



**TRABALHOS CIENTÍFICOS APRESENTADOS**





Revista Científica da Escola de Saúde Pública "Cândido Santiago"



**TRABALHOS CIENTÍFICOS APRESENTADOS**

A Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago” - RESAP é um periódico de acesso livre e gratuito, publicado quadrimestralmente pela Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago" - ESAP/Goiás (Brasil), apenas na versão eletrônica disponível pelo endereço <http://www.resap.net.br>.

Tem como missão disseminar o conhecimento científico, revisto por pares, desenvolvido por pesquisadores e trabalhadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde Pública, Saúde Coletiva, Educação em Saúde e Gestão em Saúde.

Os manuscritos, escritos em português, inglês ou espanhol e submetidos para análise, devem ser originais e não ter sido previamente publicados ou submetidos a outros periódicos.

#### **RESAP volume 4, número 1, suplemento 3 – 2018.**

##### **Conselho Editorial:**

Dra	Alessandra Marques Cardoso	SEST-SUS/SES-GO; PUC-GO
Dr	Allan Claudius Queiroz Barbosa	ISEG-UL; FEA-USP
Dr	Alexandre Vieira Santos Moraes	HC/UFG
Dra	Ana Cristina Souto	ISC/UFBA
Dra	Caritas Marquez Franco	HGG/SES-GO; PUC-GO; SMS-GO
Dra	Cejane Oliveira Martins	UEG; PUC-GO
Dr	Eronildo Felisberto	IMIP
Dra	Gabrielly Craveiro Ramos	PUC-GO
Dra	Glaucimeire Marquez Franco	SEST-SUS/SES-GO
Dr	José de Arimatea Cunha Filho	GGP/SGPF//SES-GO; FUG
Dra	Karen Michel Esber	SEST-SUS/SES-GO
Dra	Larissa Silva Barbosa	HUGO/SES-GO; PUC-GO
Dra	Lígia Bahia	UFRJ
Dra	Maria Madalena Del Duqui Lemes	PUC-GO
Dra	Maysa Ferreira Martins Ribeiro	PUC-GO; UEG
Dra	Rafaela Julia Batista Veronezi	SEST-SUS/SES-GO
Dra	Renata de Bastos Ascenção Soares	HDT/SES-GO; PUC-GO
Dr	Renato Alves Sandoval	GGP/SGPF/SES-GO; PUC-GO
Dra	Ruth Losada de Menezes	UnB
Dra	Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis	SMS-GO; UniEVANGÉLICA
Dr	Tadeu João Ribeiro Baptista	UFG
Dr	Walter Ferreira de Oliveira	UFSC

##### **Corpo Editorial:**

Me.	Aurélio de Melo Barbosa	Editor Chefe
Sra.	Walquiria Cursino de Oliveira	Editora Executiva
Esp.	Wusula Francisca de Sousa Pitarelli	Editora Associada

RESAP. Rua 26, n. 521, Jardim Santo Antônio, Goiânia-GO. CEP: 74853-070.

Tel: (62) 3201-3616. E-mail: [resap@saude.go.gov.br](mailto:resap@saude.go.gov.br).

Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago /  
Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago. v. 4, n. 1, supl. 3,  
2018.

Goiânia: ESAP-GO, 2018.

Quadrimestral.

ISSN 2447-3406

1. Saúde pública – Goiás



## SUMÁRIO

1º seminário de pesquisa qualitativa em saúde coletiva de goiás [editorial].....	1
Ações de cuidado e prevenção ao suicídio em indígenas desenvolvidas no centro de atenção psicossocial – caps novo mundo/goiânia em parceria com o distrito sanitário especial indígena araguaia numa perspectiva intercultural.....	3
Avaliação dos processos de trabalho dos profissionais de um centro de atenção psicossocial .....	9
Conhecimento dos enfermeiros da saúde da família sobre a política nacional de promoção da saúde.....	15
Cuidadoras de idosos dependentes.....	17
Facilidades e dificuldades nas ações de educação em saúde para o idoso na atenção básica .....	19
Protocolo para processamento de endoscópios flexíveis: qualificando a prática clínica.....	27
Representações sociais de estudantes e professores universitários no contexto das ações afirmativas no ensino superior .....	31
Sentido da dor e sofrimento para o adoecido a partir de suas experiências de vida .....	33
A aplicabilidade da pesquisa participante baseada na comunidade para a promoção da saúde do cuidador informal de idoso.....	43
Articulação entre nutricionistas do núcleo de apoio à saúde da família e equipes saúde da família na atenção básica à saúde .....	47





## **1º SEMINÁRIO DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE COLETIVA DE GOIÁS [EDITORIAL]**

**OLIVEIRA**, Ellen Synthia Fernandes de<sup>1</sup>

1. Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas, Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Pró-reitora de Pós Graduação, Universidade Federal de Goiás, presidente do evento.

Esta edição reúne estudos e projetos de pesquisa, apresentados no 1º Seminário de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva de Goiás, realizado no dia 29 de junho de 2018, na Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago, em Goiânia, Goiás, Brasil. Eleitos para aprofundamento e com temáticas distintas, porém conectados pelo desenvolvimento de técnicas de coleta e análise de dados que conformam a experiência da pesquisa qualitativa em saúde coletiva, tema tão precioso, importante e ainda controverso.

O 1º Seminário de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva de Goiás propôs o debate sobre as abordagens da pesquisa qualitativa na prática profissional nos serviços de saúde do Estado de Goiás. Reforçando, portanto, a inserção social das pesquisas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS. Um espaço para troca de saberes e reflexões sobre a aplicabilidade das pesquisas nos serviços de saúde. Discutiu-se sobre os princípios metodológicos, métodos de análise qualitativa e a aplicação de Projetos de Intervenção na área de Saúde Coletiva. Além de trazer para o debate uma reflexão sobre a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva com a palestra do prof. Dr. Nelson Filice de Barros da Universidade Estadual de Campinas-SP, Brasil. O público alvo foi composto por pesquisadores, docentes, discentes e egressos de programas de pós-graduação na área de saúde coletiva e demais profissionais e gestores de saúde da Rede Estadual e Municipal de Saúde de Goiás.

Alguns estudos aqui desenvolvidos nessa edição recobrem os mais diferentes aspectos e etapas de questões consideradas problemas de saúde pública. Como o primeiro estudo que discute a importância da aplicabilidade da pesquisa participante baseada na comunidade para a promoção da saúde do cuidador informal de idoso. Ou ainda, nos dois estudos seguintes que abordam a importância dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS): um que propõe descrever as ações de cuidado e prevenção em saúde mental voltada para o suicídio em indígenas do Distrito Sanitário Indígena Araguaia e o outro em problematizar os processos de trabalho dos profissionais, revelando seus fatores intervenientes, e ações para a melhoria das práticas dos profissionais no contexto da saúde mental.

Logo nos é permitido conferir nos próximos artigos o importante papel dos profissionais de



saúde. Como o papel do nutricionista na articulação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com as equipes da Estratégia Saúde da Família na Região de Saúde Centro-Sul, Goiás. Ou o papel dos enfermeiros da Saúde da Família de um município de grande porte no estado de Goiás sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. E também como agente de apoio no processo de cuidar do cuidador, minimizando assim o enfoque sobre esta atividade que muitas vezes é interpretada apenas com aspectos negativos, visando promover a satisfação e melhora da qualidade de vida em ambos, tanto no idoso quanto no cuidador. Para além desse papel, profissionais de saúde, por meio de uma sistematização de revisão da literatura, propõem um protocolo para processamento de endoscópios flexíveis, em busca da segurança para boas práticas nos serviços de endoscopia relacionada à prevenção e controle de infecções, constituindo assim uma estratégia relevante para o desenvolvimento de práticas em saúde seguras e consequente ampliação da qualidade no uso de tecnologias em saúde.

Por outro lado, outros trabalhos aprofundam aspectos subjetivos da educação. Um dos estudos, os pesquisadores procuram analisar as facilidades e dificuldades na realização de ações de educação em saúde desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde do idoso e no outro estudo, identificar as representações sociais de estudantes cotistas, não cotistas e professores do curso de Nutrição da Universidade Federal de Goiás no contexto das Ações Afirmativas no ensino superior. No artigo a seguir deparamos com pesquisadores que propõem discutir a Teoria Fundamentada em Dados como estratégia metodológica de enfoque qualitativo, utilizada para avaliar as práticas educativas de nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

A metodologia qualitativa permite ao pesquisador adentrar ao pensamento e às significações do fenômeno, por dar voz ao sujeito. No último artigo, dessa edição especial do nosso Seminário de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva de Goiás, a pesquisa intitulada "Sentido da dor e sofrimento para o adoecido a partir de suas experiências de vida" os autores procuram descrever o significado essencial do fenômeno: como sujeitos adoecidos percebem a si e a doença em si no seu cotidiano; qual o sentido da dor e do sofrimento de sujeitos em adoecimento a partir de suas experiências vividas.

Evidenciar a importância da pesquisa qualitativa na elaboração desta edição, de modo a enfatizar achados consistentes que contribuam com o avanço do conhecimento científico, neste caso, na área de Saúde Coletiva, é sem dúvida o nosso maior objetivo.



## **AÇÕES DE CUIDADO E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO EM INDÍGENAS DESENVOLVIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS NOVO MUNDO/GOIÂNIA EM PARCERIA COM O DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ARAGUAIA NUMA PERSPECTIVA INTERCULTURAL**

**ALMEIDA, Milena Nunes<sup>1</sup>**

**CAIXETA, Camila Cardoso<sup>2</sup>**

1. Gerência de Programas Especiais da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Psicóloga da Coordenação de Equidade em Saúde.
2. Docente da Universidade Federal de Enfermagem de Goiás.

### **1 CONTEXTO TEÓRICO**

A Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas instituída pela portaria GM 2.759 de 25 de outubro de 2007 orienta o desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental considerando as especificidades culturais e a concepção do processo saúde doença viabilizando a construção coletiva e democrática dos cuidados aos agravos existentes integrando os saberes indígenas aos saberes técnico-científicos (BRASIL, 2007).

Na possibilidade de garantir os cuidados a essa população, no âmbito federal foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em 2010 pelo Ministério da Saúde, que tem a função de coordenar e executar o cuidado em saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecendo a critérios territoriais onde estão localizadas aldeias indígenas (BRASIL, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial -RAPS , instituída pela portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 tem a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental para o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como um de seus objetivos promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) além da promoção da equidade e reconhecimento dos determinantes sociais de saúde ,diversificação das estratégias de cuidado e ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.



Os Centros de Atenção Psicossocial –CAPS são pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial –RAPS responsáveis pelo tratamento especializado de pessoas com transtornos mentais graves e/ou do consumo prejudicial de álcool e outras drogas que necessitam de um cuidado intensivo, personalizado numa lógica de cuidado de base comunitária que atuam numa perspectiva territorial sendo estes responsáveis também por oferecer cuidado à população indígena. (BRASIL,2004).

No que tange as demandas dessa população, estudos antropológicos como o de Torres (2012) e Oliveira (2013) apontam o consumo de bebidas alcoólicas e mortes por suicídio como problemas de saúde mental crescente nas comunidades indígenas e ressaltam o fato do contato dos povos indígenas com as cidades próximas às suas aldeias como desencadeador de diversas mudanças socioculturais gerando conflitos e favorecendo tais agravos nas comunidades indígenas. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Assistência à Saúde Indígena (SASI) - Relatório da Situação da Saúde Mental nas Comunidades Karajá – DSEI Araguaia 2012- apontam que entre 2006 e 2011 os casos de suicídio entre os Karajás aumentou consideravelmente sendo na sua maioria por enforcamento.

A incidência de óbitos por suicídio em povos indígenas chega a ser 12 vezes maior que a média nacional em certas regiões do país como na região do Amazonas e Mato Grosso do Sul. Em comparação com a taxa nacional geral de 5,3 em 2012 verifica-se que este agravo é cinco vezes mais incidente na população indígena (WAISELFISZ, 2014). O uso abusivo do álcool em algumas comunidades Karajá vem aumentando há algum tempo, porém não há registro de dados epidemiológicos para o consumo abusivo e dependência de álcool nas populações indígenas, mas trata-se de uma situação comumente observada no cotidiano das aldeias pelos profissionais de saúde (NÓBREGA; REIS, 2012).

Tendo em vista este cenário, o conceito ocidental de saúde mental vinculado à subjetividade individual quando pensado no contexto indígena precisa ser revisto, uma vez que na sociedade indígena a dimensão coletiva e social é a que prevalece sendo que os determinantes culturais e sociais funcionam como um organizador das práticas de cuidado do corpo e do espírito (OLIVEIRA, 2013). O saber e as práticas de cuidado de cada povo e comunidade assim como já é destacado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) deve caminhar



ao lado da medicina tradicional sendo esta complementar ao saber e práticas rituais, de pajés, raízeiros e rezadeiras próprios do sistema cosmológico de cada comunidade (BRASIL, 2002).

A complexidade das redes de relações envolvendo índios e não índios são focos centrais para a discussão coletiva, relações estas marcadas por violação de direitos, e de relações coloniais que provocaram grandes transformações na organização social das populações nativas fazendo emergir diversos problemas associados à saúde mental como o uso abusivo de álcool, aumento das taxas de suicídio e situações de violência.

Considerando o trabalho já realizado no Centro de Atenção Psicossocial –CAPS Novo Mundo de Goiânia, Coordenação de Equidade em Saúde e Gerência de Saúde Mental do Estado de Goiás (SILVA et al, 2015) que tem como objetivo a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e qualificação desta Rede, esta pesquisa propõe descrever e analisar ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo em parceria com o Distrito Sanitário Indígena Araguaia objetivando a melhoria do cuidado e a prevenção em saúde mental às populações indígenas deste Distrito que atualmente vem apresentando um alto índice de suicídios.

Destaca-se que é imprescindível o investimento em estudos/pesquisas que contemplem esta construção coletiva de saberes já previstas na política atual de saúde mental que valoriza o cuidado no território contemplando a vida em comunidade, resgate de direitos e cidadania, agregando a estes princípios outras formas de leitura e compreensão de mundo e de saúde e bem viver próprios dos povos indígenas.

## **2 OBJETIVO GERAL**

- Descrever as ações de cuidado e prevenção em saúde mental, voltadas para o suicídio em indígenas do Distrito Sanitário Indígena Araguaia.

## **3 MÉTODOS COM ÊNFASE NOS PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo analítico/descritiva. Sendo assim, para atingir os objetivos elencados propõe-se o estudo dos casos de jovens indígena da etnia karajá e Javaé



atendidos no CAPS Novo Mundo na cidade de Goiânia no período de 2016 a 2018 bem como analisar o cuidado em saúde mental aos indígenas do Distrito Sanitário Indígena Araguaia à luz das políticas públicas de Saúde Mental e Saúde Indígena numa perspectiva intercultural.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, relações, crenças e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos contribuindo para a construção e elaboração de novas hipóteses e indicadores.

O estudo de casos enquanto método de investigação qualitativa tem sua aplicação na busca de uma compreensão acerca das ligações causais entre intervenções e situações da vida real buscando meios de interpretar processos em curso relacionados à eventos ou fenômenos por parte de um grupo específico.

O estudo será realizado no Caps Novo Mundo em Goiânia e no Distrito Sanitário Indígena Araguaia no município de São Félix do Araguaia. A escolha por esta região se deu pelo fato de que os indígenas do Dsei Araguaia utilizam a rede de saúde do município de Goiânia e são acolhidos na Casa do Índio - CASAI de Goiânia para tratamentos de saúde. As Casas de Saúde do Índio são responsáveis pelo alojamento e alimentação dos indígenas encaminhados para lá e pelo agendamento e acompanhamento em consultas, tratamentos, exames e todos os demais procedimentos indicados. Possuem em seu quadro de funcionários, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, auxiliares administrativos e demais profissionais indígenas e não indígenas que acompanham as diversas demandas de saúde apresentadas pelos indígenas dentre elas o uso abusivo de álcool e outras drogas e os casos de tentativas de suicídio dentre outras demandas de saúde mental que são encaminhados para atendimento ambulatorial na rede SUS.

O Centro de Atenção Psicossocial Novo Mundo é o primeiro CAPS da cidade de Goiânia-Goiás tendo sido inaugurado no ano 2000 e iniciou seus atendimentos à população indígena em 2016 como resultado de parceria entre a Coordenação de Equidade em Saúde e Gerência Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás com o DSEI Araguaia que no ano de 2014 desenvolveram algumas ações de qualificação em saúde mental para os profissionais que atuam na saúde indígena nos pólos base e nos postos de saúde das aldeias do Mato Grosso, rodas de



equidade e visitas às aldeias, identificando assim a necessidade de ampliação do cuidado em saúde mental aos indígenas deste distrito, sendo então iniciada uma parceria de atendimento na rede de saúde mental de Goiânia, inicialmente no Caps Novo Mundo e Caps AD Casa.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia abrange 15 municípios - nos estados de Goiás, Tocantins e Mato Grosso-, com 17 postos de saúde, quatro Polos Base (São Félix do Araguaia (MT), Confresa (MT), Santa Terezinha (MT) e Goiânia (GO) sendo as etnias Karajá e os Xavante as mais atendidas, mas também recebem para tratamento, os Xerente, Krahô, Apinajé, Tapirapé, Terena, Guarani, Makuxi, Apurinajé, Gavião, Krikatri, Kaiapó, Wassusu, Bororo, Tapuia, Javaé, Krahô, Machacali, Guajajara todos atendidos pela Casa do Índio – CASAI da cidade de Goiânia.

Participação do estudo indígenas do DSEI Araguaia e suas famílias já atendidos pelo Caps Novo Mundo no período de 2016 à 2018 , jovens com tentativas de suicídio da etnia karajá residentes na Aldeia Santa Isabel município de Lagoa da Confusão Tocantins atendidos por equipe de saúde do Distrito Sanitário Indígena Araguaia e psicólogos do DSEI Araguaia e SESAI/MS.

A coleta de dados ocorrerá em quatro etapas, sendo:

- Primeira etapa – Análise/descrição dos atendimentos à indígenas atendidos no Caps Novo Mundo ,

Para atingir os objetivos elencados propõe-se uma pesquisa/registro documental- prontuários, desenhos produzidos e registro profissional das ações/atendimentos em saúde indígena realizadas em parceria com a SESAI-MS , Distrito Sanitário Indígena Araguaia e CASAI Goiânia no período de 2016 à 2018.

- Grupo de jovens realizado em parceria com Sesai/MS e Dsei Araguaia na Aldeia de Santa Isabel na Ilha do Bananal, município de Lagoa da Confusão –TO.
- Atendimento a familiares dos jovens com tentativas de suicídio e discussão de casos com profissionais/psicólogos do Dsei Araguaia e SESAI/MS.
- Participação da festa Hetohoky que representa a passagem da infância para a vida adulta dos meninos da comunidade.



Todos os dados da pesquisa de campo serão registrados em gravador de voz para posterior transcrição dos dados.

Os dados serão submetidos à análise de conteúdo, que tem como finalidade encontrar núcleos de sentido na comunicação apresentada pelo material estudado, e assim verificar sua frequência relacionada com o objetivo do estudo.

Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 serão atendidas e o projeto será submetido para apreciação por um comitê de ética.



## **AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**AFONSO**, Thaisa Cristina<sup>1</sup>  
**SOUZA**, Adrielle Cristina Silva<sup>2</sup>  
**ESPERIDIÃO**, Elizabeth<sup>3</sup>  
**PINHO**, Eurides Santos<sup>4</sup>  
**SILVA**, Nathália Santos<sup>5</sup>  
**NOGUEIRA**, Douglas José<sup>2</sup>  
**TEIXEIRA**, Cristiane Chagas<sup>2</sup>

1. Enfermeira, mestranda, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.
2. Enfermeira(o), doutoranda(o), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.
3. Enfermeira, docente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.
4. Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás.
5. Enfermeira, doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.

### **INTRODUÇÃO**

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) desenvolvem papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por serem considerados dispositivos ordenadores das práticas de assistência em saúde mental. É esperado que estes dispositivos sejam contemplados com uma equipe de trabalho coesa, preparada para lidar com a complexidade do ambiente terapêutico, oferecendo prontidão no acolhimento e respeito integral aos direitos de cidadania<sup>1</sup>.

Sendo assim, desenvolveu-se uma pesquisa problematizadora com a finalidade construtivista para o serviço, afim de que, os resultados gerem elementos que contribuirão para readequações e progressos no desempenho profissional, com melhorias na qualidade da assistência prestada aos usuários e suas famílias. A Metodologia Problematizadora permite que todos os envolvidos empenhem-se na busca de possibilidades de compreensão e superação do objeto de estudo<sup>2</sup>.

Este estudo objetivou problematizar os processos de trabalho dos profissionais em um CAPS, revelando seus fatores intervenientes, e ações para a melhoria das práticas dos profissionais no contexto da saúde mental.

### **MÉTODO**

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir do referencial teórico de Donabedian<sup>(3)</sup>, que propõe três dimensões: estrutura, processo e resultado.



Neste estudo avaliou-se apenas uma dimensão: o processo de trabalho. Os processos de trabalho refletem a essência da assistência prestada no CAPS, em Goiânia, Goiás, Brasil. Ao avaliar esta dimensão do cuidado contribui-se para readequações visando à qualidade na assistência prestada.

Participaram do estudo 29 profissionais (equipe de apoio, equipe técnica e gestão). O estudo foi realizado em um CAPS II, destinado a atender pessoas com 18 anos ou mais, portadores de transtornos mentais severos, psicóticos e/ou neuróticos graves.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a agosto de 2014, por meio da observação participante, diário de campo e a Metodologia da Problematização, com o uso do Arco de Maguerez, segundo Berbel, composto por cinco etapas: <sup>4</sup> Etapa 1. Observação da Realidade (problemas): observa-se a realidade a ser estudada e registra-se de forma sistemática o que for percebido, objetivando identificar os problemas; Etapa 2. Pontos – Chaves: momento de refletir sobre as causas da existência dos problemas vistos na primeira etapa; Etapa 3. Teorização: momento em que se buscam as informações que necessitam sobre o problema, esta etapa se desenvolve em forma de pesquisa, podendo se utilizar de diversos métodos; Etapa 4. Hipóteses de soluções: confronta as informações teorizadas com os problemas e suas causas, elaborando hipóteses de solução para o problema; Etapa 5. Aplicação à Realidade: as hipóteses planejadas são executadas na prática, é o retorno do estudo à realidade investigada, transformando a realidade em algum grau.

O desenvolvimento do arco ocorreu em oito encontros, lotados no CAPS, que tiveram duração de, aproximadamente, quatro horas cada, em datas pré-agendadas com os participantes. Os encontros foram facilitados pelos pesquisadores, sendo gravados em gravador digital de voz, em salas livres de barulhos e ruídos externos, para não haver interferência.

No 1º encontro os profissionais iniciaram a observação da realidade, refletindo sobre as práticas desenvolvidas no serviço. No 2º e 3º encontro identificaram em seu ambiente profissional os problemas relacionados aos processos de trabalho por eles desenvolvidos. Ao reconhecerem os problemas, no 4º encontro, o grupo identificou as possíveis causas dos problemas, correspondendo a etapa dos pontos-chaves. No 5º e 6º encontro desenvolveu-se a etapa da teorização, que aconteceu por estudo dirigido, no qual os pesquisadores disponibilizaram



materiais científicos utilizados para a busca de possíveis soluções para superar os problemas identificados, atendendo o perfil da realidade vivida. Após obter embasamento teórico, os participantes apresentavam-se instrumentalizados a construir hipóteses de soluções, visando aprimorar os processos de trabalho no cotidiano do serviço, esta etapa ocorreu no 7º encontro, sendo construídos planos de ações. Para finalizar o arco, foi espaçado um tempo de dois meses, para colocar em prática as ações planejadas, assim no 8º encontro desenvolveu a última etapa do arco, correspondente ao retorno à realidade, no qual os participantes apresentaram a aplicação das possíveis soluções na realidade.

Os relatos gravados foram transcritos. Os dados transcritos foram posteriormente submetidos à análise de conteúdo, orientada por Bardin:<sup>5</sup> a pré-análise, a exploração do material e o tratamento, e a interpretação dos resultados.

Todos os aspectos éticos foram atendidos segundo a Resolução 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo como parecer de aprovação o número 623.678/2014 (CEP/HC/UFG).

## RESULTADOS

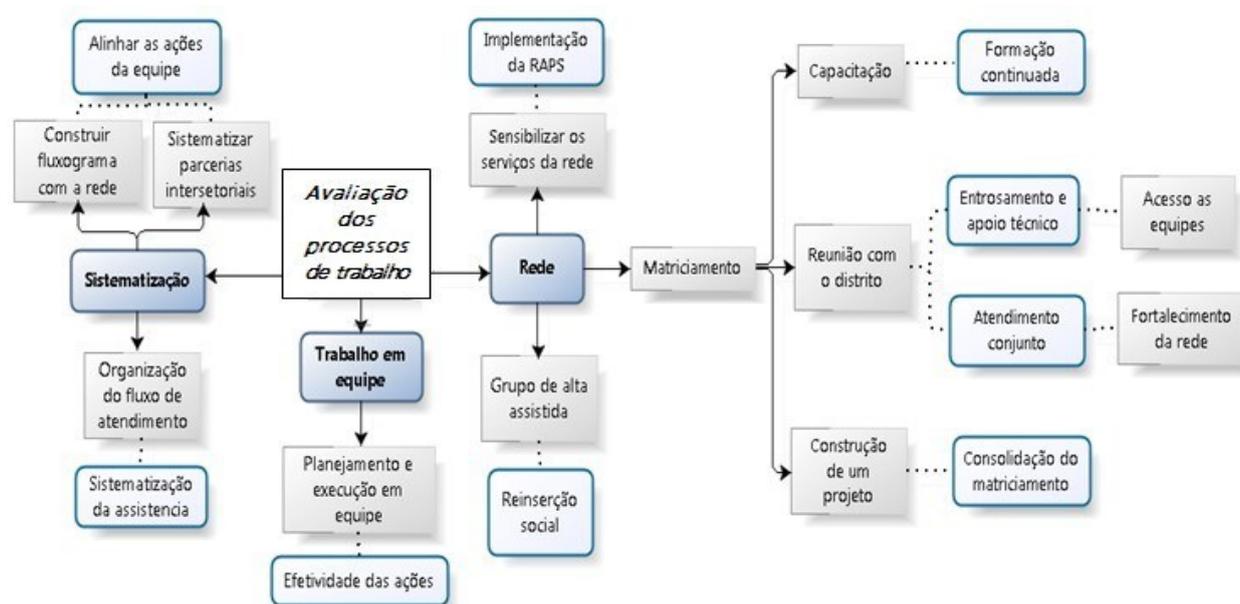


Figura 1 - Problemas identificados no desenvolvimento dos processos de trabalho.



A partir da problematização foi possível identificar os fatores limitantes dos processos de trabalho no cotidiano do serviço: dificuldades no trabalho em equipe falta de sistematização e ineficácia da articulação em Rede.

A figura 1 explana os problemas identificados no desenvolvimento dos processos de trabalho, seguindo suas possíveis hipóteses de soluções (ações planejadas), com suas justificativas.

### **Trabalho em equipe**

Os problemas identificados no desenvolvimento do trabalho em equipe identificado pelos profissionais foram: dificuldade de mudança das pessoas, trabalho feito em guetos (isolado), o serviço está permeado da relação pessoal sobrepondo à relação profissional, falta de diálogo para esclarecer o que é feito e falta de integração da equipe médica com a equipe multidisciplinar.

Estes problemas foram justificados pelos participantes por dificuldade de integração da equipe multidisciplinar, déficit da integração do médico e a frágil comunicação e diálogo entre todos.

O fato das atividades serem problematizadas em cunho coletivo, todo o planejamento e execução das atividades exigiram o trabalho em equipe, com contribuição dos participantes. Percebeu-se como transformação da realidade o trabalho e a cooperação intraequipe, e superação dos problemas encontrados, no período do estudo, em caráter interdisciplinar.

### **Sistematização**

A ausência de sistematizações assistenciais vigentes no serviço acarretaram problemas, como o não cumprimento das rotinas de trabalho, necessidade da equipe internalizar as normas e rotinas, falta de compromisso dos profissionais com os usuários na crise e fora dela, além da indefinição da forma de referência.

Como fatores contribuintes para os problemas relataram desorganização do tempo, a necessidade de maior conhecimento do fluxo e rotinas internos, e de supervisão técnica, garantindo o andamento adequado do serviço.

A equipe ao entender e se emponderar da sistematização, terá sua assistência norteada, organizando suas rotinas no serviço, evitando des-assistir o usuário, e/ou seu familiar.



Com vistas à sistematização e a organização do tempo, foi feito um manual educativo explicando o funcionamento/fluxos de serviço, que ficou a ser discutido com toda a equipe.

### **Rede**

A desarticulação da Rede ficou evidenciada nos problemas referidos pelos participantes, como dificuldade de dar alta, a falta de uma ponte para reinserção social por meio do trabalho, a necessidade de maior interação do CAPS com o Centro de Convivência e outros serviços da RAPS.

Em relação aos problemas da Rede como causas percebeu-se a existência frágil da Rede, falta clareza do que é matriciamento, para implantá-lo.

Além da insipiência da RAPS no município, os serviços existentes nem sempre são conhecidos, e assim, não é procurado parcerias em busca da reinserção do usuário para o trabalho e lazer.

Em relação ao matriciamento, montou-se um grupo piloto pra iniciar as discussões sobre matriciamento no presente CAPS. Foram realizadas reuniões com os dois Distritos Sanitários Norte e Leste de Goiânia, para discutir o matriciamento do CAPS junto às unidades da ESF. A proposta foi prontamente aceita e recebeu o apoio de ambas as coordenações.

Foi planejada uma capacitação para os agentes de saúde, juntamente ao Distrito Sanitário Norte. Pois entende-se que, eles são o contato mais próximo com a comunidade, sendo peças chaves para implantação do matriciamento.

Tão logo, foram selecionados alguns casos para iniciar o trabalho do matriciamento CAPS/ESFs dos referidos Distritos. Através destes casos as equipes realizaram discussões de casos conjuntas, e, atendimentos compartilhados. Visa-se com a proposta, que ao firmar o matriciamento, em toda visita realizada pelo CAPS ter junto uma pessoa da estratégia responsável por aquela região, consagrando a assistência compartilhada, territorial, atendendo ao máximo as necessidades do usuário e sua família.

Uma dificuldade percebida nessa ação foi devido a agenda do CAPS ser diferente da ESF. Houve momentos em que o CAPS estava com o carro disponível, profissionais destinados a realizar a visita, mas a equipe da EFS não poderia comparecer nesse horário. Então, criar esses



momentos é um desafio a ser superado, a fim de realizar as visitas e compartilhando os casos.

Segundo a atual proposta do CAPS, terá um momento reservado para socializar com a equipe, repassando todas as visitas realizadas, escutando os profissionais, construindo um trabalho conjunto e multidisciplinar.

Como facilidades para esse estudo foi referido o apoio da gestão, empenho e interesse da equipe do CAPS e disponibilidade dos médicos do CAPS e da estratégia, além do apoio dos Distritos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia problematizadora proporcionou a reflexão da prática articulando-a com fundamentos teóricos, em um importante exercício de retroalimentação teoria/prática construído coletivamente com os participantes, o qual permitiu avaliar os processos de trabalho dos profissionais, especialmente, voltados ao cuidado e a interação entre os envolvidos.

Percebeu-se a necessidade de adequar os processos de trabalho ao modelo psicossocial de atendimento, o que implicou no enfrentamento de alguns desafios, como: desarticulação com a Rede, dificuldades do trabalho em equipe e ausência sistematização da assistência. Para tanto, identificaram várias possibilidades no sentido de desencadear transformações positivas no atendimento aos usuários e familiares no serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Gama JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Rev Saúde Coletiva*. 2012;22(4):1397-417.
2. Borille DC, Brusamarello T, Paes MR, Mazza VA, Lacerda MR, Maftum MA. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):209-16.
3. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
4. Berbel NA problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface*. 1998;2(2).
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70 edições, 2010.



## CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

**BARROS**, Anna Paula de Mendonça<sup>1</sup>

**LEMOS**, Cristiane Lopes Simão<sup>2</sup>

**SADDI**, Fabiana da Cunha<sup>3</sup>

1 Mestre. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Goiás

2 Doutora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. ICB-UFG. Universidade Federal de Goiás

3 Doutora. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. FCS-UFG. Universidade Federal de Goiás

### INTRODUÇÃO

As percepções que o enfermeiro da Saúde da Família (SF) tem sobre a promoção da saúde (PS) são fundamentais por nortear sua prática, fortalecer vínculos, garantir acesso às informações. Apesar da existência de ampla discussão sobre PS e SF, poucos estudos versam sobre o conhecimento sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e suas relações na SF, fundamentando a realização desta pesquisa.

### OBJETIVO

Compreender o conhecimento dos enfermeiros da Saúde da Família de um município de grande porte no estado de Goiás sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde

### METODOLOGIA

Estudo quali-quantitativo realizado com 38 enfermeiros da SF de Aparecida de Goiânia-Goiás em dezembro de 2016, utilizando questionário semi-estruturado com informações referentes ao conhecimento desses profissionais sobre a PNPS. Para os dados quantitativos foi realizado análise estatístico-descritiva pelo software R, aferidos pela auto percepção sobre a PNPS, indicado por escala de 0% a 100%. Para os dados qualitativos foi empregada a técnica de análise do conteúdo, obtidos do questionamento "Para você, quais são os principais fundamentos da PNPS?". O estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da UFG.



## RESULTADOS

Os enfermeiros da SF afirmaram conhecer entre “50% - 75%” a PNPS. Nenhum referiu conhecer integralmente a PNPS e dois profissionais afirmaram desconhecer esta Política. Ao serem indagados sobre o que conheciam sobre a PNPS, foi possível categorizar os conteúdos conforme as abordagens da PS Behaviorista e da Nova PS. Evidenciou que o conhecimento dos enfermeiros da SF está apoiado no conceito ampliado de saúde, com reconhecimento do papel do usuário, fundamentado nos princípios do SUS e da PNPS, porém com algumas concepções ainda remetidas às ações de cunho preventivista, que embora importantes para o setor, não avançam para uma concepção positiva de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalho reflete a necessidade de promover maior compreensão dos preceitos da PNPS entre os enfermeiros da SF e influenciar as práticas de PS. Destaca a importância da disseminação/conhecimento do conceito ampliado de PS; fortalecimento da gestão e organização do trabalho; promoção de educação permanente ancorada na PNPS e; implementação de parcerias/articulação das RAS, com foco na melhoria dos serviços de saúde e qualidade de vida da população.



## CUIDADORAS DE IDOSOS DEPENDENTES

**RODRIGUES**, Sarah Gomes<sup>1</sup>  
**MORAES**, Luana<sup>2</sup>  
**PEREIRA**, Lara Thaianne Souza<sup>2</sup>  
**NOVAES**, Gabriela Jorge<sup>2</sup>  
**SOUZA**, Marise Ramos<sup>3</sup>  
**BORGES**, Cristiane José<sup>4</sup>

1. Graduanda em Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem. Universidade Federal de Goiás (UFG). Jataí, Brasil.
2. Enfermeira. Egressa do Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem. UFG. Jataí, Brasil.
3. Enfermeira. Doutora. Professora Tutora do Programa de Educação Tutorial-PET Enfermagem. UFG. Jataí, Brasil.
4. Enfermeira. Doutora. Professora Colaboradora do Programa de Educação Tutorial-PET Enfermagem. UFG. Jataí, Brasil.

### OBJETIVO

Verificar a dependência dos idosos que necessitam do cuidado no domicílio.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com nove mulheres cuidadoras de idosos moradoras em um município localizado no sudoeste do estado de Goiás. Os critérios de inclusão foram: atuar como cuidadora formal ou informal de idosos, possuir maioridade, ser do sexo feminino, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, ter participado do Curso Básico de Cuidadores de Idosos promovido pelo Grupo PET Enfermagem UFG – Regional Jataí, entre os anos de 2013 e 2014, e ser cuidadora há no mínimo 4 meses. Não participaram da pesquisa aquelas que não possuíam horário disponível e dados cadastrais desatualizados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2015 e o instrumento de coleta abordou os dados sociodemográficos, o vínculo com o idoso, e a questão norteadora: *Quais as relações constituídas entre as mulheres cuidadoras e os idosos durante o processo de cuidar?*

A análise foi realizada segundo a proposta de Bardin<sup>1</sup>, através de uma pré-análise tratamento e interpretação das falas, e desta emergiu a seguinte categoria temática: a dependência do idoso.



As entrevistas foram gravadas e após, transcritas na íntegra. Utilizou-se codinome para garantia do anonimato das participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiás da Universidade Federal de Goiás, sob o nº protocolo 34077014.1.0000.5078.

## RESULTADOS

Os resultados indicaram que a maioria dos idosos aos quais os cuidadores prestavam assistência apresentavam algum grau de dependência seja física e/ou cognitiva

*[...] ela tá com escaras, tem dificuldade [...] não movimentada sozinha, tem que ficar mudando as posição [...] (C8).*

*[...] ele é um senhorzinho que já tá acamado, ele alimenta por sonda, então eu tenho que preparar todas as refeições, ele tem 06 refeições no dia [...] (C9).*

*[...] ela não consegue ficar mais sozinha não [...] ela tá acamada, banho tem que dar [...] (C2).*

## CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a grande parte das cuidadoras atuam no auxílio a idosos com algum grau de dependência, e como foi exposto quanto mais dependente o idoso maior o índice de sobrecarga do cuidador e menor a qualidade de vida deste.

Logo nos é permitido inferir o importante papel dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, como importante agente de apoio no processo de cuidar do cuidador, minimizando assim o enfoque sobre esta atividade que muitas vezes é interpretada apenas com aspectos negativos, visando promover a satisfação e melhora da qualidade de vida em ambos, tanto no idoso quanto no cuidador.

## REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Revista Eletrônica de Educação. 2011;6(1), 383-387.



## FACILIDADES E DIFICULDADES NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

LIMA, Pollyana Barbosa<sup>1</sup>

MORTOZA, Andrea Sugai<sup>2</sup>

PEREIRA, Edna Regina Silva<sup>3</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, UFG.
2. Doutora, docente da Faculdade de Nutrição da UFG.
3. Doutora, docente do Programa de Pós-Graduação EM Ensino na Saúde, UFG.

### 1 OBJETIVO GERAL

Analisar as facilidades e dificuldades na realização de ações de educação em saúde desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde do idoso

### 2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória em que foram envolvidos aspectos quantitativos e qualitativos. As questões éticas foram observadas segundo a Resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob parecer de número 2.259.818.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro Unidades Básicas de Saúde do Município de Senador Canedo, no período de agosto de 2017 a fevereiro de 2018, que prestam atendimento aos usuários do SUS. As unidades de saúde foram selecionadas segundo distribuição geográfica no município, de forma a abranger maior área e contemplar o município em questão geográfica, bem como segundo a quantidade de usuários atendidos nestas unidades (as unidades com maior fluxo de usuários idosos foram selecionadas).

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos e fisioterapeutas) cadastrados no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) e que atuam em uma das quatro ABS selecionadas. Ao todo 31 profissionais foram convidados a participar das entrevistas. Foram abordados 29 profissionais, 2 profissionais não



assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Os participantes foram solicitados a evocar, por meio da técnica de evocações livres, 4 palavras ou termos que lhes vinham a mente através do termo: facilidades e dificuldades na realização de atividades de educação em saúde para população idosa. Posteriormente, os termos foram submetidos a um processo de padronização a fim de corrigir os erros ortográficos, eliminar preposições diminuir frases longas ou preposições, agrupando-as por núcleo de sentido para homogeneização do conteúdo e inseridas no software open EVOC 8.3.

O software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations (EVOC 8.3) é formado por programas que realizam análise das evocações e os termos são distribuídos em quatro casas. A técnica de análise utilizada foi a prototípica que distingue o núcleo central (conjunto de cognemas centrais) da periferia (termos menos lembrados), relacionando o que foi ativado segundo o objeto central.

As evocações foram processadas de acordo com os critérios de frequência e ordem média de evocações. Ao cruzar os dois critérios todas as evocações foram agrupadas em uma tabela de quatro casas.

Apesar de determinar o núcleo central e periférico sobre a representação do objeto de estudo, necessitou-se de questões abertas sobre o tema educação em saúde para ampliação da discussão e compreensão da dinamicidade do tema.

Utilizou-se um questionário com perguntas semiestruturadas para maior aprofundamento do tema. Foram elas: O que o senhor entende por educação em saúde? Durante a sua graduação e/ou pós-graduação o senhor (a) teve formação (conhecimentos, competências) em educação em saúde?

As entrevistas foram realizadas em ambiente tranquilo por um único entrevistador e gravadas com gravador digital para posterior transcrição literal.

Os dados obtidos através das entrevistas semiestruturadas foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2010) perfazendo as três fases propostas pela autora:

- Pré-análise: organização do material obtido, transcrição das entrevistas formulação e



reformulação de hipóteses e objetivos;

- Exploração do material: com aprofundamento no conteúdo, codificação, classificação e categorização dos dados;

Nesta fase foram pré-determinadas quatro categorias para posterior significação dos resultados: atitude/ iniciativa do profissional, qualidade de vida dos indivíduos, ferramenta didática para promoção da saúde e fonte de conhecimento e bagagem anterior.

- Tratamento dos Resultados: procurou-se significado e validade dos dados aprofundando as relações com os demais dados obtidos no estudo para a construção do texto de análise final.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados obtidos com o processamento dos termos evocados pelo EVOC foram organizados em Quadro de 4 casas proposto por Vergès (1994). O valor de ordem evocada foi de 2,77 e o de frequência evocada foi de 7,14. A evocação dos termos está relacionado com o conteúdo psíquico deste termo, latentes ou não, enquanto o processo de hierarquização relaciona-se com a organização dos termos já evocados em um trabalho de análise cognitiva.

Como podemos observar, na figura 1, os termos espaço físico, interesse do idoso e materiais são os mais frequentes e prioritariamente evocados constituindo-se deste modo os elementos que dão significação a representação das dificuldades em realização de atividades educativas na ABS. Esses termos foram considerados pelos sujeitos os mais importantes, são consensuais e partilhados pela coletividade. De acordo com Sá, a característica dos termos no núcleo central é que são históricos, sociais e determinados ideologicamente. Percebemos que de algum modo, os aspectos intrínsecos referentes ao profissional como seu conhecimento e sua organização do trabalho, permeiam os termos evocados no núcleo central, demonstrando, também, sua importância no processo de educação em saúde.



++			Frequência >= 7.14 / Ordem de evocação < 2.77			+-			Frequência >= 7.14 / Ordem de evocação >= 2.77		
15.18%	espacofisico	2.12	23.21%	rotinadoposto	2.77						
9.82%	interessedoidoso	2.09	17.86%	apoiodasecretaria	3						
7.14%	materiais	1.38	10.71%	equipemultiprofissional	3.33						
-+			Frequência < 7.14 / Ordem de evocação < 2.77			--			Frequência < 7.14 / Ordem de evocação >= 2.77		
6.25%	assiduidade	1	2.68%	faltadeconhecimento	3						
5.36%	demanda	2.67	1.79%	organização	3						

Figura 1 – Frequência x Ordem de evocação (TabFreq) (n:29) – Dificuldades na realização de ações de educação em saúde

++			Frequência >= 11.61 / Ordem de evocação < 3.21			+-			Frequência >= 11.61 / Ordem de evocação >= 3.21		
19.64%	proximidadecomusuario	1.59	12.5%	baixocusto	3.21						
17.86%	atividadesemgrupo	1.9	11.61%	ambienteexterno	3.77						
16.96%	numero de idosos	1.68									
-+			Frequência < 11.61 / Ordem de evocação < 3.21			--			Frequência < 11.61 / Ordem de evocação >= 3.21		
2.68%	grupos homogenios	2	10.71%	consciencia da importancia	3.5						
			8.04%	varias abordagens	3.67						

Figura 2 – Frequência x Ordem de evocação (TabFreq) (n:29) – Facilidades na realização de ações de educação em saúde

Quando observamos os termos evocados com relação às facilidades na realização de ações educativas temos a proximidade com usuário, característica da Atenção Básica a realização de atividades em grupo que valorizam o processo de troca de saberes e por fim o número de idosos que frequentam a unidade, ou seja, a demanda de pacientes para a realização das atividades. Aspectos como conhecimento e consciência foram classificados como periféricos sendo de menor importância para o grupo, porém permeando os demais termos citados.

Na avaliação dos dados obtidos com as entrevistas observou-se a seguinte categorização:



Quadro 1. Síntese da categorização das entrevistas – educação em saúde como ferramenta para promoção da saúde e qualidade de vida.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
<i>Educação em Saúde como ferramenta para Promoção da Saúde e Qualidade de Vida</i>	Gestão	Falta de estrutura; Insuficiência de capacitação; Cumprimento de metas e produtividade
	Profissional	Falta de planejamento e de Avaliação, capacidade técnica
<i>Tipos de atividades no processo de educação em saúde</i>	Atividades em grupo	Atividades individuais com unidirecionalidade e reforço, atividades práticas e demonstrativas; Estratégias que facilitam a compreensão do grupo; Interatividade; Nível de instrução do público alvo; Facilidade em trabalhar o grupo
	Atividades individuais	
<i>Construção de saberes em ações de educação em saúde</i>		Valorização das experiências dos idosos; Conscientização e Mudança de hábitos; Conhecimentos prévios; Grupo e a relação entre os membros como facilitador do processo de construção.

Todos os profissionais entrevistados enfatizaram a importância da Atenção Básica no desenvolvimento de práticas de educação em saúde junto à comunidade.

“Se estamos propondo ações de educação em saúde temos que informar e oferecer meios de como se cuidarem, para melhorar a qualidade de vida [...] Fazer atividade física, melhorar a alimentação, isto é promover saúde” (E.17).

Parreira & Goullart (2011), verificou, uma proximidade de seus entrevistados com o conceito de educação em saúde, para eles as ações de educação em saúde norteiam as práticas do processo saúde e doença e são utilizadas como importante ferramenta para promoção da saúde.

Práticas de atividades em grupo ou individuais para o processo de educação em saúde.

O perfil de atividades educativas realizadas apresentou um discurso heterogêneo dos profissionais entrevistados, foram citados: as palestras, os grupos de apoio e as orientações durante as consultas. As narrativas dos profissionais médicos e odontólogos mostraram a necessidade da realização de educação em saúde durante as consultas médicas e odontológicas, para esclarecer e conscientizar sobre doenças específicas ou processo de adoecimento.



“Nós realizamos aqui os grupos de hipertensão uma vez a cada 15 dias, eu tenho pouca oportunidade de falar em grupo, acho muito importante, mas tenho pouca oportunidade. Como tenho contato diariamente com os pacientes nas consultas é onde consigo fazer mais a minha parte de educador em saúde” (E.14).

Observamos o processo de educação em saúde vinculado ao modelo curativo e pouco direcionado ao autocuidado desconsiderando o usuário como protagonista deste processo. Alves & Aerts, (2011) em contrapartida, pontua a necessidade de se pensar educação em saúde como um ato de criação coletiva para a promoção da saúde.

Tais achados entram em concordância com o resultado obtido no EVOC referente ao núcleo central, que pontua a realização de atividades em grupo como um facilitador, abrangendo maior número de participantes e favorecendo sua adesão e permanência.

O diálogo é essencial para a construção do conhecimento evitando-se encontros vazios, improdutivos e normativos. Machado, Cotta, Moreira & Silva, (2016) em seu estudo com hipertensos para verificar adesão ao tratamento, observou que os grupos de educação e saúde realizados foram mais eficazes para ganho na adesão ao tratamento do que demais estratégias de educação em saúde individualizadas. Vieira, Cecílio & Torres (2017) observaram que usuários portadores de diabetes reconheceram as contribuições dos grupos formados no Hiperdia para melhoria do autocuidado e controle dos fatores de risco relacionados à doença.

Os profissionais de enfermagem, bem como os recentemente instituídos na atenção básica, fisioterapeutas em seus discursos observam a importância da realização de ações de educação em saúde voltadas para grupos de populações específicas ou mistas. Os grupos criam espaços de socialização os usuários desenvolvem vínculo não só com os profissionais da unidade como também com seus pares, com fortalecimento das ações implementadas e melhora da adesão. Friedrich, Petermann, Miolo & Piveta, (2018) observaram que os laços afetivos, a amizade e o companheirismo descritos pelos usuários entrevistados foram aspectos de suma importância para a permanência dos usuários e profissionais nas ações grupais na ABS.

“Eu gosto muito dos grupos que nós fazemos [...] Tem toda uma preparação, desde o lanche até a recepção [...] As pessoas se mostram mais interessadas, conversam sobre o assunto e sentem



falta e cobram umas das outras quando não estão vindo [...] A adesão é melhor” (E.5).

A construção de saberes em ações de educação em saúde.

Outro item bastante citado pela maioria dos profissionais foi a valorização do conhecimento do profissional e não o conhecimento coletivo, de quem realiza educação em saúde com enfoque unilateral de aprendizado, desvalorizando o conhecimento prévio de cada indivíduo e o saber popular. Para os profissionais, a capacitação e o nível de instrução que o profissional de saúde possui é determinante na construção, realização e solidificação das atividades educativas em saúde.

Quando observamos categorias profissionais separadamente, percebemos que os enfermeiros possuem visão mais abrangente do conceito de educação em saúde buscando o conhecimento popular vindo dos usuários.

“Não vejo a educação em saúde com algo unilateral, eu acho que a gente tem que ter um vínculo com a pessoa, ou o grupo, eles têm que expor suas ideias também. Utilizamos as palestras com temas sugeridos pela secretaria de saúde [...] eles participam e até trocam ideias entre si durante os encontros” (E.10).

Os enfermeiros enxergam as ações de educação em saúde como forma de alcançar os indivíduos que contribuem diretamente para a promoção de sua saúde. Considera-se aspectos biopsicossociais e não apenas com ênfase na doença como forma de causalidade, sendo assim, os sujeitos passam a ser autônomos e críticos. Tais achados entram em concordância com os estudos de Grazilini, Marques, Oliveira, Amorim, & Araújo, (2013); Moutinho, Almeida, Leite, & Vieira, (2014).

A participação do profissional de enfermagem em estratégias de educação em saúde utilizando de diagnósticos e observação dos valores socioculturais adequando-os à realidade de cada unidade familiar deriva de sua formação acadêmica que estabelece a educação em saúde na atenção básica como uma das competências a serem adquiridas durante a graduação. Foram citados como oportunidades para aquisição de tal competência as vivências práticas na ABS através do programa de Reorientação da Formação do profissional de Saúde (Pró- Saúde) e



Pograma de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet- Saúde). Brehmer & Ramos, (2017), observaram avanços motivados pelo Pró -Saúde e Pet- Saúde por orientar uma formação crítica reflexiva e articulada à realidade da saúde de usuários segundo a percepção de docentes e alunos dos serviços de atenção primária à saúde.

Observou-se, porém contradições nas falas apresentadas pelos profissionais, pois, para eles, o processo de educação em saúde deve ser participativo com contribuição dos usuários e com diálogo, mas executam práticas baseadas na imposição do saber com ênfase na doença e no modelo curativo. Foram citadas como práticas: palestras, orientações durante consultas, pré-natal, orientações em grupos de hipertensão e diabetes. Moutinho, Almeida, & Leite, (2016) também observaram tal contradição na fala dos profissionais de enfermagem atuantes em saúde da família.

#### **4 CONCLUSÃO**

A educação em saúde necessita de amadurecimento, tanto na realização de suas ações valorizando a participação do usuário e a construção de saberes em grupo com ênfase no diálogo entre profissionais de saúde e pares, como no discurso teórico, que ainda reflete um modelo flexneriano, valorizando o elo criado entre profissional-usuário, o conhecimento e saber profissional e popular e os determinantes sociais culturais e econômicos de cada indivíduo.

Os profissionais representam como dificuldades na realização de atividades de educação em saúde na atenção básica o déficit de infraestrutura, a falta de apoio e o interesse dos idosos. Percebemos que de algum modo, os aspectos intrínsecos referentes ao profissional de saúde (conhecimento e atitude), permeiam os termos evocados no núcleo central, demonstrando, também, sua importância no processo de educação em saúde. A proximidade do usuário com o profissional observada na ABS e a possibilidade de realização de grupos e a demanda de pacientes são aspectos facilitadores para a realização de educação em saúde para a população idosa.



## PROTOCOLO PARA PROCESSAMENTO DE ENDOSCÓPIOS FLEXÍVEIS: QUALIFICANDO A PRÁTICA CLÍNICA

**AZEVEDO**, Adriana da Silva<sup>1</sup>

**OLIVEIRA**, Ellen Synthia Fernandes<sup>2</sup>

**TIPPLE**, Anaclara Ferreira Veiga<sup>3</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, Enfermeira Líder do Serviço de Endoscopia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.
2. Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas, Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e Pro-reitora de Pós Graduação da Universidade Federal de Goiás.
3. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

### CONTEXTO TEÓRICO

A endoscopia é considerada um dos métodos mais eficientes para inspeção de órgãos e cavidades do corpo. É tecnologia de alto impacto no campo diagnóstico terapêutico como método minimamente invasivo, utilizada em diversas especialidades médicas por meio de instrumento denominado endoscópio. É dispositivo com uma estrutura complexa, o endoscópio é composto por tubo flexível, de fibra óptica de luz e imagem, sistema eletrônico interno com canais que proporciona visão ampliada de alta qualidade.

Os endoscópios possuem capacidade de reutilização e são considerados Produtos Para Saúde (PPS) semi-críticos. Por serem termossensíveis não são passíveis de esterilização, e devem ser submetidos no mínimo à desinfecção de alto nível (DAN), que pode ser realizada por método manual ou automatizado.

A DAN é um processo aplicado a um PPS visando à eliminação de todas as formas de micro-organismos, exceto esporos. Embora seja uma tecnologia importante na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os endoscópios flexíveis apresentam um desafio quanto ao processamento por sua conformação, aspecto que potencializa o risco para transmissão de micro-organismos patogênicos, produtos tóxicos e resíduos de material imunológico.

Estudos realizados em diferentes países reportam a ocorrência de surtos de infecções relacionadas a falhas nas etapas do processamento de endoscópios, principalmente nas etapas de limpeza e desinfecção, que favorecem a formação de biofilmes nos canais. Atualmente, existe uma preocupação mundial sobre as melhores recomendações para o processamento de endoscópios e acessórios. Contudo, algumas das recomendações nem sempre são aplicáveis na prática diária, devido à diversidade de cenários e locais onde se realiza o processamento de endoscópios, sendo necessário desenvolver recomendações flexíveis que se adaptem as



diferentes realidades, sem pôr em risco a eficácia do processo e a segurança dos profissionais e pacientes.

Vantagens têm sido reportadas para o uso de protocolos assistenciais, como maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

No Brasil, há uma diretriz publicada para o processamento de endoscópio data o ano de 2006, que em parceria com a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia Gastrointestinal (SOBEEG), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou o Manual de Limpeza e Desinfecção de Aparelhos Endoscópicos. Entretanto na última década, muitos estudos foram publicados com importantes evidências e merecem análise com possibilidade de serem incorporados às recomendações.

A elaboração e atualização de diretrizes em endoscopia endossados por sociedades renomadas, surgem da parceria e colaboração de várias associações de profissionais, comissões de prevenção e controle de infecções, agências reguladoras estaduais e federais e líderes da indústria, estes têm motivado o desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidência para o processamento de endoscópios que têm complementado as orientações estabelecidas, contribuindo para a segurança nas unidades de endoscopia.

Em busca da segurança para boas práticas nos serviços de endoscopia relacionada à prevenção e controle de infecções, por acreditar que a experiência e a contribuição construtiva de todos especialistas será extremamente valiosa para o desenvolvimento deste produto com proposta de mudanças significativas em endoscopia, este estudo constitui estratégia relevante para o desenvolvimento de práticas em saúde seguras e consequente ampliação da qualidade no uso de tecnologias em saúde.

Esse cenário é desafiador, pois fatores como: surtos de infecção relacionados ao processamento de endoscópios a desatualização do protocolo brasileiro, e a publicação e utilização de novos protocolos em outros países, instigam a iniciativa do nosso estudo em estabelecer a questão de pesquisa: qual o protocolo seguro para o processamento de endoscópios gastrointestinais, considerando as atuais recomendações e evidências científicas?

## **OBJETIVO GERAL**

Propor um protocolo para processamento de endoscópios flexíveis em uma instituição pública de ensino federal na região centro-oeste do Brasil.



## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório com utilização de revisão sistemática da literatura e análise documental. O estudo foi desenvolvido no período de março de 2017 a junho 2018.

A revisão sistemática da literatura foi desenvolvida em cinco etapas: na primeira foi construída uma questão norteadora para o estudo utilizando a estratégia PICO, utilizado como P – desinfecção, I – endoscópios, C –, O – diretrizes, e definido a pergunta “Quais são as diretrizes existentes para o processamento de endoscópios flexíveis?”.

Na segunda etapa – foi determinado os Termos-chave com base na estratégia PICO, e realizada a busca nas bases de dados utilizando os descritores: desinfecção (disinfection), endoscópios (endoscopes), diretrizes (guidelines), encontrados nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e Medical Subject Headings (MeSH).

Foram utilizadas as combinações dos operadores booleanos “and” e “or” na busca de dados nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval on-line (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), e diretamente nos sites de agências reguladoras sanitárias.

Na terceira Etapa – definido os critérios de seleção e selecionadas Diretrizes com descrição das etapas processamento de endoscópios flexíveis entre o período 2006 – 2017.

Na quarta etapa - realizada busca da literatura, das diretrizes nas bases de dados, MEDLINE, SCIELO, CINAHL e agências/órgãos reguladores, após leitura do título e resumo selecionadas as diretrizes que atenderam aos critérios de seleção.

Na quinta etapa foi realizada a organização das diretrizes por ordem de ano de publicação em um quadro, e posteriormente realizado análise documental das diretrizes.

## RESULTADOS

Na busca da literatura, foram identificadas as diretrizes nas bases de dados sendo 14 na MEDLINE, 11 na SCIELO, 40 na CINAHL e 15 nas agências/órgãos reguladores.

Após leitura do título e resumo, foram selecionadas 18 diretrizes que atenderam aos critérios de seleção. Realizada a organização das 18 diretrizes por ordem de ano de publicação em um quadro.

Após definição de diretrizes para o processamento de endoscópios flexíveis utilizou-se de análise documental para coleta de dados das diretrizes para elaboração de um protocolo piloto de



processamento de endoscópios flexíveis. Nesta fase de análise documental foram seguidas as seguintes etapas para elaboração do Protocolo Piloto: Etapa I - coleta de dados do quadro de diretrizes, Etapa II - elaboração do quadro sinóptico de protocolos de processamento de endoscópios flexíveis, Etapa III – realizada síntese do quadro sinóptico, a qual permitiu a elaboração do Protocolo Piloto para Processamento de Endoscópios Flexíveis.

Após foram realizadas as cinco etapas de avaliação e adequação do protocolo piloto de processamento de endoscópios flexíveis.

Na primeira etapa de adequação do Protocolo Piloto foi feita a primeira avaliação por especialistas de PPS, para seleção dos especialistas - Foram definidos como critérios: qualificação conforme produção acadêmica na área, avaliação do Currículo Lattes, disponível na página do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a experiência em processamento PPS com ênfase em endoscópios flexíveis e a disponibilidade para participar do estudo. Feito o convite a 16 especialistas por via eletrônica, informando os objetivos do estudo, e as bases teóricas utilizadas para elaboração do modelo de protocolo piloto. Orientado a emitir opiniões, sugestões, comentários, inclusão ou eliminação de itens. O prazo para devolução ficou previsto inicialmente em 15 dias e foi estendido para 45 dias, tendo sido enviado até três solicitações. Recebido sete respostas dos especialistas convidados para avaliação do protocolo piloto, sendo 100% mulheres, 62,5% com doutorado e 25% pós-doutoras e 12,5% com mestrado. Após foi feito a categorização das recomendações dos especialistas.

Na segunda etapa de adequação do Protocolo Piloto ele passou por uma segunda avaliação de uma especialista de PPS e realizado a categorização das recomendações.

Na terceira etapa de adequação do Protocolo Piloto foi realizado Implementação na prática clínica em uma unidade de endoscopia a operacionalização do protocolo piloto de processamento de endoscópios flexíveis por técnicos de enfermagem, concomitante observação do processo por pesquisadoras e após realizado a categorização das recomendações.

Na quarta etapa de adequação do Protocolo Piloto, realizado avaliação do protocolo por técnicos de enfermagem da unidade de endoscopia mediante metodologia ativa/problematização, e posteriormente categorização das recomendações. Na quinta etapa de adequação do Protocolo Piloto foi realizada a elaboração do Protocolo de Processamento de Endoscópios Flexíveis.



## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES E PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS NO CONTEXTO DAS AÇÕES AFIRMATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

SANTOS, Polianna Ribeiro<sup>1</sup>

MARTINS, Karine Anusca<sup>2</sup>

SUGAI, Andrea<sup>3</sup>

1. Mestre em Nutrição e Saúde. Professora substituta da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás.
2. Professora doutora e coordenadora do curso de Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás.
3. Professora doutora do curso de Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar as Representações Sociais de estudantes cotistas, não cotistas e professores do curso de Nutrição da Universidade Federal de Goiás no contexto das Ações Afirmativas no ensino superior. **Metodologia:** Realizou-se um estudo qualitativo cujo referencial teórico metodológico foi a Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Participaram da pesquisa seis professores dos núcleos específico e comum do Curso de Nutrição, quatro estudantes cotistas e cinco não cotistas que compuseram, respectivamente, os grupos focais com duração média de 60 minutos. Aqueles que aceitaram participar do estudo, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As falas geradas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin, cuja interpretação foi subsidiada na Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** Os conteúdos das representações foram categorizados em três eixos temáticos – 1) Conceito da Política de Ações Afirmativas, 2) dificuldades, do cursar Nutrição e 3) sugestões para contribuir na efetivação das Ações Afirmativas na universidade. No que tange ao conceito da Política, foi encontrado como consenso, nos três grupos focais que as ações afirmativas permitem a inclusão de grupos vulneráveis na universidade. As cotas acabam facilitando essa entrada na Universidade. Claro que não tira a dificuldade que ele vai ter depois tendo que estudar mais, mas facilita a entrada. (Fala de uma estudante cotista. Grifos dos autores). Quanto às dificuldades, os professores mencionaram as limitações dos alunos em conteúdos básicos, indicando a redução da exigência



no acesso à universidade proporcionada pelas cotas e, além disso, queixaram haver pouco vínculo na relação professor aluno. Estudantes cotistas e não cotistas apresentaram como conteúdo consensual das dificuldades a falta de tempo, o cansaço e a sobrecarga de atividades acadêmicas decorrentes do turno integral do curso. Referiram também a ocorrência de discriminação de professores e colegas àqueles estudantes que apresentam notas baixas. O preconceito foi disso mesmo... de ah! “Você tira nota boa, você pertence ao grupo”. Sabe eu já vi muito que aqui é por título. Quem consegue nota maior tem prestígio e o professor também tem essa discriminação... Pra dar oportunidade para os alunos, muitas vezes, ele usa a classificação por nota (Fala de uma estudante cotista. Grifos dos autores). O destaque independente de ser cotista ou não, ele pode vir de instituição pública ou não, se ele for alguém que não tem um rendimento ele vai ser mal visto pela maioria da turma. (Fala de um estudante cotista. Grifos dos autores). Diante das dificuldades do cursar nutrição apresentadas tanto por professores quanto por estudantes foi proposto, de maneira consensual por esses grupos, a necessidade de realizar ações que promovam apoio acadêmico para os estudantes com dificuldades de aprendizagem. Para os não cotistas e professores, tais atividades ocorreriam essencialmente por meio de ações de ensino aos alunos cotistas, traduzidas nas unidades de contexto suporte acadêmico e apoio pedagógico, respectivamente. Para os cotistas as atividades de apoio acadêmico seriam destinadas a todos os estudantes com dificuldade de aprendizagem.

**Conclusão:** O conteúdo das Representações Sociais da Política de Ações Afirmativas entre professores, estudantes cotistas e não cotistas refletem um consenso quanto à compreensão do conceito da Política. E ao considerar as dificuldades do cursar Nutrição encontrou-se entre professores e estudantes, conteúdos consensuais que se dialogam.

**Palavras-chave:** Pesquisa Qualitativa. Políticas de Ações Afirmativas. Teoria das Representações Sociais.



## SENTIDO DA DOR E SOFRIMENTO PARA O ADOECIDO A PARTIR DE SUAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA

**SILVEIRA**, Nusa de Almeida<sup>1</sup>

**SILVA**, Carlos Cardoso<sup>2</sup>

**RODRIGUES**, Bianca Stella<sup>3</sup>

**BARROS**, Nelson Filice<sup>4</sup>

1. Docente no Departamento de Ciências Fisiológicas (ICB) e Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás. Participante do convênio UFG/UNICAMP/pesquisador colaborador.

2. Docente na Faculdade de Educação da UFG, Goiânia, Goiás.

3. Pós-doutoranda no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo.

4. Docente da UNICAMP – Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo.

### CONTEXTO TEÓRICO

A percepção da dor por um enfoque neurofisiológico inicia-se com a ativação de nociceptores que são integrados a vias nervosas próprias projetadas para áreas específicas do córtex sensitivo.<sup>1</sup> Entretanto, a sensibilidade dolorosa é acompanhada por componentes subjetivos da percepção consciente, que a torna individual e singular. Além disso, o modo como o indivíduo vivencia a experiência dolorosa está relacionado a fatores de ordem cultural e social, caracterizando o fenômeno doloroso nos seus aspectos biopsicossociais.<sup>2</sup> Le Breton<sup>3</sup>, em sua análise antropológica da dor, afirma não haver com clareza uma fórmula que resolva a relação íntima do homem com sua dor e, segundo ele, toda dor remete a um sofrimento com um significado e intensidade singulares, tornando-se complexa a análise da trama social e cultural do homem e sua dor e a influência dessa teia no seu comportamento e seus valores. Diante dos diversos ângulos que devem ser considerados frente às situações de dor e sofrimento, é necessário que o homem seja tomado em sua totalidade, analisando-o como ser



sensível que experiencia o fenômeno tal como é em sua concretude.<sup>4</sup> “Definindo mais uma vez aquilo que percebemos pelas propriedades físicas e químicas dos estímulos que podem agir em nossos aparelhos sensoriais, o empirismo exclui da percepção a cólera ou a dor que, todavia eu leio em um rosto [...]”.<sup>5</sup> Este estudo procura ver o ser humano na sua experiência consciente em condições de adoecimento, dor e sofrimento com a finalidade de apreender a percepção quanto ao corpo submetido a condições adversas.

## **OBJETIVO GERAL**

Descrever o significado essencial do fenômeno: como sujeitos adoecidos percebem a si e a doença em si no seu cotidiano; qual o sentido da dor e do sofrimento de sujeitos em adoecimento a partir de suas experiências vividas.

## **PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

Optou-se pela modalidade estudo de caso no campo da saúde por se tratar um caso singular, de extirpação de tumor fibroso solitário de crânio, uma neoplasia mesenquimal rara, de evolução imprevisível. Neste caso, em função da localização do tumor inicialmente diagnosticado, com consequências severas e comprometimento das funções corticais do sistema nervoso, como resultado das cirurgias realizadas no acompanhamento clínico da doença.

Os dados estudados nesse trabalho referem-se a uma participante de 49 anos de idade, aposentada da função de professora universitária, que se declara de cor branca, divorciada. Busca conhecer a experiência consciente da paciente que sobrevive à doença por 19 anos, tendo sido submetida a seis cirurgias no crânio para extirpação gradual de tumores, além de radiocirurgias e de sessões de radioterapia. Após 13 anos de diagnóstico do tumor no crânio, houve a identificação de pequenos tumores no fígado, além de comprometimento nos ossos



do quadril e braço, caracterizados como hemangiopericitoma.

Os dados da análise foram obtidos por meio de quatro entrevistas abertas, nas quais a participante descreveu suas vivências em um período compreendido desde o diagnóstico dado em 1999, até o ano de 2015. As entrevistas foram transcritas na íntegra, ouvidas e lidas à exaustão. Após a devida familiarização com os dados, partiu-se dos objetivos dessa pesquisa para estabelecer as unidades de sentido, as quais se lançam às unidades de significados pinçadas a partir da fala da participante. Pela convergência, as unidades de significado foram por sua vez agrupadas nas confluências temáticas e estas nas ideias nucleares. A análise está sendo realizada de acordo com o preconizado pela Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos – SE&PQ,<sup>6</sup> para uma abordagem fenomenológica. Essas ideias nucleares estão sendo discutidas com os membros da equipe de pesquisadores, ao mesmo tempo em que se busca o diálogo com a literatura publicada, que resultarão nas ideias nucleares abrangentes, constituindo o fechamento da interpretação do estudo, a fim de concretizarmos a meta-análise ou meta-compreensão da interrogação investigada.

O estudo tem como referencial ético e legal a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>7</sup> e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Goiás (número de cadastro 1.641.114). A seleção do sujeito significativo foi feita pelo interesse, consentimento e adesão, conhecimento da natureza e objetivos do estudo, leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

## REFERÊNCIAS

1. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociências. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Ciência e Cultura*. 2011;63(2):32-37.
3. Le Breton D. Antropologia da dor. São Paulo: Fap-UNIFESP; 2013.
4. Carvalho MD, Valle ERBM. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scientiarum Maringá*. 24, (3): 843-847, 2002.
5. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945, p. 3



6. Bicudo MAV, Azevedo DC, Barbariz TAM. A pesquisa qualitativa realizada segundo a abordagem Fenomenológica. In: Costa AP, Sánchez-Gómez MC, Cilleros MVM, editores. A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos. Aveiro: Ludomedia; 2017. p. 21-49.

7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012 jun 13;Seção 1:59.



## TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS: UM CAMINHO PARA CONHECER AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

VIEIRA, Mariana de Sousa Nunes<sup>1</sup>

QUEIROZ, Maria Goretti<sup>2</sup>

1. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde da UFG

2. Doutora em Educação pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e docente da Faculdade de Odontologia da UFG.

### OBJETIVO

O presente estudo se propôs a discutir a Teoria Fundamentada em Dados como estratégia metodológica de enfoque qualitativo, utilizada para avaliar as práticas educativas de nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que se pretende, segundo Minayo e Deslandes<sup>1</sup>, aprofundar o olhar a respeito dos valores, práticas, linhas de ação e hábitos de grupos sobre a saúde.

Esse tipo de pesquisa se aplica ao estudo de percepções e opiniões, à investigação de grupos de pessoas e suas histórias sob a ótica dos próprios indivíduos, suas relações com o mundo. Essa abordagem possibilita explorar eventos sociais pouco conhecidos referentes a grupos restritos e contribui para a construção de novas ideias e conceitos durante a pesquisa, sendo assim utilizada para elaboração de novas hipóteses e novos indicadores qualitativos.<sup>2</sup>

No âmbito da investigação qualitativa podemos encontrar uma diversidade de estratégias metodológicas, dentre elas optou-se pela teoria derivada de maneira indutiva dos dados, a Teoria Fundamentada em Dados. A escolha se deu baseada nas características desta estratégia uma vez que se pretendia gerar uma explicação unificada para o processo estudado: práticas educativas de nutricionistas.<sup>3</sup> (CRESWELL, 2014). Nessa estratégia, os dados são sistematicamente combinados e analisados ao longo de todo o processo da pesquisa,



denominada Grounded Theory.<sup>4</sup> Para a Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a população envolvida no estudo é denominada amostragem teórica e todos devem ter experimentado o processo estudado.<sup>3</sup>

Nessa amostra foram incluídos os nutricionistas que desenvolvem atividades de educação em saúde, lotados nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde do município de Goiânia que são espaços dessas atividades educativas e que estão inseridos na área de saúde coletiva.

Foram identificados 34 nutricionistas, todos foram convidados e aqueles que retornaram aceitando participar, foi realizado um novo contato para agendar a coleta dos dados. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e da observação simples de uma atividade educativa do profissional que estivesse agendada no período da coleta. Dentre esses 34, foram entrevistados nove nutricionistas.

Para a teoria fundamentada nos dados, quando o pesquisador volta o olhar com foco mais sensível aos pontos fundamentais, momento da codificação focalizada, as informações começam a se repetir e não surgem mais dados novos, atinge-se a saturação teórica. Sendo assim, pode-se afirmar que as nove entrevistas foram suficientes para abarcar os objetivos do estudo.<sup>5</sup>

As entrevistas e observações foram realizadas pela própria pesquisadora, no período de fevereiro a abril de 2014, no local de trabalho de cada nutricionista, momento em que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram gravadas em celular e posteriormente transcritas para o software de avaliação (WebQDA), cada uma com tempo de aproximadamente 15 minutos. A TFD focaliza um processo ou ação,<sup>3</sup> no caso o processo realizado pelas nutricionistas no planejamento e execução suas atividades educativas. Para o registro deste processo foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturado, observação da rotina desses profissionais em seu campo de trabalho e um diário de campo como instrumento de registro dos elementos observados para posterior sistematização dos dados. Este diário, serviu também, para a pesquisadora fazer anotação dos chamados, por Creswell<sup>3</sup>, de “lembretes”, ou seja, ideias e



observações que foram surgindo e que auxiliaram no desenvolvimento da teoria.

A partir da transcrição dos relatos e observações analisou-se cada parágrafo, linha por linha a fim de buscar os fatos, fase denominada de codificação. Desses dados, foram extraídos os trechos e marcados os principais pontos com códigos, estes foram agrupados em conceitos semelhantes. Os conceitos formaram as categorias torando-se a base para criação da teoria.<sup>4</sup> As categorias originaram-se, basicamente, das exposições e comentários de cada profissional em suas falas.

Partiu-se assim para a utilização de um software a fim de auxiliar na análise e interpretação dos dados obtidos, o WebQDA. A partir da interligação entre as fontes e a codificação que, por meio dos procedimentos de codificação disponíveis no software, é possível configurar o projeto de modo que os dados estejam estruturados e relacionados entre si.

Após a integração entre os dados e a literatura foi construída a teoria, chamada por Charmaz<sup>4</sup> de teoria fundamentada ou modelo conceitual. A teoria fundamentada nos dados recomenda a elaboração do modelo conceitual que tem como finalidade a apresentação e a explicação do problema investigado que emergiu dos fatos e permite fazer relações entre os achados e a literatura já existente.

Esse estudo foi conduzido em conformidade com a resolução 466/12<sup>6</sup> e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), por meio do parecer número 609.354/2014.

## **RESULTADOS**

Os relatos conceberam categorias que permitem uma discussão acerca da prática dos nutricionistas nas ações de educação em saúde. Definiu-se cinco categorias para análise: Limitações na atuação profissional; Técnicas de abordagem em ações educativas; Intuito das práticas educativas; Avaliação dos resultados; Possibilidades de ampliação das ações educativas em saúde.

Todos participantes, total de nove nutricionistas, são do sexo feminino; cinco delas referiram



ter especialização, três são mestres e uma tem doutorado; todas as entrevistadas tem vínculo efetivo por meio de concurso público municipal; quanto ao tempo de serviço no município, duas delas têm tempo inferior a cinco anos de vínculo; seis tem entre cinco e 10 anos e apenas uma já trabalha na rede municipal há mais de 10 anos.

Dentre os principais resultados, pode-se elencar a caracterização do público-alvo presente nas ações de educação em saúde, sendo predominantemente composto por adultos e idosos: “São os idosos, pacientes hipertensos e diabéticos que participam do HIPERDIA, adultos e, maioria idosa mesmo” (E5).

Alguns estudos<sup>7-9</sup> também encontraram maior frequência de pessoas aposentadas e do lar nas atividades educativas para hipertensos e diabéticos. A categoria limitações na atuação profissional refere-se a fatores dificultadores para a realização de práticas educativas pelos nutricionistas, segundo o relato das entrevistadas a insuficiência de material e os espaços físicos inadequados são considerados limitações no serviço.

Essa situação se soma a falta de apoio da gestão e conseqüentemente a insatisfação dos profissionais. A categoria técnicas de abordagem em ações educativas envolve as técnicas que consideram os usuários como participantes ativos nas atividades educativas. Os discursos referenciaram a utilização de materiais palpáveis, utensílios domésticos, pirâmide dos alimentos, montagem de pratos com a demonstração de porções alimentares, além de considerarem importante a relação das atividades com a necessidade da população, partir das dúvidas e interesses da comunidade, modalidade de educação dialógica, baseada na comunicação e interação.<sup>10</sup>

A categoria intuito das práticas educativas realça a intenção dos profissionais em valorizar os conhecimentos da população, entendendo que quanto mais próximo da realidade destes usuários, mais significativo será o resultado pretendido: “Tem que ser algo de conversa mesmo, de troca de experiência, eu evito aquela palestra longa e demorada, que só o nutricionista fica falando, então a gente tenta puxar o outro lado, trazer as experiências das pessoas, fazer de uma forma mais participativa possível, mais dialogada, acho que o efeito



que isso causa é bem melhor.” (E2).

A categoria avaliação dos resultados apresenta as formas de avaliação aplicadas pelas entrevistadas para conhecerem os impactos das práticas educativas, a maioria não utiliza uma ferramenta sistematizada para tal fim, costumam confiar no feedback do grupo sobre as informações trabalhadas ao final nas atividades e também pressupõem que mudanças como redução ponderal e controle glicêmico possam indicar reflexo positivo de mudança de hábitos.

A categoria possibilidades de ampliação das ações educativas em saúde apontam o trabalho em equipe multiprofissional e a tentativa de contemplar o atendimento com equidade e integralidade como iniciativas que reforçam o cuidado em saúde.

## CONCLUSÃO

A TFD permitiu delinear a pesquisa com o propósito de contribuir para a reflexão dos nutricionistas acerca de sua atuação profissional, incentivar o investimento pessoal em formação na área da educação em saúde assim como estimular a realização de pesquisas nesse ramo.

A expectativa é sustentada pelo trabalho efetivo do processo de promoção de saúde, que envolve gestores, comunidade e profissionais de saúde numa relação humanista e resolutiva.

Um desafio inerente à TFD é que exige do pesquisador deixar as ideias iniciais sobre o tema para que possa emergir a teoria substantiva dos dados e de determinar o quanto as categorias estão saturadas.

O último desafio é um fator de limitação do estudo, uma vez que foi realizada uma saturação das categorias escolhidas a priori. Não se observou o que Creswell<sup>3</sup> chama de “amostragem discriminante” que tem a função de verificar se a teoria que emergiu é válida para outros grupos.

Apesar desta limitação, esta pesquisa permitiu conhecer as percepções que os nutricionistas apresentam acerca da educação em saúde e se esses conceitos são coerentes com suas práticas



desenvolvidas no local de atuação.

A pesquisa favoreceu a reflexão e crítica para uma realidade inovadora e transformada, a análise do discurso ressignifica os valores que os profissionais atribuem às suas práticas, como e por que fazem o que declaram.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
3. Creswell JW. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3. Ed. Porto Alegre: Penso; 2014.
4. Charmaz KA construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
5. Turato ER, Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27(2):389-394.
6. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012 jun 13;Seção 1:59.
7. Mendonça AM. Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012.
8. Alves AB, Calixto AA. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. Revista do Instituto de Ciências da Saúde. 2012;30(3):255-60.
9. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2015;13(1):75-84.
10. Rocha PR. A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.



## **A APLICABILIDADE DA PESQUISA PARTICIPANTE BASEADA NA COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSO**

**BORGES**, Cristiane José<sup>1</sup>

**MUNARI**, Nize Bouttelet<sup>2</sup>

**DIAS**, Paula Cândida da Silva<sup>3</sup>

**STACCIARINI**, Jeanne- Marie Rodrigues<sup>4</sup>

1. Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal de Goiás. Jataí.
2. Enfermeira. Doutora. Professora Titular. Universidade Federal de Goiás.
3. Enfermeira. Doutoranda.
4. Enfermeira. Doutora. Professora Associada e Diretora de Diversidade e Inclusão. Universidade da Flórida. Gainesville, Flórida, Estados Unidos da América.

### **OBJETIVO**

Discutir a importância da aplicabilidade da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade para a promoção da saúde do cuidador informal de idoso.

### **MATERIAIS E MÉTODOS**

Estudo descritivo guiado pelos princípios da Pesquisa Participante Baseada na Comunidade (PPBC), tradução livre de Community-Based Participatory Research – (CBPR).

A PPBC tem como fundamentação a pesquisa-ação proposta por Kurt Lewin (1946) e os pressupostos de Paulo Freire (1970, 1982).<sup>1</sup> Sendo definida como uma abordagem colaborativa que incorpora em sua estrutura formal meios para a participação ativa da comunidade estudada em todas as etapas da pesquisa, tendo como propósito a melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos, mediante a tomada de decisões e a transformação do contexto social.<sup>2</sup>

O estudo teve como cenário um município de médio porte localizado no sudoeste goiano. O ponto de partida de qualquer investigação que utilize a PPBC é a composição do Comitê de Assessoria Comunitária (CAC).

O estudo contou com nove participantes considerados pessoas chaves da comunidade. Os parceiros comunitários foram selecionados, por meio de amostragem por conveniência e estratégia bola de neve.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos; ter disponibilidade para participar



das reuniões do CAC; ter interesse em se envolver no projeto de pesquisa, considerando a temática. E como exclusão foi considerado o fato de apresentar algum impedimento para dar continuidade na participação de reuniões do CAC.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro/2014 a dezembro/2015. Ela aconteceu em consonância com os princípios da PPBC, os quais nortearam para a implementação cíclica e interativa dessa investigação junto a comunidade.<sup>3</sup>

Utilizou-se um diagrama denominado “Arco-Íris dos Parceiros da Comunidade”, para a composição de grupos em pesquisas que contam com a participação da comunidade.<sup>4</sup>

Para identificar o perfil sociodemográfico dos parceiros do CAC, foi aplicado um instrumento semiestruturado de coleta de dados composto por variáveis sociodemográficas. E uma questão norteadora.

As reuniões e intervenções realizadas pelo CAC foram registradas em diário de campo, gravações e fotos. A análise os dados de maneira contínua e colaborativa entre todos os participantes.

Posteriormente, buscou-se identificar os problemas relacionados ao cuidador informal de idosos, mediante o uso da técnica “tempestade de ideias”, tendo como questões: Qual(is) o(s) problema(s) relacionado(s) ao cuidador informal de idosos?

Em seguida, os problemas foram priorizados. Para estabelecer a ordem de prioridade, utilizou-se uma ferramenta denominada matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), cujo objetivo é priorizar a resolução de problemas,<sup>5</sup> o que possibilita tratá-los de maneira mais apropriada.

Os dados qualitativos que emergiram a partir da leitura dos diários de campo e registro das reuniões do CAC foram analisados de acordo com a análise de conteúdo, modalidade temática.<sup>6</sup>

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo nº. 34077014.1.0000.5078.

## RESULTADOS

A formação de parceria com a comunidade teve início no mês de outubro de 2014, sendo a enfermeira coordenadora do Programa Municipal de Saúde do Idoso a primeira parceira, uma vez que a partir desta haveria a possibilidade de conhecer pessoas-chave na área da saúde do



idoso, incluindo os cuidadores informais.

Das nove pessoas-chave convidadas, sete compareceram. Além delas, estavam presentes a enfermeira coordenadora do Programa Municipal do Idoso, a pesquisadora e duas auxiliares de pesquisa, que eram alunas do Curso de Graduação em Enfermagem. No entanto, o CAC teve sua composição final de nove participantes.

A caracterização sociodemográfica dos membros do CAC mostrou a inserção dos membros do CAC no contexto da comunidade sendo: três (27,3%) eram profissionais da área da saúde, dois (18,2%), representantes da universidade, dois (18,2%), do Conselho Municipal do Idoso, um (9,1%), do Programa Municipal de Saúde do Idoso, um (9,1%), da Instituição de Atenção ao Idoso, um (9,1%), idoso e um (9,1%), cuidador informal de idoso.

Durante o desenvolvimento da investigação, os membros do CAC apresentaram-se coesos, mantendo discussões produtivas e focadas no objeto de estudo.

*“Eu já cuidei de uma pessoa da minha família e tive que usar os conhecimentos que eu tinha para realizar os cuidados. Não tive muito apoio; eu ajudava com remédios, levantava e sentava ela. Fazia (e aprendi) tudo sozinho.”* (MCAC)

A abordagem colaborativa, possibilitando a participação ativa da comunidade no desenvolvimento da pesquisa em prol dos cuidadores informais de idosos, gerou sentimento de satisfação entre os participantes do CAC: “[...] *Por isso dei valor nesse comitê; aqui, todos são ouvidos. Podemos dar opinião.*” (MCAC)

Dentre os principais problemas evidenciados em relação a atenção ao cuidador informal de idosos destacam-se:

- Despreparação, por parte dos profissionais da saúde para acolher e assistir os cuidadores informais de idosos,
- Agentes comunitários de saúde apresentam-se despreparados para acompanhar e apoiar os cuidadores informais de idosos,
- Foco dos cuidados dos profissionais da área da saúde somente no idoso,
- Ausência de um banco de dados nas Unidades Básicas de Saúde, com registros dos cuidadores informais de idosos, Falta de conhecimento e qualificação de muitos cuidadores informais para dispensar o cuidado ao idoso,
- Inexistência de serviço de atenção destinado aos cuidadores informais de idosos,



- Sobrecarga do cuidador informal de idoso, com diminuição significativa do seu tempo livre.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitem a afirmação de que PPBC oportuniza o empoderamento da comunidade, visto que a parceria da comunidade e academia viabilizou a construção de conhecimentos compartilhados e contextualizados que contribuíram para sinalizar a necessidade de transformações efetivas e ações de atenção ao cuidador informal de idosos no contexto em que estes vivem.

Os dados possibilita a constatação de que maioria das necessidades e dificuldades relatadas pelos cuidadores informais de idoso são decorrentes de problemáticas abrangentes, complexas, multifatoriais e que envolvem diversos setores da sociedade.

Portanto, para se pensar ações estratégicas para promoção da saúde dos cuidadores informais de idosos estas questões devem ser consideradas, a fim de atender as reais necessidades.

## REFERÊNCIAS

1. Stacciarini JM, Wiens B, Coady M, Schwait AB, Pérez A, Locke B et al. CBPR: building partnerships with latinos in a rural area for a wellness approach to mental health. *Issues Ment Health Nurs*. 2011a;32(8):486-92.
2. Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, Garlehner G, Lohr KN, Griffith D et al. Community-based participatory research: assessing the evidence. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. [Internet]. 2004 [cited 2014 aug 16];(99):1-8. Available from: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cbpr/cbpr.pdf>
3. Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Introduction to methods for CBPR for Health. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. *Methods for Community-Based Participatory Research for Health*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.
4. Chevalier JM, Buckles DJ. *Handbook for Participatory Action Research, Planning and Evaluation*. Ottawa: SAS2 Dialogue, 2013 [cited 2015 nov 13]. Available from: [http://www.participatoryactionresearch.net/sites/default/files/sites/all/files/manager/Toolkit\\_E\\_n\\_March7\\_2013-S.pdf](http://www.participatoryactionresearch.net/sites/default/files/sites/all/files/manager/Toolkit_E_n_March7_2013-S.pdf)
5. Baggio AF, Lampert AL. Planejamento organizacional. Coleção educação a distância. Série livro-texto [Internet]. Ijuí: Unijui; 2010 [cited 2015 nov 14]. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/162/Planejamento%20organizacional.pdf?sequence=1>
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.



## ARTICULAÇÃO ENTRE NUTRICIONISTAS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

BESSA, Gécica Pires<sup>1</sup>

LEMOS, Cristiane Lopes Simão<sup>2</sup>

SILVEIRA, Nusa de Almeida<sup>2</sup>

1. Discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás.

2. Docente, Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás.

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer os fatores facilitadores e dificultadores da atuação do nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família articulada com as equipes da Estratégia Saúde da Família da Região de Saúde Centro-Sul, Goiás. **Métodos:** Pesquisa qualitativa que incluiu os nutricionistas trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família até dezembro de 2017, entrevistados por telefone após expressão do consentimento verbal, conforme exigências da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. As entrevistas foram transcritas para a realização da Análise de Conteúdo por meio da Análise Temática conforme Minayo (2014). **Resultados:** Quinze nutricionistas constituíram a população de estudo, cujo trabalho apresenta-se bem integrado à Estratégia Saúde da Família da região estudada, apesar das dificuldades: precariedade das condições de trabalho, falta de organização e de estrutura, falta de apoio da gestão e de adesão da população às ações realizadas, desmotivação profissional e sobrecarga de trabalho. **Conclusão:** A atuação do nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da região estudada está bem integrada à Estratégia Saúde da Família, apesar de enfrentar desafios para sua consolidação na atenção básica. Logo, necessita-se de implantação de processo de valorização e qualificação profissional, do fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular e do Apoio Matricial como guias estratégicos. Demanda-se a alocação de recursos para garantir condições de trabalho propícias ao desenvolvimento da atuação destes profissionais.