que possibilita a análise do processo de trabalho em saúde, focalizando as relações, pressupondo a mudança da relação profissional-usuário (dentro de sua rede social). Sua aplicação pode ser efetivada através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito participante ativo no processo de produção de saúde. (Brasil, 2010)

Nesse contexto, percebe-se que a proposta do acolhimento, articulada como outras propostas que visem mudanças no processo de trabalho e gestão dos serviços apresenta-se como um recurso importante para a humanização do cuidado na saúde pública.

Portanto, o acolhimento visa, sobretudo, contribuir para um SUS integral e universal de modo que seja garantido aos usuários um atendimento humanizado. Pressupondo com isso que toda a equipe deve estar atenta para escutar, acolher, e dar uma resposta resolutiva para as demandas trazidas pelos usuários. Como é colocado por Tesser (2010, p.3619),

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidade, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas.

O acolhimento implica na construção de ferramentas que contribuam para escuta e análise dos problemas, assumindo a condição de reorganizador do processo de trabalho. O profissional de saúde é considerado, assim, elemento fundamental de qualquer estratégia produzida com o objetivo de proporcionar a transformação de práticas. Igualmente, reconhece-se que estimular os futuros profissionais da saúde a refletir acerca do seu papel enquanto protagonista na relação de cuidado permite contribuir para transformações no campo da saúde. Assim, torna-se necessário conhecer e analisar suas concepções, seus projetos de cuidados e as tecnologias que desenvolvem para exercer seu trabalho.

## **OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é analisar as concepções sobre as práticas de acolhimento na perspectiva de estudantes de cursos na área da saúde estagiários nas instituições públicas de saúde em Salvador/BA.

## **METODOLOGIA**

Escolheu-se como eixo norteador desta pesquisa a Etnografia Institucional por se tratar de uma abordagem que busca conhecer como vem sendo construídas e organizadas as relações sociais nas instituições, bem como qual o sentido que as pessoas dão para o que vivenciam nas diferentes situações que se apresentam no interior das organizações. Assim, a Etnografia Institucional (EI) apresenta-se como um fundamento metodológico com foco, prioritariamente, para o estudo das organizações institucionais sendo, portanto, uma abordagem que nos permite mergulhar nas atividades cotidianas das relações institucionais.

Através da metodologia qualitativa, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com 11 acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Psicologia, Medicina e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde que atuaram como estagiários em quatro hospitais públicos de Salvador/BA. Através da análise de discurso, os relatos apresentados apontaram para três categorias: a escuta ampliada, a integralidade e a resolutividade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFBA, a fim de assegurar a idoneidade do projeto, bem como garantir o compromisso dos pesquisadores em preservar o anonimato dos atores envolvidos no processo.

## RESULTADOS

Dos acadêmicos entrevistados foi possível identificar elementos que predominavam em suas falas o conceito de acolhimento. Dentre eles, é importante destacar a escuta qualificada, a integralidade e a resolutividade. Os participantes, conforme as entrevistas foram identificados neste texto como entrevistados E, variando entre 1e 11.

### Escuta qualificada

O ato de escuta é um momento de construção de respostas as necessidades dos usuários que são utilizadas pelos trabalhadores, pressupondo o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos (MALTA, 2001).

Os discursos a seguir reafirmam o que a literatura diz a respeito da escuta ampliada. Os estudantes tiveram a oportunidade de vivenciarem na prática a importância desse elemento.

“Escutar, dar a devida atenção que ela precisa. Ela chega com uma demanda a ser resolvida” (E1).

“Por exemplo, muitas vezes tinham exames pra eles fazerem e eles estavam aguardando, não sabia nem o que estavam aguardando. Então a gente ia, a gente conversava, fazia escuta qualificada” (E4).

### Integralidade

Para Mattos, (2004) o princípio da integralidade apresenta três grandes conjuntos de sentidos: sendo que o primeiro está relacionado com as práticas dos profissionais de saúde, o segundo a organização dos serviços e o terceiro se refere às respostas aos problemas de saúde. Nas diferentes falas apresentadas a seguir é possível identificar esses elementos.

“Acredito que o acolhimento é você tentar receber aquele usuário, você enxergar ele como um todo, como um ser singular, tentar resolver os problemas, não só os burocráticos, mas é preciso exercer um lado humano, dar apoio, fornecer confiança” (E5).

“[...] é difícil você ir abordar o paciente e o programa me ajudou a conseguir ouvir, conversar com... as pessoas, não ver só como um doente, um enfermo que eu tenho que cuidar, entendeu?” (E4).

A integralidade é um princípio do SUS que busca transformar as pessoas para a construção de um ser melhor. Requer uma assistência ampliada, centrada no indivíduo, transformadora e que não permita reduzir o indivíduo integral à patologia ou à um aspecto biológico. O atendimento integral envolve além da valorização do cuidado também o acolhimento. Para isso, as práticas de atenção integral à saúde devem estar inseridas no cotidiano dos profissionais da área, que vise uma



assistência de qualidade e que tenha o usuário como um todo, levando em consideração seus direitos e deveres (FONTOURA; MAYER, 2006).

## Resolutividade

Para que ocorra resolutividade nos serviços de saúde é necessário pensar, agir, buscar soluções para os problemas relatados na própria unidade ou através de encaminhamentos a outros serviços. Segundo a literatura, o usuário ao procurar a Unidade de Saúde, espera que os profissionais que ali trabalham possam responder de forma resolutiva ao seu problema, sendo ações que tragam benefícios, efetividade e satisfação (MEDEIROS, et al, 2010). O acolhimento é visto como condição positiva para a resolutividade e humanização da prática assistencial.

“[...] saber escutar, dar uma resposta positiva ou negativa, mas dar soluções para eles. Não deixar ele a deriva, tipo se ele não for atendido pelo hospital para onde ele vai, onde pode ser atendido (E2).

“[...]segundo eles(os usuários) nós ajudávamos muito eles, resolvendo os problemas, diminuindo a aflição, explicando o que eram necessário fazer, enfim, realmente dávamos atenção ao problema do usuário e eles ficavam muito satisfeitos e era uma coisa que realmente faltava e nós tentávamos preencher estas lacunas” (E7).

“[...] começamos a abordá-los na busca de saber qual era a demanda do usuário, quando sua demanda contemplava o perfil do hospital, nós buscávamos dentro da rede do hospital uma maneira de dar resolutividade a essa demanda. Quando extrapolava a rede do hospital buscávamos orientar o usuário para procurar o local correto, a quem procurar e quando extrapolava essa demanda buscávamos outros meios, através de outros profissionais mais experientes que sabiam orientá-lo um pouco melhor” (E8).

O acolhimento, além de compreender uma postura do profissional de saúde implica também em uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde pública. É importante ressaltar que o acolhimento pode se caracterizar como uma estratégia para que todos tenham acesso a uma assistência de qualidade e integral permitida através do trabalho de uma equipe multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre integralidade. **Revista Bras. de Enfermagem**. Rio Grande do Sul. V. 49, nº. 4, p. 532-7, jul-ago, 2006.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde:** as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas

MATTOS RA, Pinheiro R, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 2004.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Salud. Pública**. Natal. V. 12, nº 3, p. 402-413, 2010.

NASCIMENTO, P, T, A; TESSER C, D; NETO, P, P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 37, nº. 4, 2008

TESSER, C; NETO, P; CAMPOS, G. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3615-3624, 2010.

## PLANTAS MEDICINAIS COM PROPRIEDADE TERMOGÊNICA

**Glauca Gabrielle Leão Santos** (Graduanda em Nutrição-UFPE);

**Midiã Juliana de Santana Araújo** (Graduanda do curso de Licenciatura em Ciências biológicas);

**Marília Gabrielle Santos Nunes** (Enfermeira Vinculada ao Programa de Saúde da Família);

**Patrícia Sheyla Freire de Lima** (Enfermeira SMSVSA)

### INTRODUÇÃO

O acúmulo excessivo de gordura corporal é uma característica do quadro de obesidade e sobrepeso, tendo como consequência, uma perda importante na qualidade de vida (MENDONÇA, 2004). Fazendo parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, a obesidade possui uma etiologia multifatorial que envolve fatores genéticos e ambientais, atualmente é considerado um problema de saúde pública mundial (PINHEIRO, 2004).

Pelo fato das drogas utilizadas no tratamento da obesidade e sobrepeso possuírem elevado custo e efeitos colaterais perigosos, muitas vezes são buscadas alternativas viáveis, como a utilização de produtos naturais na terapia complementar dessa patologia (MANENTI, 2010). Baseados em mecanismos distintos, estudos apontam que as plantas medicinais com potencial anti-obesidade podem ser classificadas em cinco categorias de atuação: Diminuição da absorção de lipídios; Diminuição na absorção de carboidratos; Aumento do gasto energético (Termogênese); Diminuição da diferenciação e proliferação de pré-adipócitos e por fim, a diminuição da lipogênese e aumento da lipólise (MANENTI, 2010).

O sistema nervoso simpático está sob controle da termogênese. No entanto, interferências nesse sistema podem ajudar no controle da obesidade, como, por exemplo, o uso de plantas medicinais com potencial termogênico (ALTERIO *et al*,2007). Os produtos naturais termogênicos, têm como característica a dificuldade serem digerido pelo organismo, resultando em um aumento da temperatura corporal, aumentando o metabolismo e conseqüentemente queima de gordura corporal (CARDOSO *et al*,2010).O consumo desses produtos naturais deve ser feito com cautela, uma vez que seu uso não é indicado no período da noite, pois, pode causar insônia. Assim como o uso noturno deve ser desencorajado, o uso excessivo pode levar ao surgimento de sintomas como, dor de cabeça, problemas gastrointestinais e problemas cardíacos, sendo indispensável à orientação de um profissional qualificado (CARDOSO *et al*,2010).

## OBJETIVO

Esclarecer a população acerca do preparo de plantas medicinais com propriedade termogênica no controle da obesidade, e orientá-las com relação à dose e contra indicações.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma palestra acerca do preparo e contra indicações de plantas medicinais com potencial termogênico. O público-alvo foram mulheres entre 35 e 45 anos, atendidas pela Unidade Básica de Saúde do Cajueiro, localizado na cidade de Vitória de Santo Antão- PE. Esse grupo de comunitárias faz parte de um projeto destinado a pessoas que estão acima do peso ideal, e que são acompanhadas por uma equipe multidisciplinar, formada por nutricionista, médico, educador físico e psicólogo.

As informações foram passadas por alunos integrantes do PET-fitoterapia da Universidade Federal de Pernambuco do Centro acadêmico de Vitória de Santo Antão-PE, constituído por alunos do curso de graduação em Nutrição, Licenciatura em Educação Física, Enfermagem e Licenciatura em Ciências Biológicas. Com a supervisão do professor orientador do PET-fitoterapia, foi elaborado pelos acadêmicos um material ilustrativo, preparado em PowerPoint, no mesmo foi abordado diversos aspectos sobre os termogênicos, envolvendo seu mecanismo de ação, dose indicada, os perigos do seu uso excessivo e ainda quais plantas possuíam tal propriedade. Após as orientações foram distribuídos *folders* autoexplicativos, que continham uma sucinta explicação sobre os termogênicos.

Por fim, foi feita a demonstração de uma receita com ação termogênica, para que as participantes pudessem preparar em casa. Então foi realizada pelos estudantes do PET, a elaboração de um suco simples de gengibre com limão e hortelã, no momento em que estava sendo executada a receita, foi repassado ao público qual dos ingredientes possuía ação termogênica. No decorrer da palestra surgiam algumas dúvidas quanto à preparação do suco, quantidade a ser consumida e armazenamento. As dúvidas levantadas eram imediatamente esclarecidas pelos palestrantes, que para ajudar nos esclarecimentos também distribuíram a receita impressa em *folders*. Ainda ao fim da receita, o público teve a oportunidade de degustar a preparação e dar sua opinião a respeito do suco.

## RESULTADOS

A realização dessa ação educativa teve uma boa aceitação por parte das comunitárias do Cajueiro que demonstraram satisfação em receber as informações. As mulheres participantes fizeram várias perguntas ao grupo palestrante, uma vez que não tinham conhecimento sobre o assunto. A palestra possuía uma temática que permitia uma interação entre o público alvo e os mediadores, colaborando para o bom desempenho da ação. Nesse contexto o PET-fitoterapia, proporcionou ao grupo conhecimento e a oportunidade da utilização correta de uma alternativa complementar para o tratamento da obesidade.

A realização de ações como essa ajuda na formação de laços de confiança entre a universidade e a população, trazendo um benefício para ambas as partes.

## REFERÊNCIAS

ALTERIO, A. A.; FAVA, D. A. F.; NAVARRO, F. **Interação da Ingestão Diária de chá Verde no Metabolismo Celular e na Célula Adiposa Promovendo Emagrecimento.** Rev. Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. v. 1, n. 3 p. 27-37, Mai/Jun, 2007.

CARDOSO, J.; Martins, J.; Benites J.; Conti, T.; Sohn, V. **Uso de alimentos Termogênicos no Tratamento da Obesidade.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

MANENTI, Aline Vefago. **Plantas Medicinais Utilizadas no Tratamento da Obesidade: Uma Revisão.** Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2010.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil.** Cad. Saúde Pública- Rio de Janeiro, 2004.

PINHEIRO, A. R. O. ; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade / An epidemiological approach to obesity.** Rev. Nutr. n. 4, p.523-533, out./dez. 2004.

## CHÁ DE PARTO NOVA METODOLOGIA DE PREPARO PARA O PARTO

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza;** Alyanna Malafaia Ferreira; Fabiana Salustiano Ramos; Amuzza Aylla dos Santos; Regina Maria dos Santos.

## INTRODUÇÃO

Considerando-se os efeitos negativos produzidos pelas conversas informais da gestante com outras mulheres de seu convívio e com outras que muitas vezes conhece nas salas de espera das unidades de saúde, é razoável pensar que seria possível conseguir resultados diferentes se o objeto das conversas entre essa gestante e suas companheiras fossem experiências positivas, capazes de contribuir para o empoderamento da gestante, capacitando-a para escolher e viver o parto natural.

Esta perspectiva torna-se plausível, fortalecendo a idéia de que é possível interferir positivamente na forma como as mulheres vivenciam o parto, ao se aceitar que a essência do homem na sua simplicidade e nas aprendizagens do seu dia-a-dia se refletem no corpo, ou, indo mais além na direção de incentivar o parto natural, aceitando que as aprendizagens do dia a dia podem refletir em nova atitude diante da singularidade de se dar à luz um filho (COLLIÉRE,1999).

Nesta perspectiva e na busca de contribuir para o empoderamento da gestante, uma estratégia sugerida tem sido promover rodas de conversas entre mulheres, em que fosse possível resgatar as experiências positivas de mulheres da convivência da gestante, transformando-as em um presente virtual, oferecido em data próxima do parto.

*Chá de parto* é uma roda de conversa entre mulheres que já pariram com uma mulher que vai parir. O termo nasceu em analogia a uma tradição conhecida do senso comum como *chá de panela/chá de cozinha*, originada de um costume holandês que, em nossa realidade é uma tradicional festinha pré-nupcial da qual só participam mulheres, onde as amigas da moça que vai casar se reúnem com ela garantindo-lhe algumas horas de diversão e alguns presentes que são sempre necessários ao seu novo lar.

O chá de parto foi construído com base no ritual de uma médica americana chamada Rachel Naomi Remen pioneira no treinamento de profissionais acerca de relação médico-paciente, que vem trabalhando há mais de 20 anos na área de psico-oncologia e sempre recomendou um ritual muito simples às pessoas que iam se submeter à radiação, quimioterapia ou cirurgia, onde os participantes ofereciam simbolicamente suas melhores qualidades para enfrentar dificuldades (REMEM,1998).

Dahlke et al (2005) fez menção a conversas entre mulheres dentro do entendimento aqui proposto ao dizerem que uma ajuda importante são as conversas sobre gravidez com mulheres que já deram a luz, como a mãe, uma boa amiga, a parteira, contanto que essas pessoas de confiança se coloquem totalmente a serviço da mulher grávida e não queiram dar importância a relatos sensacionalistas ou de horror lidos ou ouvidos. Em outros estudos mencionados por Zampiere (1997) e Meneghel et al (2000), foram encontrados, mas nada semelhante ao proposto na metodologia aqui colocada. Assim, consideramos que essa proposta traz a condição de inovadora e poderá ser utilizada por enfermeiras como uma nova prática de preparar mulheres que estão fazendo pré-natal.

## OBJETIVO

Apresentar o processo de realizar o chá de parto como uma estratégia do tipo tecnologia leve de educação em saúde para empoderar a gestante para escolher e viver o parto natural.

## METODOLOGIA

Este artigo apresenta o Chá de Parto, uma tecnologia leve para o preparo da mulher a parturição e reúne os resultados de uma investigação do tipo qualitativa na modalidade de estudo de caso na qual a tecnologia leve foi testada, com a experiência de outros chás realizados posteriormente.

A realização dos foi no domicílio das mulheres estudadas ou de outras mulheres, familiares ou amigas suas. Essa escolha deveu-se ao fato dos locais serem os ambientes onde as mulheres poderiam ficar mais à vontade para relatarem e trocarem suas experiências. As gestantes que aceitaram participar estavam no 9º mês de gestação, já nos dias de parir. Apenas as gestantes com idades inferiores há 18 anos não foram incluídas do estudo, por implicações éticas. As mulheres que participaram do chás foram indicadas por pessoas conhecidas .

Para a produção das informações na ocasião da pesquisa<sup>9</sup> foram utilizados a dinâmica de grupo, para a qual foi utilizado um presente (adaptado do ritual de Rache Naomi Remen), que neste caso foi a pedra foi escolhida, por ser um artigo possível de permanecer na mão da gestante e ser carregada com comodidade no dia do seu parto. O diário de campo foi utilizado para o registro de informações importantes como as reações, percepções, ansiedades e questionamentos e o formulário de entrevista semi-estruturada para recolher as informações, que foram gravadas em áudio no momento posterior ao parto, este de escolha das mulheres. A execução do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o protocolo 004684/2005-82.

O chá de parto não tomou essa denominação logo no início do trabalho. Inicialmente tentamos um encontro com 12 mulheres e não conseguimos com nenhuma delas. O número alto de respostas negativas ao convite nos chamou à atenção. Isso nos levou a analisar os motivos de suas recusas. Uma das gestantes relatou que seu marido achou o encontro estranho e que estaria ligado a alguma religião.

Foi aí que tivemos a idéia de mudar o nome do encontro para *chá de parto*, em analogia aos conhecidos *chá de cozinha* e *chá de bebê* com tudo o que eles preconizavam tal como convites, telefonemas, lanche, dentre outros detalhes. Para surpresa nossa, as mulheres assim convidadas passaram a aceitar fazer as rodas de conversas.

## RESULTADOS

No intuito de ajudar na decisão dos serviços de Pré-natal que queiram adotar esse tipo de prática é importante relatar que as mulheres que vem aceitando participar do chá de parto na sua maioria são adultas jovens, com 2º grau completo ou nível superior e casadas. Ainda na pesquisa realizada foi visto que as mulheres que não aceitaram participar tinham idades compatíveis com as que aceitaram, o estado civil pareceu não ter tido importância, no entanto a idade gestacional apresentou diferenças que precisam ser consideradas<sup>9</sup>.

As gestantes que aceitaram participar estavam no 9º mês de gestação, já nos dias de parir. No entanto o perfil da idade gestacional das que não aceitaram era: seis estavam no 7º mês, quatro no 8º mês e só duas no 9º mês. Uma dessas últimas pariu antes da data marcada para o encontro e por isso não participou e a outra por recomendação médica ficou em repouso absoluto e desistiu do encontro, ou seja, ambas teriam participado se suas circunstâncias tivessem permitido.

O fato de que todas que estão no 9º mês aceitaram participar suscitou o seguinte questionamento: será que as mulheres só tomam consciência da proximidade do parto e das dúvidas que não conseguiram dirimir no pré-natal e em suas interações, nos dias de parir? Isso é natural ou é o medo do enfrentamento de uma nova vida e que só é socialmente determinado na proximidade do acontecimento? Essas constatações fizeram acreditar que o melhor momento para convidar a mulher para o *chá de parto* é o mais próximo possível do evento, até para que o encontro possa suprir essa carência.

Outro aspecto que chamou à atenção foi o de que as mulheres que aceitaram participar do chá de parto ou tinham um vínculo de amizade com as pesquisadoras, ou foram indicadas por alguém que confiavam tal como uma enfermeira do pré-natal ou uma amiga. Quando a aproximação das mulheres se deu apenas pela via rotineira das instituições, ou seja, quando são selecionadas dentre as que fazem o pré-natal, ou porque são primíparas, não há uma boa aceitação do convite. Foi interessante perceber que após a realização dos primeiros chás de parto, as mulheres que participaram de algum deles passaram a indicar para outras gestantes a vivência, o que permite indicar esta realidade como outra maneira de convidar para a roda.

Assim, para realizar esse tipo encontro/reunião, que adentra na intimidade da pessoa, de seu lar, e de seu ciclo de amizades, é preciso o estabelecimento de um clima de confiança, que não acontece num primeiro ou num segundo momento, mas que é construído durante todo um processo que poderá ser, por exemplo, no acompanhamento pré-natal. Portanto, consideramos a fase do convite um momento importante para garantir a realização das rodas de conversas. O tipo de aproximação, a idade gestacional da gestante à época do convite e a construção do vínculo de confiança fazem a diferença para aqueles que porventura pensem em utilizar o *chá de parto* em seus serviços.

O chá de parto, agora pode ser entendido como uma roda de conversa um pouco diferente de mulheres que já passaram pela experiência do parto com uma

mulher que não vivenciou essa experiência ou que está com dificuldades de enfrentar seu próximo parto ou ainda uma gestante que queira participar dessa roda, como mais uma forma de melhor se preparar para o parto, tendo os seguintes propósitos:

- Preparar a mulher para o parto;
- Promover a troca de experiência entre mulheres que já pariram com a que vai parir;
- Promover a oportunidade de a gestante obter informações adquiridas pela experiência de mulheres em quem confia;
- Proporcionar à mulher mais uma oportunidade de compartilhar seus receios e dúvidas sobre o parto com pessoas que lhe são mais próximas;
- Aconselhar a mulher sobre aspectos relacionados ao parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno;
- Suprir algumas deficiências do pré-natal no que tange a dúvidas que ainda ficaram ou não foram abordadas nas orientações;
- Promover a oportunidade para criação de uma rede de apoio de mulheres, antes, durante e após o seu parto;
- Empoderar a mulher para vivenciar o próprio parto.

O *chá de parto* foi concebido para se desenvolver da seguinte maneira:

- As mulheres que participam do chá são: a gestante de preferência no início do 9º mês de gestação, suas convidadas, que são mulheres em que confia e que já passaram pela experiência de parir e uma enfermeira que terá o papel de facilitadora da roda de conversas;
- O cenário de realização da roda é escolhido pela gestante e suas convidadas podendo ser sua própria casa, a casa de uma amiga, de uma das convidadas ou outro local de sua preferência. As cadeiras deverão ser arrumadas em círculo caracterizando o sentido da roda;
- O dia e horário do chá de parto também serão escolhidos pela gestante respeitando a disponibilidade de suas convidadas e da facilitadora;
- O convite de preferência deverá ser feito por escrito utilizando-se pequenos cartões convites à semelhança dos que se usa em chá de cozinha, através do telefone ou contato pessoal. Nele deverá estar explícito o dia, horário e local onde será realizado o *chá de parto*. Quando a gestante tiver alguma dificuldade para providenciar essa parte deverá ser ajudada pela facilitadora ou outra pessoa de sua confiança;
- A pedra que será o objeto presenteado a gestante no final da reunião e a embalagem onde será colocada (saquinho de feltro ou veludo onde se coloca bijuteria ou jóia) poderá ser providenciada pela gestante ou a facilitadora. A pedra pode ser substituída por um objeto de valor afetivo para mulher, desde que caiba na palma da sua mão e que ao fechá-la e apertá-lo não a machuque;



- Opcionalmente a gestante poderá providenciar uma jarra com água e/ou suco para as convidadas ou ainda, se quiser, oferecer um pequeno lanche no final do *chá de parto*.

## REFERÊNCIAS

Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3ªed. Lisboa: Lidel, 1999.

Dahlke R, Dahlke M, Zahn V; O caminho para a vida: gravidez e parto levando em conta o ser humana como um todo. São Paulo: Cultrix; 2005.

Ferreira AM, Ramos, FS. Conversas de mulher pra mulher como um caminho para o enfrentamento do primeiro parto. [trabalho de conclusão do curso]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, Curso de graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia; 2006.

Meneghel SN et al. Mulheres cuidando de mulheres : um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2000; v.16 ;n: 3, p. 747-757.

Remen RN; Histórias que curam: conversas sábias ao pé do fogão. São Paulo: Agora; 1998.

Zampiere MFM; Mulheres cuidando de mulheres: em busca de uma enfermagem mais humanizada. Texto & Contexto Enferm. 1997; v.6, n 1, p. 276-292.

Pela reconstrução do modelo de cuidado

## A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

**Marcella Martins Barbosa Ferreira** (Estudante de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas);

**Karine de Moura Cavalcante; Sarah Ellyude Enedino Santos** (Enfermeiras pertencentes ao grupo de pesquisa PROCUIDADO da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas);

**Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza** (Professor associado 4 da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas).

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objeto de estudo a experiência da mulher de ter vivido o trabalho de parto e parto, com e sem a presença de um acompanhante de sua escolha. Consiste em compreender os sentimentos vivenciados pela mulher ao ter um acompanhante ao seu lado no processo de nascimento.

A literatura existente a respeito das condições ideais para o processo de trabalho de parto e parto, como evidenciado no trabalho de Almeida e Machado em 2005, sugere como alternativa um retorno à prestação de um modelo assistencial menos intervencionista, baseado na participação ativa da mulher. É o movimento denominado humanização da assistência ao parto, que prerroga a implementação dos direitos da mulher em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto. Um dos direitos da mulher inclui a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto. A respeito deste direito foi realizado um estudo por Homtinsky e Alvarenga em 2006, na Universidade de São Paulo, que relacionava a forma como é definido o acompanhante nas diferentes visões, seja ela: médica, jurídica, acadêmica ou sanitária, tendo em vista que todos reconhecem a importância que tem a presença do acompanhante no parto.

Esses resultados de apoio contínuo que é ofertado às mulheres podem também ser alcançados através de um acompanhante profissional: as “doulas”. Essa denominação cabe hoje às mulheres que acompanham partos e são treinadas para dar suporte à mulher e seus familiares durante o trabalho de parto e parto. No entanto, é necessário deixar claro que a presença da Doula não substitui o acompanhante escolhido pela parturiente.

Além dos benefícios evidenciados cientificamente a respeito da presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, outros estudos, como os de Leal, Santos e Domingues em 2006, enfocaram os aspectos da satisfação das mulheres com a assistência humanizada ao parto. O depoimento das mulheres entrevistadas no estudo ilustra a importância que uma assistência cuidadosa e afetuosa tem para a satisfação com o parto, já que muitas vezes é o despreparo de alguns profissionais que desconsideram os sentimentos e repreendem as diversas formas de expressão da dor, que cria uma percepção negativa do parto.

A experiência comprova que a humanização do cuidado começa a partir das mudanças de rotina ou com a qualificação do profissional que acompanha o processo do nascimento. Uma vez que “Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas” (LARGURA, 2005, p.07).

Tendo em vista a diversidade e o alcance dos resultados obtidos com a humanização da assistência ao parto, bem como as evidências científicas que comprovam os benefícios alcançados, a OMS passou a recomendar, desde 1985, a presença do acompanhante de escolha da mulher em seu trabalho de parto e parto, sendo este um direito reconhecido no Brasil desde abril de 2005, através da lei 11.108. No inciso terceiro da referida lei está claro que o governo deve garantir ao acompanhante, condições favoráveis a sua estadia na instituição, dentre elas: acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Mesmo sendo um direito reconhecido em lei e diante de evidências tão significativas, a realidade que podemos observar em pouco ou quase nada se adequa à assistência humanizada. O resultado disso são mulheres insatisfeitas e muitas vezes traumatizadas com suas experiências.

## OBJETIVO

O suporte durante o parto trás claros benefícios. Por essa razão, todos os esforços para assegurar que as mulheres em trabalho de parto tenham a presença do acompanhante de sua escolha devem ser feitos. Com vista para esse fato e desejando tornar rotineira a prática humanística do suporte emocional, nos propomos a responder o questionamento: Qual o significado para a mulher de ter vivenciado o trabalho de parto e parto, com e sem a presença de um acompanhante de sua escolha? Com essa pesquisa pretendemos comparar o significado para a mulher de ter ou não um acompanhante de sua escolha, num momento tão importante de sua vida, que é o parto.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo que se baseia na abordagem qualitativa investigativa, a qual compreende a pessoa e o significado de suas vivências, considerando seu contexto histórico e cultural.

Os sujeitos desta pesquisa foram mulheres múltiparas, que em pelo menos uma experiência de parto tiveram seu direito assegurado em lei de ter alguém de sua escolha no trabalho de parto e parto, com a particularidade de terem tido anteriormente um parto sem a presença do acompanhante de sua escolha, para que fosse realizada a comparação. Fizeram parte do estudo dez mulheres que respondiam aos critérios apresentados e aceitaram participar da pesquisa no período determinado para a coleta de dados, de julho a agosto de 2007.

O cenário escolhido inicialmente foi a Casa Maternal Denilma Bulhões, situada na Avenida Norma Pimentel da Costa, s/n, no conjunto Benedito Bentes I, no bairro do Tabuleiro na cidade de Maceió-AL, pois esta permite a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, priorizando a assistência humanizada. A partir daí, foi escolhido um segundo cenário: a residência desses sujeitos, por acreditar que a fluência das ideias e a interação entre pesquisadores e sujeitos melhor se dá num ambiente familiar, garantindo à pesquisa resultados mais fidedignos.

Foi encaminhado um ofício para a direção técnica da Casa Maternal Denilma Bulhões, solicitando a autorização para a realização da pesquisa na citada Unidade de Saúde. Após a autorização, o projeto foi encaminhado ao Comitê de ética para sua apreciação, o qual foi aprovado (Nº: 007851/2007-17) para a coleta de dados ser iniciada.

Para iniciar a coleta de dados, o primeiro passo foi selecionar os sujeitos da pesquisa a partir de uma planilha existente na Casa Maternal. Foram selecionadas 10 mulheres, que tiveram seu ultimo parto no período de maio a agosto de 2007 e se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa. O segundo passo foi a aproximação com os sujeitos em suas residências, após receberem alta clínica, pois julgamos que em seu lar elas sentir-se-iam mais confortáveis para refletir a situação experimentada.

O formulário de entrevista semiestruturada foi o instrumento de escolha. Desta forma acreditamos que os sujeitos pudessem expressar e falar não só aquilo que julgavam importante, mas também sentirem-se influenciados a dar informações que as pesquisadoras julgassem necessárias.

Registrados os dados, entramos na etapa de análise e interpretação dos dados. A análise levou à compreensão das informações coletadas, confirmação dos pressupostos da pesquisa e ampliação dos conhecimentos sobre o tema pesquisado.

## RESULTADOS CONCLUSIVOS

Ao finalizar este trabalho compreendemos que a presença do acompanhante é altamente valorizada pela mulher, num momento tão significativo de sua vida: o parto. Sendo diversos os significados atribuídos a esta companhia, os principais são o suporte emocional oferecido pelo acompanhante, sendo expresso como: segurança, força e incentivo; ter acompanhante significa também se sentir cuidada e apoiada; a presença do acompanhante não significa amenizar a dor, mas transmite conforto e tranquilidade; determina a boa evolução do parto, facilitando-o.

Pode-se observar ainda que o significado atribuído ao acompanhante tomou uma denotação ainda mais positiva quando as mulheres do nosso estudo puderam comparar as inúmeras emoções sentidas nas experiências de ter o acompanhante no momento do parto, com outros em que não foi possível tê-lo, demonstrando que: A ausência de companhia transmite medo e solidão; não ter um acompanhante de escolha representa isolamento, descuido pela equipe que lhe assiste; significa estresse, nervosismo, agitação e sofrimento; dificulta a boa evolução do parto.

O presente trabalho, construídos segundo uma óptica humanística, nos permitiu amadurecer como profissionais, pois nos possibilitou ouvir o sujeito desta pesquisa e compreender os seus medos e anseios. Vem fortalecer a lei que dá garantia à mulher de ter um acompanhante no parto, fazendo alusão às mais diversas literaturas que relatam a questão e defendem cientificamente os benefícios da mulher ser acompanhada no processo de trabalho de parto e parto.

Este trabalho proporcionou também compreender o que a mulher espera da equipe de saúde que a atende e o desejo de ser tratada de forma mais humana, sendo orientadas e respeitadas pelos profissionais.

Espera-se que este trabalho contribua para a divulgação e implementação deste direito da mulher nas diversas maternidades, e que os benefícios a ele atribuídos venham minimizar desde a medicalização do parto até o sentimento de solidão e medo que tem as mulheres na hora do parto. Para que, a partir dessa simples mudança na rotina da assistência prestada, o parto seja “prazeroso”, um ato que leve à satisfação, sem o comprometimento do bem-estar de todos os envolvidos na situação.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MARTINS, C. A.; RIOS, C. H. A.; LUCAS, E. A.; MACHADO, E. A. **A humanização no cuidado a parturição. Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 355- 359, 2005. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7\\_3/revisao\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revisao_02.htm)

CARVALHO, B. **SUS vai pagar despesas de acompanhante**. Disponível em: [www.comciencia.br/noticias/2005/12/parto.htm](http://www.comciencia.br/noticias/2005/12/parto.htm) em 5 de agosto de 2006.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 2005 novembro-dezembro: 13(6): 960-7.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. **A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica?** Disponível em: [www.scielo.br/pdf?ref?v10n2/14971.pdf](http://www.scielo.br/pdf?ref?v10n2/14971.pdf) em 5 de agosto de 2006 – Universidade de São Paulo.

LEAL, M. C.; SANTOS, E. M. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: Contribuição para o debate.** Disponível em [www.scielo.org/scielo.php?pid=s0102-311x2004000700006script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s0102-311x2004000700006script=sci_arttext) em 5 de agosto de 2006

LEÃO, M. R.; BASTOS, M. A. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, nº 3, Maio de 2001.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**, Florianópolis, 2002.

SANTOS, O. M. B. **A Enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanizada no cuidado à mulher e a família durante o processo do nascimento.** 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

## I Encontro Nordestino de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Reconstrução do modelo de cuidado

### A CONTRIBUIÇÃO DO RELAXAMENTO DE JACOBSON NO COTIDIANO DA ENFERMAGEM

**Fabiane Tenório Xavier Povoas**<sup>1</sup>; Simone Marcelino Melo<sup>2</sup>; Vilma Queiroz Siqueira<sup>3</sup>; Amuzza Aylla Pereira dos Santos<sup>4</sup>; Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza<sup>5</sup>.

#### INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a contribuição do Relaxamento Progressivo de Jacobson no cotidiano de uma equipe de enfermagem representada pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, visando diminuir tensões e ansiedades.

A ideia de realizá-lo surgiu a partir de nossa preocupação com a saúde dos profissionais de enfermagem, já que os mesmos, devido ao seu tipo de trabalho encontram-se em contato direto com situações estressantes, riscos e tempo prolongado no ambiente de trabalho, que poderiam ocasionar uma diminuição em sua qualidade de vida, e consequentemente uma diminuição na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Devido ao tipo de serviço que a enfermagem presta, muitas vezes seus profissionais estão sujeitos a exaustivas horas de trabalho, alteração no ritmo de sono ou por outras preocupações que podem acabar desencadeando alterações em suas funções fisiológicas. Com isso, esses profissionais chegam aos plantões cansados, com mal-estar, diminuindo conseqüentemente sua disposição para o trabalho, possibilitando maior probabilidade para acontecimento de erros, entre outros.

Consideramos ser fundamental que os profissionais de saúde, mais especificamente os de enfermagem, estejam atentos a tudo para cuidarem de si mesmos para, posteriormente pensar em cuidar do outro, pois estão envolvidos em conflitos que nem sempre <sup>65</sup>são seus. *O profissional de saúde, no seu cotidiano, vê-se compelido a suportar um conjunto de angustias, de conflitos, de obstáculos, diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática.* (CAMPOS, 2005, p. 33)

Dorothea Elizabeth Orem, enfermeira, nascida em Baltimore, em 1914, começou a trabalhar a questão do autocuidado como conceito para a enfermagem (LEOPARDI, 1999) Em 1971, Orem publica suas ideias sobre o processo de enfermagem propondo três teorias articuladas: Teoria dos déficits de autocuidado, Teoria de autocuidado e Teoria dos sistemas de enfermagem. Orem afirma que aquele que providencia o autocuidado necessário para si mesmo ou para outra pessoa, é gente do autocuidado.

Dentre as técnicas de autocuidado, priorizamos pesquisar sobre o relaxamento corporal, onde sua origem não data de muitos anos. Os procedimentos de relaxamento têm antecedentes históricos bastante antigos. Hoje, o relaxamento constitui-se de um processo psicofisiológico, onde os aspectos fisiológicos e psicológicos interagem entre si auxiliando nos estados de tensão, estresse e ansiedade, beneficiando assim a saúde física, mental e emocional do indivíduo.

Existem várias técnicas de relaxamento utilizadas como método para aliviar o estresse, porém o Relaxamento Progressivo de Jacobson está entre as mais conhecidas. Tem como premissa básica a tensão muscular relacionada à ansiedade, *envolve tensionar e relaxar os músculos do corpo em seqüência e sentindo a diferença na sensação* (SMELTZER, BARE, 2002, p. 82) Ao final dessa técnica o indivíduo terá diminuída a sua ansiedade, pois terá seus músculos relaxados, a respiração leve e a mente livre de pensamentos estressantes.

Quando estamos estressados, preocupados, cansados, ou quando o sintoma de alguma doença nos aflige sentimos ansiedade. Toda pessoa experimenta algum grau de ansiedade à medida que se apresentam situações novas em sua vida, desencadeando sinais e sintomas como tensão muscular, dificuldade para dormir, baixa produtividade no trabalho, agitação, intolerância, frustração, entre outros.

As diferentes técnicas de relaxamento têm como meta *produzir uma resposta que se oponha à resposta de estresse.* (SMELTZER, BARE, 2002, p. 82) Se esse

<sup>1</sup> Fabiane Tenório Xavier Póvoas (FAL/ESTÁCIO, Discente);

<sup>2</sup> Simone Marcelino Melo (ESENFAR/UFAL, Enfermeira);

<sup>3</sup> Vilma Queiroz Siqueira (HUPAA/UFAL, Enfermeira);

<sup>4</sup> Amuzza Aylla Pereira dos Santos (ESENFAR/UFAL, Professora);

<sup>5</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza (ESENFAR/UFAL, Orientadora).

objetivo é alcançado *a sequência de efeitos fisiológicos e seus sinais são interrompidos, havendo redução do estresse psicológico.* (SMELTZER, BARE, 2002, p. 82)

Cientes de que existe uma estreita relação entre o bem-estar do profissional de saúde e a qualidade da assistência prestada por ele ao paciente nos surgiu o seguinte questionamento: **o Relaxamento Progressivo de Jacobson contribui de alguma maneira no cotidiano de uma equipe de enfermagem?**

A contribuição desse trabalho é propiciar o bem-estar dos profissionais de saúde, visto que estes são colaboradores no processo saúde-doença do indivíduo, possibilitando assim o cumprimento de uma função essencial e de qualidade, que é a assistência ao paciente. Poderá deflagrar nas instituições de saúde algumas discussões sobre a importância do bem-estar dos profissionais e o desenvolvimento de ações voltadas para melhorias no ambiente de trabalho, trazendo com isso benefícios para a saúde do trabalhador e consequentes melhorias na qualidade de serviço.

Vale ressaltar que este é o único trabalho até o momento que estudou o Relaxamento Progressivo de Jacobson aplicado aos profissionais de enfermagem.

## OBJETIVO

Analisar a contribuição do Relaxamento Progressivo de Jacobson no cotidiano de uma equipe de enfermagem.

## MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, por se tratar de uma pesquisa onde analisamos a contribuição do relaxamento progressivo de Jacobson no cotidiano de uma equipe de enfermagem.

O cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi o Hospital Universitário Alberto Antunes (HUPAA), no ano de 2006, no setor da clínica. Os sujeitos da pesquisa foram quatro técnicos e quatro auxiliares de enfermagem desse setor que trabalham nos turnos da manhã e tarde.

Para a realização da coleta de dados, realizamos seis oficinas. Aconteceram no período entre agosto e setembro de 2006 na sala de aula nº 528 da clínica cirúrgica do referido hospital. Tiveram um tempo de 15 minutos, aconteceram tanto individualmente quanto em pequenos grupos a depender da disponibilidade dos profissionais.

Elaboramos uma adaptação do Relaxamento Progressivo de Jacobson que foi entregue aos participantes para auxiliar na sequência dos passos do relaxamento, além de quatro tipos de roteiro semiestruturado como apoio que serviram para realizar as entrevistas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

## RESULTADOS

Todos os sujeitos foram do sexo feminino, com idades entre 25 e 47 anos, com maioria solteira e associa trabalho e estudos. Metade possui filhos e duas participantes possui mais de um vínculo empregatício.

Na primeira oficina **“Entendendo a pesquisa”** observamos a euforia dos sujeitos em participar da pesquisa, visto que as mesmas não possuíam conhecimento acerca de atividade dessa natureza, principalmente em ambiente hospitalar.

Na segunda oficina **“Conhecendo os nossos sujeito”**, os mesmos puderam relatar sobre sua rotina diária, a percepção que possuem deles mesmos, o que sentem com o trabalho desenvolvido na enfermagem e até mesmo problemas de saúde.

Obtivemos relatos de vidas agitadas, estressantes, ansiedade, tensão, falta de ânimo, exaustão. Algumas referiram *“estar no limite”*, e uma delas chegou a referir ter depressão.

Na terceira oficina **“Aprendendo a relaxar”**, lemos o roteiro adaptado com a sequência do Relaxamento Progressivo de Jacobson e demonstramos toda a técnica.

Ao término do relaxamento pudemos observar faces de descontração e que a tensão que se apresentava antes do processo havia desaparecido. A aceitação foi excelente e uma participante chegou a mencionar que iria realizar a técnica a noite antes de dormir.

A quarta oficina: **“Exercitando o relaxamento”** objetivou verificar a aplicabilidade do relaxamento pelos participantes e uma nova sessão de relaxamento.

Todos os sujeitos fizeram referência ao relaxamento progressivo de Jacobson como uma experiência boa, relataram como fator positivo seu efeito imediato, ajudando a realizar melhor as atividades, sai da rotina, auxilia no sono, descontra e diminui o estresse. Podemos observar essa aprovação nas falas a seguir:

*“É uma coisa nova, útil, de uma importância muito grande (...)”* (Girassol).

*“Eu não imaginei que exercícios tão simples pudessem ajudar tanto no nosso dia-a-dia, nas nossas atividades.”* (Date).

*“Eu me senti mais relaxada, melhor com o meu corpo, melhor com a minha mente”.* (Dominique)

Referiram que após a técnica, no decorrer do dia, sentiram-se mais dispostas, tranquilas e com tensões musculares diminuídas. Foram aconselhadas e realizarem essa técnica no seu cotidiano e em domicílio.

Na quinta oficina **“Refletindo sobre o relaxamento”**, os sujeitos notaram que a introdução dessa técnica trás benefícios duradouros e progressivos com sua execução contínua, como podemos ler abaixo:

*“É cada vez melhor. Gradativamente vai melhorando.”* (Date).

*“Eu acho que surte efeito mesmo, me sinto menos cansada.”* (Formiga).

*“No dia que eu não relaxo eu me sinto mais agitada (...)”* (Dominique).

Na sexta e última oficina **“Avaliando o autocuidado através do Relaxamento Progressivo de Jacobson”** identificamos em suas falas que todas referiam que foi uma nova experiência, positiva, e que lhes trouxeram vários benefícios, o que tornava o relaxamento para elas uma ferramenta de combate ao estresse e cansaço cotidianos. Reconheceram e se surpreenderam com uma técnica simples e rápida, que não necessita de insumo, com eficácia a curto período tempo.

Percebemos assim que a técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson surtiu efeito positivo nos sujeitos da pesquisa, diminuindo tensões e ansiedade, aliviando o cansaço, relaxando a musculatura, aumento da disposição, alívio de



dores musculares, trazendo bem-estar. Ou seja, permitiu a realização de uma técnica de autocuidado que adicionasse qualidade de vida a esses profissionais.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**. Petrópolis: Vozes, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinado a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

SMELTZER, S.C; BARE, B. G. **Tratamento de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 9ª Ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

## ACOLHIMENTO PSICOSSOCIAL A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

**Emilly Sales Sala Gomes** (VIVER, Estagiária); **Jacqueline Aleixo** (VIVER, Estagiária); **Ana Carla Nunes** (VIVER, Psicóloga).

### INTRODUÇÃO

O acolhimento, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização, é definido pelo Ministério da Saúde como não tendo “local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.” Sendo uma postura ética, “implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes” (2008).

A utilização, portanto, do dispositivo acolhimento nas instituições de saúde não se restringe apenas a um bem receber, mas implica em um atendimento humanizado e resolutivo das necessidades de saúde de cada usuário que procura o serviço, permeando todo o processo de trabalho. (MATUMOTO, 1998, apud COIMBRA, 2003).

Segundo Bueno (1997, apud COIMBRA, 2003), o acolhimento seria um produto da relação trabalhador/usuário, que envolve a subjetividade e a escuta das necessidades do sujeito. Pode ser entendido, ao mesmo tempo, como “diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.” (BRASIL, 2008).

Franco et. al. (1999, apud COIMBRA, 2003), autores que primeiro abordaram o acolhimento, definem-no como uma estratégia para reorganização do serviço de

saúde que garanta a resolutividade, o acesso universal e o atendimento humanizado.

Dessa forma, Coimbra (2003) defende o pressuposto de que o acolhimento teria potencialidades para organizar o processo de trabalho em saúde da equipe interdisciplinar, centrado no usuário, garantindo-lhe maior eficiência. Tendo também o potencial de, através da proximidade profissional/usuário, por meio da escuta, transformar o usuário em corresponsável por sua saúde, possibilitando o exercício de sua autonomia e cidadania.

Porém, segundo Merhy (1994, apud COIMBRA, 2003) para que a ação resolutiva possa acontecer o acolhimento não deve limitar-se à conduta clínica, mas também oferecer possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as reais causas do problema do paciente, trazendo-lhe benefícios e satisfação.

Se configurando como um “espaço intercessor (encontro trabalhador/usuário) ocorre um processo de escuta dos problemas, troca de informações, reconhecimento de direitos e deveres num processo de decisões que pode possibilitar intervenções” (MERHY, 1997 apud COIMBRA, 2003). O acolhimento, portanto, exige dos profissionais envolvidos a capacidade de tomada de decisões, a partir da escuta do sujeito, para que a resolutividade possa ser garantida.

Sendo assim, o acolhimento seria um momento de encontro de possíveis interações entre usuários e trabalhadores de saúde, visando à produção de ações de saúde, sendo uma estratégia de organização das demandas e de modificação do processo de trabalho (MERHY, 1991, apud COIMBRA, 2003).

O Serviço de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual – VIVER, implantado em dezembro de 2001 no Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, é um serviço vinculado a Secretaria da Segurança Pública do Governo do Estado da Bahia, que tem como objetivo oferecer atendimento integral à pessoa em situação de violência sexual.

Composto por uma equipe interdisciplinar, tem como pressuposto básico, que norteia as suas ações, a dinamicidade do fenômeno da violência sexual, tanto na sua forma de ação, quanto na multiplicidade de vivências e as diversas possibilidades de tratar a questão. O serviço reconhece que a situação de violência não coloca a pessoa em um lugar estático de vítima, mas sim no lugar de sujeito ativo no enfrentamento da situação vivenciada.

Com o intuito de garantir a integralidade do atendimento aos usuários do serviço foi implantando, no ano de 2012, o acolhimento psicossocial integrado. Os usuários, ao chegarem ao serviço, passam pelo acolhimento institucional, que é realizado pelas assistentes sociais ou, na falta destas, pelas médicas em plantão; sendo, então, encaminhados para o acolhimento psicossocial, o qual é realizado simultaneamente por um psicólogo e uma assistente social. No período anterior à implantação do acolhimento psicossocial, os setores acolhiam o usuário em momentos distintos.

O acolhimento psicossocial tem o intuito de identificar as demandas referentes aos aspectos social e psicológico do usuário e da sua família. A escuta conjunta permite uma intervenção mais eficaz, pois possibilita uma avaliação interdisciplinar das necessidades do usuário. Inicialmente os profissionais fazem a escuta do usuário e de seus responsáveis legais, se for o caso. Posteriormente, pede-se para que aguardem a discussão dos profissionais com relação aos encaminhamentos. Em um terceiro momento, é solicitado que eles retornem à sala

de atendimento para serem informados sobre as intervenções propostas, bem como sobre a dinâmica do serviço VIVER. Neste momento são disponibilizados atendimentos com os serviços: social, médico, psicológico e/ou jurídico.

## **OBJETIVO**

O presente trabalho objetiva expor e discutir a experiência de implantação do acolhimento psicossocial a pessoas em situação de violência sexual, em uma instituição pública em Salvador, Bahia.

Ressalta-se a importância deste trabalho pela escassa quantidade de artigos científicos que abordem o acolhimento em uma perspectiva psicossocial, bem como sua utilização em serviços especializados que atendam pessoas em situação de violência sexual.

## **MÉTODO**

Partindo da experiência vivencial de implantação de uma nova metodologia de acolhimento aos usuários do Serviço de atenção a pessoas em situação de violência sexual - VIVER, foram realizadas pesquisas em livros e artigos científicos relacionados ao dispositivo do acolhimento: acolhimento psicossocial, acolhimento a pessoas em situação de violência sexual, acolhimento em instituições etc.

A experiência de acolhimento psicossocial no VIVER acontece em salas de atendimento do serviço, com a presença de uma assistente social, ou estagiária de serviço social, e um psicólogo, ou estagiária de psicologia, porém a dupla nunca é formada por duas estagiárias, somente. É realizada uma leitura conjunta do prontuário do usuário, onde constam informações sobre seu primeiro atendimento e o relato da violência ocorrida. Após a leitura, o usuário é convidado a entrar na sala de atendimento e procede-se a escuta conjunta para verificar as demandas do usuário, relacionadas ou não à situação de violência. No atendimento a crianças são utilizados recursos lúdicos como papéis, lápis e brinquedos. Os familiares que acompanham os usuários também são ouvidos, pois o serviço se propõe a atender a família, também.

As informações encontradas na literatura foram contrastadas com os dados da experiência de acolhimento psicossocial e orientaram as discussões.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O acolhimento psicossocial, enquanto estratégia de acolhimento interdisciplinar, objetivando garantir a integralidade e resolutividade no atendimento a pessoas em situação de violência sexual, foi implantado no Serviço VIVER a partir do mês de setembro do ano de 2012. A sua operacionalização trouxe, porém, alguns desafios para os profissionais do serviço.

Pesquisas na literatura sobre acolhimento apontam que a maioria dos estudos na área do acolhimento psicossocial estão relacionados às instituições de saúde mental e reforma psiquiátrica. São poucos os trabalhos vinculados a outros contextos, especialmente ao contexto da violência sexual. Portanto, construir e refletir sobre esta prática é algo, em si, desafiador.

O primeiro desafio visualizado estava relacionado à organização da rotina dos profissionais de psicologia para que pudessem atuar na “porta de entrada” do

VIVER. Anteriormente, o segundo atendimento do usuário, logo após a escuta da violência, era realizado pelo serviço social, no sentido de identificar as demandas dos usuários e realizar os possíveis encaminhamentos. Porém, o próprio serviço identificou que as demandas dos usuários iam muito além da sua questão social. A inserção dos profissionais da psicologia visava, portanto, garantir intervenções, desde o início da entrada do usuário no serviço, em questões psicológicas e sociais.

Além deste aspecto, seria mais um espaço de expressão da proposta de interdisciplinaridade do VIVER.

Desta forma, o objetivo principal da implantação da nova estratégia de acolhimento era fazer com que a ação resolutiva acontecesse sem limitar-se à conduta clínica, mesmo que enriquecida pela interdisciplinaridade, mas também que oferecesse possibilidades de utilização de tudo o que se dispõe para, se não eliminar o sofrimento e as reais causas do problema do paciente, trazer-lhe benefícios e satisfação, como aponta Merhy (1994, apud COIMBRA, 2003), no sentido de poder acolher as suas demandas e realizar os encaminhamentos e acompanhamentos necessários.

A continuidade dos acolhimentos psicossociais proporcionou que todo o serviço participasse de uma nova discussão sobre o tema acolhimento e sobre a recepção e acompanhamento dos usuários. No período anterior à implantação do acolhimento psicossocial, somente o setor do Serviço Social conseguia acompanhar a vinculação (ou a sua dificuldade) dos usuários ao VIVER. Porém, através das discussões fomentadas pela implantação desta nova forma de organizar a chegada do usuário ao serviço, toda a equipe tem conhecimento do número de usuários que continuam em atendimento, que foram encaminhados ou que ainda estão na lista de espera, através de estatísticas criadas para verificar se, quantitativamente, o acolhimento psicossocial está garantindo a resolutividade dos atendimentos no serviço. Os dados estatísticos ainda estão em fase de análise, por isso não foram disponibilizados no presente trabalho.

Porém, é uma percepção consensual dos profissionais da Psicologia e do Serviço Social que, em termos de qualidade de atendimento, o acolhimento realizado em conjunto pelos dois setores trouxe maior capacidade de intervenção integral e resolutiva, do que os acolhimentos realizados separadamente, de forma setORIZADA.

A realização dos acolhimentos psicossociais possibilita que os profissionais, entendendo a dinamicidade das formas de lidar com uma situação de violência sexual, realizem a escuta aos usuários, orientando-os no enfrentamento das vulnerabilidades advindas, ou agravadas, pela situação de violência; e proponham intervenções integradas.

Assim, o acolhimento psicossocial tem propiciado, aos profissionais dos setores envolvidos, maior clareza do trabalho realizado pelo setor parceiro e, desta forma, a realização de trocas de saberes e práticas.

Os maiores ganhos desta nova forma de organização do serviço são, portanto, a melhoria da atenção prestada aos usuários; e a mobilização e envolvimento de toda a equipe, especialmente dos setores psicológico e social, para reorganização do Serviço, para que esta atenção integral às demandas dos sujeitos possa ser garantida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília, DF, 2008.

COIMBRA, V.C.C. O acolhimento num Centro de Atenção Psicossocial. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DICAS EM SAÚDE de Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Acolhimento. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 20 de fev. 2013.

## ACOLHIMENTO COLETIVO COMO ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE CUIDADO

**Karina Cenci Pertile** (SMS João Pessoa/Enfermeira; terapeuta ayurvédica); **Giovana Oliver** (SMS João Pessoa/ Quiropraxista); **Andréia Carrer** (SMS João Pessoa/ Diretora do CPICS Equilíbrio do Ser); **Maria Lourdes Queiroga de Sena Mogliano** (SMS João Pessoa/Psicóloga)

O Sistema Único de Saúde vive um momento de identificação de recursos que auxiliem na transição de um modelo de saúde reducionista organicista para àquele que retome a dimensão do cuidado integral, acolhedor e resolutivo. Nesse processo, algumas estratégias têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde, entre elas a Política Nacional de Humanização, que tem no acolhimento uma de suas diretrizes. Este trabalho se propõe a relatar um recorte da experiência do acolhimento como diretriz norteadora do trabalho da equipe do Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - Equilíbrio do Ser, em João Pessoa. Tal serviço, inaugurado em agosto de 2012, funciona durante 12hs/dia, sendo acessado por livre demanda e tendo recebido 4000 pessoas em pouco mais de 6 meses. Ao chegar no serviço, o usuário é recebido por uma equipe de acolhimento, constituída por terapeutas de diferentes formações, que, após uma vivência de harmonização e uma breve fala sobre o funcionamento do serviço, escuta as demandas trazidas e facilita a construção coletiva (entre terapeuta e usuário) da proposta terapêutica inicial. Desde que esse modelo de acolhimento foi implantado tem-se como diretriz a utilização de tecnologias voltadas a solução de problemas e a autonomia dos usuários em relação as suas escolhas, mas o formato, que é avaliado constantemente, foi reformulado algumas vezes, até chegar em um modelo que é reconhecido pelos usuários, por si só como um espaço terapêutico, e que ainda tem algumas fragilidades,

como o número reduzido de profissionais, dada a grande demanda de procura pelo serviço.

**Palavras-chave:** acolhimento; práticas integrativas e complementares; sistema único de saúde.

## EDUCAÇÃO QUE PRODUZ SAÚDE: REFLETINDO A CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS

**Viviane Maria Leite Gomes** (UPE, Discente);

**Marta Solange Albuquerque Guimarães** (UPE, Professora);

**Joice Fonseca Costa** (UPE, Discente);

**Olga Cerqueira Alves Costa** (UPE, Discente);

**Suellen Tavares Rocha** (UPE, Discente);

**RESUMO:** Educação e Saúde são dimensões da vida humana, por vezes separadas, mas que precisam andar juntas na defesa de hábitos saudáveis. No contexto da atual sociedade, extremamente exposta a danos ocasionados por má alimentação, acidentes de trânsito e danos ao meio ambiente, a proposta da realização de um trabalho com educação em saúde, teve a finalidade de consolidar, como bem orientam (Coelho et al., 2005) atitudes e práticas que conduzam a mudanças ou alterações nos padrões de comportamento de grupo ou família. O estudo teve como objetivo construir conhecimentos, relações e ações que fortaleçam a participação das pessoas na busca de vida mais saudável. Trata-se de um relato de experiência de projeto de extensão. As atividades realizadas abordaram os temas: Alimentação Saudável, Educação no Trânsito e Desenvolvimento Sustentável, executado em três etapas na Escola de Aplicação Vande de Souza Ferreira, da Universidade de Pernambuco (UPE), em Petrolina/PE – Etapa I - Planejamento das atividades e formação dos acadêmicos para serem facilitadores; Etapa II - Atividades com os escolares; Etapa III - Avaliação de indicadores do projeto para tomada de decisões. A população alvo consistiu de 80 alunos; os indicadores foram positivos no desenvolvimento das atividades educativas com os escolares, assim como a aprendizagem das acadêmicas em trabalhar esses temas, com a população infantil.

**Palavras-chave:** saúde; educação; crianças.

## 1º CURSO BÁSICO DE CAPACITAÇÃO EM MEDITAÇÃO NA SES/DF<sup>66</sup>

Ana Beatriz Duarte Vieira<sup>1</sup>; Marly Aparecida Simões e Silva<sup>2</sup>.

### INTRODUÇÃO

No período de agosto de 2010 a junho de 2011 a Coordenação da Meditação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito (SES/DF) realizou o 1º Curso Básico em Meditação. Este curso buscou capacitar os profissionais que são facilitadores das Práticas Integrativas de Saúde (PIS)<sup>1</sup> entendendo-se que, por meio desse grupo, privilegia-se duas importantes vertentes para a produção da saúde que são os trabalhadores e os usuários da rede pública de atenção à saúde do DF.

A Coordenação da Meditação foi criada após a finalização do projeto piloto “*Encontros por meio da Meditação*”<sup>2</sup> realizado entre 2003 a 2005, pelo Grupo de Trabalho em Humanização do Hospital de Apoio de Brasília em parceria com o então Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI), atual Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS), com apoio da Organização Panamericana de Saúde e condução realizada por um psicólogo<sup>3</sup>. O grupo passou a desenvolver a vertente “*Cuidando do Cuidador*” por detectar a necessidade de incentivo à prática de autocuidado entre estes profissionais de saúde<sup>2, 4</sup>. Muitas oficinas e vivências de sensibilização meditativas foram realizadas pela Coordenação da Meditação no período de quatro anos, que antecedeu ao 1º Curso de Capacitação (2010/2011).

O estímulo para o equilíbrio da saúde integral e a revitalização das fontes internas de energia foi fundamental para que os profissionais de saúde pudessem manejar melhor suas relações de cuidado com o outro e com seus ambientes de trabalho<sup>2, 5, 6</sup>. Desta forma, surgiu a necessidade de integrar a prática meditativa nas atividades de saúde desenvolvidas com os usuários do SUS/DF.

Isso contribuiu para que esta tecnologia em saúde fosse cada vez mais solicitada pelos facilitadores das PIS, numa busca por meios eficientes e de baixo custo, para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários, tendo em vista que respeitam os princípios da integralidade do sujeito, compreendendo-o nas suas múltiplas dimensões - mente, corpo, emoções - e nas suas inter-relações - pessoal, social, ambiental - que permeiam a sustentabilidade da saúde e da vida.

### OBJETIVOS

---

<sup>66</sup> Ana Beatriz Duarte Vieira (Enfermeira. Coordenadora Técnica da Meditação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal)

<sup>2</sup> Marly Aparecida Simões e Silva ( Médica.Especialização em Acupuntura e Pediatria Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal)

Geral: Divulgar o perfil dos participantes do 1º Curso Básico de Capacitação em Meditação promovido pela SES-DF

Específicos: apresentar os critérios de seleção do público alvo para a participação no curso; as informações sobre a adesão ao curso e o compromisso dos participantes na difusão da prática meditativa junto aos usuários do SUS.

## MATERIAL E MÉTODO

A seleção entre os facilitadores das Práticas Integrativas em Saúde contemplou aqueles que já trabalham com a prática corporal - automassagem, liang gong em 18 terapias e tai chi chuan, considerando como fundamental para atender a uma das oito premissas básicas previstas no curso, que é o movimento corporal com consciência. Para atender aos critérios de inclusão foi realizada uma autoavaliação dos participantes sobre a intenção de incluir a prática da meditação em sua vida pessoal; o compromisso de oferecer esta prática para os usuários do SUS/DF; a previsão de não aposentaria nos próximos dois anos de vida profissional. O curso foi realizado em dois módulos, sensibilização e aperfeiçoamento, respectivamente, com aulas teóricas e práticas vivenciais, que foram subsidiadas por referencial didático-pedagógico, dinâmicas de grupo e integração com unidades que desenvolvem educação ambiental - Escola da Natureza / Secretaria de Educação do DF e Unidade de Conservação Ambiental Estação Ecológica de Águas Emendadas/Secretaria de Desenvolvimento Urbano e do Meio Ambiente. Para o monitoramento e avaliação da implantação das ações nas unidades de saúde, programou-se o ano de 2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos participantes apontou para uma maioria de servidores da SES/DF, que são facilitadores de práticas corporais por um tempo mínimo de 3 meses a 20 anos e que não tinham previsão de aposentadoria dentro do que foi especificado como critério de inclusão. A maioria não tinha formação em meditação, embora já tivessem vivenciado experiências com a prática, conforme Figuras de 1 a 6.

### Figuras 1 a 4 – Apresentação do Público Alvo

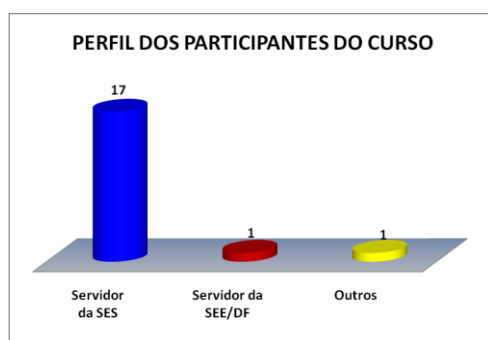


Figura 1- Instituição de origem

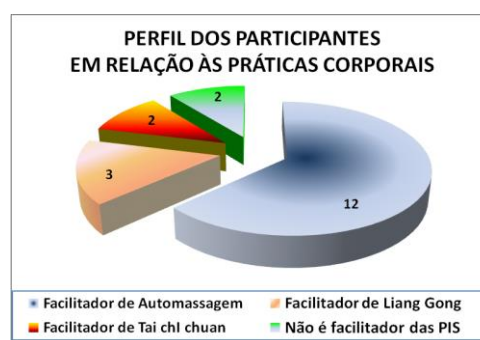


Figura 2 – Facilitador de outras práticas





Figura 3 - Tempo como facilitador de outra prática    Figura 4 -Previsão de aposentadoria

### Figuras 5 e 6 – Informações dos participantes sobre a Prática da Meditação



Figura 5 – Formação em meditação

Figura 6 – Experiência com meditação

Das 20 (vinte) vagas ofertadas para os facilitadores das PIS, 18 (dezoito) foram preenchidas, envolvendo 5 Regiões, 9 Regionais e 16 Unidades de Saúde, com 90% de aproveitamento das vagas. Outras 5 (cinco) vagas foram previstas para instituições que trabalham com a promoção da cultura da paz e da educação ambiental, cujo preenchimento foi de apenas 1 (uma) vaga, pela Secretaria de Educação (SEE), com 20% de aproveitamento destas vagas, conforme especifica o Quadro 1.

Quadro 1- Distribuição de vagas ofertadas e preenchidas

Regional/Unidade	Vagas ofertadas	Número de inscritos	Aproveitamento(%)
SES-DF	20	18	90%
Instituições Externas	5	1	20%

Dos 19 participantes que iniciaram o Módulo I do curso, cujo conteúdo programático foi a sensibilização para a prática da Meditação, 100% finalizou. Dos 17 participantes que continuaram no Módulo II, cujo conteúdo programático foi a revisão e treino com vistas à inserção dessa prática junto aos usuários do SUS/DF,

100% finalizou, percebendo-se uma ótima adesão ao curso, em ambas as fases, apresentada no Quadro 2.

**Quadro 2- Adesão ao Curso**

Relação	Quantidade	Percentual
Inscritos no Módulo I	19	100%
Participantes que finalizaram o Módulo I	19	100%
Inscritos no Módulo II	17	100%
Participantes que finalizaram o Módulo II	17	100%

O monitoramento e avaliação da inserção dessa prática nas unidades de saúde da SES/DF, indicou que sete facilitadores estão desenvolvendo a prática de uma até três vezes por semana junto aos usuários em suas unidades de saúde, sempre após encerrarem uma prática corporal - automassagem ou lian gong em 18 terapias ou tai chi chuan -, dois relataram que desenvolvem a prática junto aos profissionais de saúde em seus setores de trabalho, já outros dois integram a prática em atividades do programa do tabagismo, grupo de apoio à mulheres e setor de internação de alto risco, como também em eventos pontuais de educação em saúde. Os demais estão impossibilitados em implantar a meditação na sua unidade de saúde, devido afastamento da função por licenças previstas em lei ou por falta de apoio da gestão. A estatística anual da prática de meditação (2012) apontou o desenvolvimento desta prática em 11 pontos de atenção da SES/DF com uma oferta que atendeu um total de 7115 usuários distribuídos em 509 grupos.

## **CONCLUSÃO** *Pela reconstrução do modelo de cuidado*

Conclui-se que esta formação propiciou uma maior instrumentalização e compromisso dos facilitadores, para inclusão, aprofundamento, difusão e o fortalecimento da prática da meditação nas unidades de saúde. Pode-se inferir que esta prática, embora permeie as outras PIS, é de relevância por privilegiar o autocuidado, tanto dos usuários quanto dos profissionais, no caminho da promoção de sua saúde. Esta capacitação oportunizou a institucionalização da meditação na rede pública de atenção à saúde da SES/DF.

## **REFERÊNCIAS**

- DISTRITO FEDERAL, Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração. Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração NUMENATI/SES. Brasília, 2005.
- SILVA, Marly. A. S., PULSCHEN, Anelise. C., RAMOS, Verônica S. C., SILVA, Maria Angela, COSTA, Marisa. P., EVANGELISTA, Ozélia. P. *Meditação com Profissionais de Saúde – Cuidando do Cuidador*. Projeto do GT de Humanização do Hospital de Apoio de Brasília e NUMENATI, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: Brasília, 2003.

MANIGLIA, N. Miguel - Meditação Aplicada à Rearquitetura do Eu - Prática de Aprendizagem Vivencial e Neuróbica. Mimeo, 2004.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte ; ALVES, Elíoenai Dornelles. Pensando o cuidar/cuidador em saúde: reflexões para o (re)pensar as práticas dos profissionais de saúde. Rev.Participação. Decanato de Extensão da Universidade de Brasília, Brasília, v. 12, p. 71-80, 2003.

MUROFUSE, Neide T.; ABRANCHES, Sueli S.; NAPOLEÃO, Anamaria A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. Vol 13(2): 255-61, 2005.

TUCUNDUVA, Luciana T.Melo. et al. A Síndrome da Estafa Profissional em Médicos Cancerologistas. Rev. Assoc Med Bras. Vol 52: 108-12,2006.

## SENTINDO A SAÚDE MENTAL NA PELE: UM DUETO MUSICOEXPERIENCIAL NO CAPS VIDA NOVA

Herberth Mascarenhas da Silva<sup>67</sup>; Priscila Lima de Oliveira<sup>68</sup>.

### INTRODUÇÃO

Quando um recém-formado ou um profissional experiente em outra área de atuação está diante de um serviço de saúde mental pela primeira vez, torna-se um desafio pensar estratégias de ação diante das diversas demandas que emergem na prática. Surge nesse contexto a oportunidade de aprender novas habilidades em um cenário desconhecido e o primeiro passo é ter abertura para perceber um novo mundo singular e complexo.

Singular devido sua característica única de existir e mostrar-se e complexo não no sentido de complicado, mas no sentido de cheio de variáveis e partes (plexos), logo complexo é tratado aqui como um conjunto de partes que forma um todo, ou seja, só é possível compreender os aspectos da saúde mental na prática de forma holística, levando em conta os fatores biopsicossociais que constituem o humano (RIBEIRO, 1985).

Através da oficina de musicoterapia foi possível perceber que os usuários do serviço estavam sendo mobilizados de alguma forma ao cantarem as canções que

---

<sup>67</sup> Herberth Mascarenhas da Silva (Secretaria Municipal de Saúde/Psicólogo do CAPS Vida Nova – Campo Formoso-BA);

<sup>68</sup> Priscila Lima de Oliveira (Secretaria Municipal de Saúde Enfermeira do CAPS Vida Nova – Campo Formoso-BA).

eles mesmos propunham. A musicoterapia: “É um campo da ciência que estuda o ser humano, suas manifestações sonoras e os fenômenos que decorrerem da interação entre as pessoas e a música, o som e seus elementos” (CUNHA; VOLPI, 2008, p.86).

O lugar que provocou inquietações para a construção desse relato de experiência foi o CAPS Vida Nova, localizado em Campo Formoso-BA. Considerando que se passaram somente quatro anos desde sua inauguração, a questão tempo de serviço ocasiona diversos desafios nas escolhas e metodologias de intervenção, sendo que essas escolhas metodológicas são experimentais para que se possa conhecer como os usuários reagem diante das propostas estruturadas. Às vezes experimentar é a melhor das opções até que se acerte na alternativa, afinal como dizem: “não existe receita de bolo” quando lidamos com o comportamento humano.

## **OBJETIVO**

O presente trabalho tem como objetivo mostrar as inquietações iniciais dos profissionais que obtiveram o primeiro contato com o serviço de atenção psicossocial e utilizaram como ferramenta interventiva a musicoterapia e sua capacidade de transformação terapêutica. A música possibilita a capacidade de sentir as mudanças ambientais e subjetivas no contexto do próprio transtorno mental.

A diluição dessa experiência traz consigo o sentir na pele, o vislumbrar das situações com propriedade, uma vez que, quando se está em evidência aquilo que realmente se viveu surge a autenticidade, e ser autêntico está relacionando ao sentir, ao sentido, bem como ao significado experiencial.

## **MÉTODO**

Para a realização da oficina de musicoterapia foi utilizado como meio de organização uma roda no arborizado da instituição, um lugar sombreado e arejado que possibilita a sensação de contato com a natureza. Os instrumentos utilizados foram dois violões, dois timbales e um pandeiro. Sendo que os instrumentos circulavam pelos usuários e cada um tinha o direito de escolher as canções que gostaria de ouvir ou cantar.

## **RESULTADOS**

Um provérbio chinês diz que: “toda jornada começa pelo primeiro passo”, nossos passos iniciais foram acontecendo em um ritmo perceptivo variado, pois havia dias em que existia um sentimento limitante, de que era preciso estudar mais sobre a dinâmica do serviço, em outros momentos emergia a vontade de enfrentar as novas situações seguindo estratégias que já havíamos usado em outras ocasiões interventivas e ao final avaliarmos como desempenhamos o trabalho.

Percebemos que ao exercermos as ações com disponibilidade para apreendermos (prender a experiência, torná-la própria), acabamos transformando a vivência em conhecimento, esse produto final é de suma importância para a

construção da autoconfiança, influenciando diretamente nas formas de atuação com as demandas do serviço.

Nesse momento a transição dos primeiros passos começou a mudar para um segundo estágio direcionado a autonomia, surgiu então uma evolução no saber-fazer profissional. Através da música nossa intervenção começou a fazer efeito na memória dos pacientes, pois esses rememoravam por meio das canções: as festas que frequentavam, as emoções e sentimentos que a canção traz consigo, os episódios ocorridos no ano em que a musica fazia sucesso e outros eventos cronológicos sentimentais.

A troca de experiências foi algo que marcou as oficinas de musicoterapia, quando os participantes se olhavam era nítido enxergar que existia naquele momento um compartilhamento de uma situação comum, que apesar de cada usuário sentir de uma forma os sons, os timbres, a melodia e a letra, algo muito precioso e íntimo era compartilhado. Segundo Silva e Moraes, eventos musicais fazem “conviver, misturar-se, confundir-se heterogeneamente e descobrir diferenças antes impensadas” (SILVA; MORAIS, 2007, p. 141).

Ao trabalharmos com os usuários o que a música causava neles, acabamos provocando lembranças, trouxemos a tona até a capacidade de lembrar o quanto são felizes, ao perceberem que são pessoas sensíveis e que a vida pulsa a cada batida do pandeiro, esse foi o maior resultado, ver o sorriso estampado no rosto de cada integrante da musicoterapia, sentir o prazer que a música dá na vida de quem se deixar atingir por ela.

## CONCLUSÃO

Compreendemos que o trabalho em saúde mental é dinâmico, não é enfadonho, nos provocando sempre pensar no novo, na novidade para que o trabalho seja significativo e ocasione mudanças. Foi dessa forma que a musicoterapia surgiu na nossa prática, sendo utilizada como uma ferramenta interventiva complementar para o processo terapêutico dos usuários, superando as expectativas com sua potencialidade transformadora.

## REFERÊNCIAS

- CUNHA, Rosemyrian; VOLPI, Sheila. *A prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação*. R.cient./FAP, Curitiba, v.3, p.85-97, 2008.
- RIBEIRO, J. P. *Gestalt Terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus, 1985.
- SILVA, Raquel Siqueira; MORAES, Márcia. *Musicoterapia e saúde mental: relato de uma experimentação rizomática*. Rev. Psico, Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, v.38, nº 2, p. 139-147, maio/ago, 2007.

## HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: A BRINQUEDOTECA

**Evellyne Augusto Melo** (ASCES, discente);

**Eduarda Augusto Melo** (Tecnovida, Enfermeira);

**Nayale Lucinda Andrade Albuquerque** (ASCES, docente).

### INTRODUÇÃO

A brinquedoteca surgiu no século XX e constitui-se num espaço que ajuda o ato de brincar, pela existência de um conjunto de brinquedos e jogos, dispostos num ambiente alegre, agradável e colorido, que garante a ludicidade da criança. É um espaço que convida a criança a explorar, sentir e experimentar. Por tratar-se de um ambiente destinado a estimular a criatividade, deve ser preparado de forma original, com espaços que incentivem a brincadeira do “faz de conta”, a dramatização, a construção, a solução de problemas, a sociabilização e a vontade de inventar. O ato de brincar atende uma parte importante das necessidades da criança hospitalizada, promovendo e facilitando a interação grupal e permitindo a criança aprender como enfrentar suas emoções, por meio da interação com outras pessoas. O brinquedo tem sido tradicionalmente utilizado no hospital com objetivo terapêutico, no atendimento individualizado ou de grupos, tornando menor a ansiedade e o medo da criança, decorrentes das condições geradas pela doença, pelo tratamento, e por outras experiências de sofrimento, vivenciadas durante a hospitalização. A brinquedoteca visa proporcionar a criança um ambiente mais agradável e prazeroso, onde a criança possa encontrar distração, alegria, satisfação e oportunidade de brincar dentro do ambiente hospitalar, pois mesmo estando em tratamento de saúde, a criança não deixa de desejar coisas de criança, como brincar e se divertir. E é nesse ponto que a brinquedoteca é essencial no tratamento da doença, pois os estímulos do ambiente lúdico da mesma auxiliam na recuperação da criança preparando de maneira mais adequada o seu regresso ao ambiente familiar. A implantação da brinquedoteca é um direito da criança de acordo com a Lei 11.104 de 21/03/2005 que garante que a presença das brinquedotecas em todas as unidades seja ela pública ou privada. Poderá ser implantada ainda em unidades ambulatoriais, unidades de saúde da família, clínica e ambiente hospitalar.

### OBJETIVO

Responder como promover a humanização na assistência de enfermagem? Descrever sobre as implicações da utilização da brinquedoteca na assistência a criança hospitalizada.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de artigos, onde a pesquisa foi levantada através da base de dados LILACS e SCIELO da BIREME. A inclusão dos artigos se deu através de critérios como: artigos de revistas, texto completo, publicação em português entre os anos de 2006 a 2011. A partir do cruzamento dos três descritores foram encontrados 78 artigos, foram excluídos 52 artigos por não serem textos

completos, e por não terem sido publicados nos anos escolhidos, ao final foram escolhidos 26 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O brincar é um fenômeno natural e universal do homem, e acompanha-o em sua evolução histórica e atual. São inúmeras as atividades e brincadeiras que podem ser utilizadas com função terapêutica, uma delas é utilizar os próprios objetos médicos, que quando manipulados, deixam de ser assustadores e passam a ser brinquedos. Com eles, a criança pode brincar de médica, expressando assim seu medo e ansiedade. O momento em que a criança e o adolescente e encontra-se hospitalizado pode se tornar uma experiência traumática, para ela como também para seus familiares. As mudanças no papel desempenhado pelos pais, a saída de casa para um ambiente estranho, um maior grau de dependência por parte da criança hospitalizada, principalmente pela mãe; surgimento do sentimento de ansiedade e culpa na família, são fatores que contribuem para um momento bastante estressante para ambos. O valor dessa atividade no desenvolvimento da criança tem sido cada vez maior. A brinquedoteca tem alguns objetivos como aproximar a criança da equipe de saúde, adaptá-la para o regresso ao ambiente familiar, desestruturar a ideia de que hospital é lugar somente de sofrimento e dor, humanizar o atendimento a criança e outros. O profissional enfermeiro deve desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem, utilizando como instrumento de intervenção o brinquedo, conhecendo suas características e funções, proporcionando um contato mais agradável ao paciente/criança diferente dos procedimentos desagradáveis e dolorosos que são constantemente realizados com este indivíduo. Esse brinquedo tem como uma das funções aliviar ansiedades da criança de diversas formas. O comportamento da criança com o ato de brincar se altera conforme algumas características tanto da idade como da atividade que desenvolve a brincadeira ou a própria finalidade do brincar. Quanto à participação da criança na brincadeira levando-se em conta sua idade, conseguimos observar que ela pode chegar a ser simplesmente observadora da brincadeira sem realmente interagir com ela; pode brincar isoladamente sozinha, centralizando o interesse da brincadeira em sua própria atividade; pode também brincar ao lado de outras crianças em interação ou com interação, estabelecendo-se um contágio comportamental com outras crianças; e por fim fazer com outras crianças brincadeiras mais elaboradas com planejamento anterior e regras falíveis, dramatizar situações e interagir de forma mais intensa na brincadeira. Já quanto às atividades desenvolvidas durante a brincadeira podem dividi-las em motora, que o participante brinca através de estímulos dos movimentos do corpo e libera o excesso de energia como: correr, saltar, andar de bicicleta, etc; e simbólica que a criança brinca de interpretar papéis de faz de conta, quando assume um personagem e se comporta como ele; com a finalidade da brincadeira podemos notar sendo ela recreativa quando o prazer obtido pelo meio do simples brincar; estimuladora quando o brinquedo é o desenvolvidor sensorio motor, intelectual e social, que estimula sua criatividade de forma natural; e por fim a socializadora que vem das relações sociais do ato de brincar com outras crianças aceitando os padrões de comportamento de certo e errado da sociedade. Com relação aos brinquedos que deverão compor essa brinquedoteca será necessário considerar brinquedos com qualidades fundamentais para o desenvolvimento das crianças que devem ter valor

funcional, experimental, estruturação e de relação. Lembrando que deve conter atrativos de diferentes faixas etárias. Para a sessão com o brinquedo terapêutico é necessário que seja seguida uma técnica que se inicia convidando a criança a participar da brincadeira, respeitando sua recusa; estabelece-se o tempo e o tipo de brinquedo a ser usado, avisando a criança quando estiver próximo de concluir o intervalo dado pelo profissional; não se deve interromper ou agilizar a sessão; observar e anotar os comportamentos expressados pela criança, com a finalidade de após a sessão o profissional possa estudar cuidadosamente os achados; a participação do familiar, adulto fica a escolha da criança.

## CONCLUSÃO

Com a intenção de aproximar a criança da equipe de saúde e mantê-lo motivado neste ambiente, deve se utilizar recursos que diversifiquem a prática, buscando tornar o ambiente hospitalar acolhedor, divertido, descontraído, propiciando o momento de internamento mais dinâmico, criando um vínculo de aproximação/união entre a equipe de enfermagem e a criança. A Brinquedoteca está totalmente entrelaçada com a enfermagem, assegurando que o brincar representa um espaço para a elaboração de vivências da criança doente, garantindo a melhoria da qualidade de vida durante a hospitalização, dando-lhe maiores possibilidades de recuperação, refletindo no psicológico, beneficiando profissionais e familiares, traz a convicção da importância do ato de brincar, que deve ser valorizado por se constituir num instrumento de humanização a internação pediátrica e contribuir para assim agilizar o tratamento da criança. Nesse processo, é importante a presença e participação dos pais, pois ajudará positivamente sobre o bem estar físico, psicológico e social da criança reduzindo o estresse. Salientamos ainda a necessidade de existir nos hospitais, profissionais especializados, para intervir no tratamento da criança por meio da brinquedoteca.

## REFERÊNCIAS

- Brito TRP, Resck ZMR, Moreira DS, Marques SM. **As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica.** Esc Anna Nery RevEnferm 2009 out-dez; 13(4): 802-08.
- Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. **Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2008 mar; 29(1):39-46.
- Jansen MF, Santos RM, Favero L. **Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun; 31(2):247-53.
- Almeida FA, Sabatés L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital.** Editora Manolé 2008.
- Carvalho AM, Begnis JG. **Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas.** Psicologia em estudo. vol.11 no.1 Maringá Jan./Apr. 2006.
- Paula EM, Angeli T. UEPG. **Educação popular em um brinquedoteca hospitalar: humanizando relações e construindo cidadania.** GT 2006: Educação Popular.



Leite TMC, Shimo AKK. **Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando?** Rev Esc Enferm USP, 2008; 42 (2): 389-95.

Jansen MF, Santos RM, Favero L. **Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):247-53.

Brasil: câmara dos deputados (2005). **Brinquedoteca: um direito das crianças: lei nº 11.104.** Brasília: 2005. Recuperado em 15 de maio, 2006, Disponível no endereço: [http://www.abrinquedoteca.com.br/artigos\\_integra2.asp?op=1&id=3](http://www.abrinquedoteca.com.br/artigos_integra2.asp?op=1&id=3).

Carmo A. **A brinquedoteca hospitalar: uma intervenção positiva para criança hospitalizada [Monografia na internet].** São Paulo: 2008.

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO SUS-DF

**Ozélia P Evangelista** (Médica Homeopata, Gerente de Práticas Integrativas em Saúde SES/DF)

**Introdução** - O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, tendo, ao mesmo tempo, que enfrentar o fenômeno da transição epidemiológica, representado, sobretudo, pelo aumento da incidência das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada e pelo forte crescimento das causas externas, fruto do incremento das violências. Nesse cenário, a expansão das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) no SUS ganha relevância pelo papel que as PIS podem desempenhar no enfrentamento desses problemas, ademais podem tornar o sistema mais equânime, universal e humano.

O Distrito Federal (DF) é uma das Unidades Federadas pioneira na inserção das PIS no serviço público de saúde, iniciada desde 1986. Apesar disso, sua oferta no SUS-DF é bastante limitada e tem se caracterizado pela baixa cobertura e grande fragilidade institucional.

**Objetivo** - Analisar a efetividade das estratégias adotadas de expansão das PIS no SUS-DF no transcorrer de 2012.

**Método** - Foram utilizados nessa análise os seguintes documentos: a) plano de ação/2012; b) registros das reuniões; c) relatórios trimestrais de atividades da GERPIS e; d) relatórios de produção de PIS.

**Resultados** - 49% das Unidades de Saúde do SUS-DF ofertando PIS, em dezembro de 2012.

## Realização:



WWW.CURADORES.COM.BR



## Apoio:

Ministério da Saúde

Ministério da Educação



## Parceiros:



PRÓ-SAÚDE  
PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

