

A man in a white lab coat is shown in profile, wearing VR goggles. He is interacting with a complex, glowing molecular model composed of red and blue spheres connected by lines. The background is a dark, futuristic laboratory setting with blue and green lights. A large, wavy red banner is at the bottom of the image.

Organizadoras

Gislene Farias de Oliveira

Léa Barbosa de Sousa

**INOVAÇÃO EM
CIÊNCIAS E SAÚDE**

ORGANIZADORAS

Gislene Farias de Oliveira



Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, Brasil. Docente na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri – UFCA.

Contato: gislene.farias@ufca.edu.br



Léa Barbosa de Sousa

Graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - (UVA). Especialização em Psicopedagogia pela Universidade vale do Acaraú (UVA/UNINTA). Especialização em Ciências da Educação pelo Centro Universitário INTA (UNINTA). Especialização em Didática do Ensino Superior (UNINTA). Mestrado em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT/UFC). Doutorado em andamento pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia (ULHT). Coordenadora da Clínica de Psicopedagogia (UNINTA) e Professora de graduação e pós-graduação no mesmo Centro Universitário.

Contato: lea-b@hotmail.com

A black and white photograph of a man in profile, wearing VR goggles. He is looking towards a complex, glowing network of interconnected nodes and lines, resembling a molecular or data structure. The background is dark with some light streaks. The overall theme is technology and science.

Organizadoras

Gislene Farias de Oliveira

Léa Barbosa de Sousa

**INOVAÇÃO EM
CIÊNCIAS E SAÚDE**

Copyright ©NOV 2023 by Organizadores e autores

Todos os direitos reservados. Vedada a produção, distribuição, comercialização ou cessão sem autorização do autor. Os direitos desta obra não foram cedidos.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Capa e Diagramação
Andreza de Souza

Jaboatão dos Guararapes - PE

CORPO EDITORIAL CIENTÍFICO

Coordenação: Profª. Dra. Gislene Farias de Oliveira, Universidade Federal do Cariri - UFCA/CE, Brasil;

Membros:

Professor Dr. Cícero Cruz Macêdo,	Universidade Federal do Cariri - UFCA/CE, Brasil;
Professor Dr. Hermes Melo Teixeira Batista,	Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte, CE, Brasil;
Professor Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha,	Universidade Federal do Cariri - UFCA/CE, Brasil;
Professora Dra. Cláudia Maria de Moura Pierre,	Universidade Regional do Cariri - URCA/CE, Brasil;
Professora Dra. Francinete Alves de Oliveira Giffoni,	Universidade Federal do Ceará - UFC/CE, Brasil;
Professora Dra. Gislene Farias de Oliveira,	Universidade Federal do Cariri - UFCA/CE, Brasil
Professora Dra. Jadcely Rodrigues Vieira,	Universidade Estadual de Campina Grande - UEPB/PB, Brasil,
Professor Dr. Joelson Rodrigues Miguel,	Universidade Autónoma de Asunción, Paraguai;
Professora Dra. Núbia Ferreira Almeida,	Universidade Regional do Cariri -URCA/CE, Brasil;
Professora Dra. Patrícia Nunes Fonseca,	Universidade Federal da Paraíba - UFPB/PB, Brasil;

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica

158	Inovação em ciências e saúde /Gislene Farias de Oliveira, Léa Barbosa de Sousa (Organizadoras). 1. ed. – Recife: Inoveprimer, 2023.
	214p.
	Universidade Federal do Cariri Contém resumo
	https://zenodo.org/records/10202051
	ISBN 978-65-87229-67-6
	1.Inovação 2. Saúde 3. Ciências 4. Gestão I. Oliveira, Gislene Farias de. II. Sousa, Léa Barbosa de. III.Título.
	37:376CDU (1999)
	Fabiana Belo - CRB-4/1463

Inove Primer – Recife-PE
Projeto Gráfico: *Andreza de Souza*
Fone: (81) 9.86903427/99874.6151
inoveprimer@gmail.com
www.inoveprimer.com.br

AUTORES

Ana Bárbara Sousa Alfaia

Ana Gabriela Holanda Sampaio

Ana Paula Sesti Becker

Anderson Deywid Tintino de Sousa

Antonio Yony Felipe Rodrigues

Camila Aparecida Pereira da Silva

Camila Bezerra Nobre

Cristiane Marinho Uchôa Lopes

Cristina Lúcia Feijó Ortolani

Danielli Mayumi Sato Narimatsu

Dionizio Gonçalves Bezera Neto

Francisco Davi Landim de Macêdo

Francisco Hilângelo Vieira Barros

Francisco Jaime de Araújo Filho

Francisco Maxwell Leite Barbosa

Francisco Sormanni Farias de Lucena

Gislene Farias de Oliveira

Hermes Melo Teixeira Batista

Hidemburgo Gonçalves Rocha

Jailma dos Santos Barbosa

Jean de Sousa Pereira

Joanderson Nunes Cardoso
José Humberto de Sousa Morais Júnior
José Nairton Coelho da Silva
Joseilton Carlos Bezerra
Kleber Rosa de Almeida
Léa Barbosa de Sousa
Lindeberg Rocha Freitas
Lorena Alencar Sousa
Luciana de Almeida Silva
Luiz Paulo Bezerra de Sousa
Marco Felipe Macêdo Alves
Maria Nizete Tavares Alves
Maria Paula Silvestre Campelo
Matheus Alessandro Callou Freire
Mitécia Raquel Rodrigues Castelo Branco Sampaio Braga
Pedro Walisson Gomes Feitosa
Priscila Helena de Assis
Rafaela Lins de Oliveira Dias
Samuel Ilo Fernandes de Amorim
Shirley de Souza Santos
Sidney Medeiros de Oliveira
Suellen Batista Mariano de Deus
Washington Moura Braz

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 - ATRIBUTOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR – FACES IV E OUTRAS VERSÕES 9

Ana Paula Sesti Becker

CAPÍTULO 02 - ESTRATÉGIAS DE AGENDAMENTO E GESTÃO DE TEMPO EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: MAXIMIZANDO EFICIÊNCIA E SATISFAÇÃO DO PACIENTE 35

Priscila Helena de Assis

Kleber Rosa de Almeida

Luciana de Almeida Silva

Danielli Mayumi Sato Narimatsu

Cristina Lúcia Feijó Ortolani

CAPÍTULO 03 - SOCIOLOGIA JURÍDICA: UM ESTUDO SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO LABORAL DOCENTE 49

Maria Paula Silvestre Campelo

Sidney Medeiros de Oliveira

CAPÍTULO 04 - O ATENDIMENTO HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA 75

Suellen Batista Mariano de Deus

Shirley de Souza Santos

Francisco Hilângelo Vieira Barros

Hidemburgo Gonçalves Rocha

Lindeberg Rocha Freitas

CAPÍTULO 05 - AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA PANDEMIA DA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 95

Washington Moura Braz

Ana Gabriela Holanda Sampaio

Samuel Ilo Fernandes de Amorim

Hermes Melo Teixeira Batista

Gislene Farias de Oliveira

CAPÍTULO 06 - PACIENTES VIRTUAIS E APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS DE DECISÃO COMPARADA COM APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS LINEAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA 115

Maria Nizete Tavares Alves

CAPÍTULO 07 - ANTROPOLOGIA E MEDICINA: AUTOFLAGELO, CÂNTICOS E RITUAIS DOS PENITENTES DE BARBALHA(CE) E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DESTA PRÁTICA 129

Francisco Jaime de Araújo Filho

José Humberto de Sousa Morais Júnior

Matheus Alessandro Callou Freire

Dionizio Gonçalves Bezera Neto
Joseilton Carlos Bezerra
Francisco Maxwell Leite Barbosa
Pedro Walisson Gomes Feitosa

CAPÍTULO 08 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NO TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA..... 153
Rafaela Lins de Oliveira Dias

CAPÍTULO 09 - DETECÇÃO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 167
Mitécia Raquel Rodrigues Castelo Branco Sampaio Braga
Jailma dos Santos Barbosa
Léa Barbosa de Sousa

CAPÍTULO 10 - ESTUDO DE CASO ASSOCIADO AO KAHOOT!: UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM REUMATOLOGIA..... 177
Camila Aparecida Pereira da Silva
Marco Felipe Macêdo Alves
Lorena Alencar Sousa
Joanderson Nunes Cardoso
José Nairton Coelho da Silva
Francisco Sormanni Farias de Lucena
Jean de Sousa Pereira
Cristiane Marinho Uchôa Lopes

CAPÍTULO 11 - USO DE METODOLOGIA ATIVA PARA ELABORAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE 191
Joanderson Nunes Cardoso
José Nairton Coelho da Silva
Lorena Alencar Sousa
Camila Aparecida Pereira da Silva
Francisco Sormanni Farias de Lucena
Jean de Sousa Pereira
Marco Felipe Macêdo Alves
Cristiane Marinho Uchôa Lopes

CAPÍTULO 12 - COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA (CEP): UM ESTUDO OBSERVACIONAL E DESCRITIVO 205
Anderson Deywid Tintino de Sousa
Antonio Yony Felipe Rodrigues
Ana Bárbara Sousa Alfaia
Francisco Davi Landim de Macêdo
Luiz Paulo Bezerra de Sousa
Camila Bezerra Nobre

CAPÍTULO 01

ATRIBUTOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR – FACES IV E OUTRAS VERSÕES

<https://zenodo.org/records/10199826>

Ana Paula Sesti Becker¹

RESUMO: Com base no Modelo Circumplexo, desenvolveu-se a Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – FACES, a qual investiga o funcionamento familiar saudável e o desequilibrado. Assim, o objetivo deste artigo foi analisar os atributos psicométricos da escala FACES IV e suas diferentes versões, quanto à dimensionalidade de construto, evidências de validade e confiabilidade e precisão. Realizou-se uma revisão de literatura sistemática nas bases de dados PsycInfo, Scielo, Lilacs e Pepsic, por meio de descritores preestabelecidos, em inglês e português, entre os anos de 2006 a 2022. Identificou-se maior predominância de pesquisas transversais, lacunas quanto às evidências de validade e parâmetros de dimensionalidade do construto. Todavia, o instrumento apresentou alfas de Cronbach satisfatórios, com variação de 0,65 a 0,89. Considera-se que a FACES possibilita a identificação de fatores de risco e de proteção para o planejamento de outras pesquisas ou intervenções clínicas, como também a programas de assistência familiar.

Palavras-chave: escala; FACES; funcionamento familiar; psicometria; psicologia sistêmica

INTRODUÇÃO

A família, enquanto um grupo primário de apoio e matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros pode ser definida, à luz do pensamento sistêmico, como um conjunto de pessoas que funciona a partir de sua totalidade, e no qual as particularidades de seus

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora de pós-graduação em Terapia Familiar Sistêmica e Psicóloga clínica. anapaulabeckerpsicologia@gmail.com <http://orcid.org/0000-0002-9278-437X>
Lattes: <https://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?cd=K4366182Y6>

integrantes se inter-relacionam (Poster, 1979; Mello, Barros, Campello, Rocha, Silva, & Santos, 2012). Logo, qualquer alteração que afete o indivíduo terá efeitos sobre todos os membros, e os demais acontecimentos que atingirem o sistema familiar afetarão o indivíduo (Franco, 2008).

Conforme a Teoria Estrutural dos Sistemas Familiares de Minuchin (1982), a estrutura familiar é definida como a rede de exigências funcionais que organizam a forma em que interagem os membros da família. Por sua vez, o funcionamento familiar é compreendido pelos padrões transacionais que são desenvolvidos pelas famílias e mantidos ao longo do tempo, os quais acabam por regular o comportamento e o desenvolvimento de seus membros.

Com base nesses pressupostos, Olson e Gorall (2006) desenvolveram o Modelo Circumplexo cuja finalidade é de analisar o funcionamento familiar. O autor aponta três dimensões que caracterizam o construto: coesão, flexibilidade e comunicação. A coesão é definida pelos laços emocionais que os membros familiares têm entre si. A flexibilidade é a qualidade e expressão da liderança e organização e das relações entre os papéis, regras e negociações. Já a comunicação refere-se às habilidades positivas em se comunicar utilizadas pelo casal ou sistema familiar. A comunicação pode atuar enquanto uma dimensão facilitadora no funcionamento da família a fim de alterar os níveis de coesão e flexibilidade. A hipótese que norteia o Modelo Circumplexo é de que níveis equilibrados de coesão e flexibilidade estão relacionados ao funcionamento familiar saudável. Por outro lado, níveis muito baixos ou muito altos estão associados a problemas de funcionamento familiar (Olson, Gorall & Tiesel, 2007; Boing, 2014; Salgueiro & Lopes, 2010).

A Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – FACES é um instrumento que aplica o Modelo Circumplexo. Em suas diferentes versões, constitui-se um dos instrumentos de referência para avaliar o funcionamento familiar, cujos achados da literatura

apontam registros de sua aplicação em diferentes países da América do Norte, América Central, América do Sul, Europa e África (Groenenberg, Sharma, Green, & Fleming, 2012; Fontes, Heredia, Peñalosa, Cedeño, & Rodríguez-Orozco, 2012; Zicavo, Palma, & Garrido, 2012; Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, & Sanz, 2006; Marsac & Alderfer, 2011; Pereira & Teixeira, 2013). No cenário brasileiro encontram-se estudos que utilizaram a Escala para investigar o funcionamento familiar de famílias em situação de risco e com diferentes arranjos em sua composição (Rabello & Caldas Júnior; 2007; Lomando, Wagner, & Gonçalves, 2011).

Tendo em vista as mudanças contemporâneas e a repercussão das questões sociais, econômicas, políticas e ambientais que têm influenciado tanto a dinâmica familiar quanto o campo acadêmico, a limitação de artigos brasileiros que abordem a aplicação e avaliação do funcionamento familiar; o objetivo deste artigo foi analisar os atributos psicométricos da FACES IV e suas diferentes versões, no que se refere à dimensionalidade de construto, evidências de validade, confiabilidade e precisão.

MÉTODO

Para o alcance dos objetivos utilizou-se método o levantamento de artigos completos nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), todas indexadas no Portal Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS-Psi); e no banco de dados internacional e de acesso restrito: Portal APA PsycNET.

Com base na seção de terminologia do BVS-Psi e no sítio de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) da BVS, os termos selecionados para o estudo foram: Escala, FACES e Funcionamento

familiar, que foram pesquisados também na língua inglesa: *Scale*, *FACES* e *Family functioning*. Portanto, as estratégias de busca pautaram-se na combinação entre os termos apontados, recorrendo-se ao operador AND para o rastreamento das publicações. Como critérios de exclusão, foram descartadas referências que não apresentaram resumo; trabalhos duplicados; teses, dissertações e monografias; livros e capítulos de livro, bem como artigo de revisão de literatura. Os documentos selecionados foram importados para o *software Mendeley Desktop - Versão 1.16.1*, a fim de auxiliar na organização e sistematização da pesquisa. Deste modo, foram retidos somente artigos científicos que pudessem ser acessados na íntegra, datados entre os últimos doze anos – 2006 a setembro de 2018, a fim de apresentar um recorte mais atualizado do estado da arte.

Para orientação da revisão, foi utilizado o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA* (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009). Este protocolo estabelece padrões de qualidade para garantir robustez em revisões sistemáticas (Moher et al., 2015). O processo do protocolo PRISMA aplicado a esta revisão está descrito na

Figura 1.

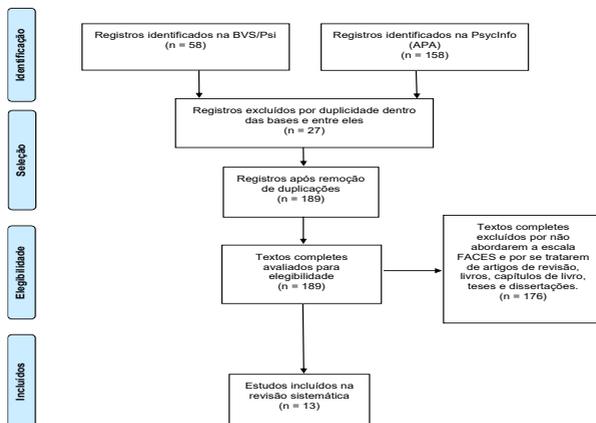


Figura 1 - Diagrama de seleção de artigos para revisão sistemática

A revisão de literatura contemplou as seguintes fases de elaboração: (1) Levantamento nas bases de dados de periódicos empíricos nacionais e internacionais previamente apresentados; (2) Leitura dos resumos e seleção dos artigos em conformidade com os objetivos deste estudo; (3) Leitura na íntegra dos artigos retidos; (4) Caracterização dos estudos referentes à utilização da Escala FACES e (5) Análise das propriedades psicométricas da Escala FACES com base nos resultados obtidos.

Após as estratégias de busca, foram encontrados 58 artigos no Portal BVS-Psi. Destes, 49 foram localizados no *Scielo*, nove no *PePSIC* e nenhum foi encontrado no *LILACS*. Após o refinamento com os critérios de exclusão apontados, somente cinco estudos foram retidos por discutirem a aplicação da Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – FACES e refletirem sobre o funcionamento familiar sob a exposição de fatores de risco.

No portal internacional da APA *PsycNET* foram encontrados 158 artigos. Do montante, somente oito estudos foram considerados, por se adequarem aos critérios propostos. O escopo de grande parte dos estudos encontrados foi a avaliação do funcionamento familiar de participantes sob condições adversas, utilizando-se a Escala FACES. Portanto, o foco de análise geral desta revisão detém-se na apreciação de 13 artigos científicos com texto completo, que utilizaram a Escala FACES em suas diferentes versões. Todavia, será ressaltada algumas características da versão IV do instrumento, por ser mais atualizada e recentemente utilizada em estudos empíricos.

RESULTADOS

Inicialmente apresenta-se a caracterização dos artigos retidos para análise, em conformidade com a aplicação da Escala FACES, em diferentes versões e nacionalidades (Tabela 1). Posteriormente,

aponta-se a descrição da Escala, com destaque às especificidades da versão IV do instrumento. Na sequência, são discutidos os atributos psicométricos da FACES, verificados nos estudos obtidos.

Tabela 1. *Caracterização dos artigos conforme a fonte, objetivos, participantes, versão da FACES e país de origem da pesquisa*

Fonte	País de origem	Versão da FACES	Objetivo	Participantes
1. Ferreira & Pereira (2016)	Portugal	FACES II	Identificar o efeito moderador do “Tipo de Família” na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida em doentes com lombalgia crônica.	213 pacientes com lombalgia há mais de 3 meses.
2. Tramonti, Bongioanni, Barsanti & Bogliolo (2014)	Itália	FACES III	Avaliar a relação entre o funcionamento familiar e o ajustamento psicológico dos pacientes com esclerose lateral amiotrófica e de seus cuidadores.	19 pacientes com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (9 homens e 10 mulheres) e cuidadores (seis homens e 13 mulheres).
3. Rieger & McGrail (2013)	Estados Unidos	FACES IV	Investigar se a estratégia de enfrentamento de humor positivo interfere no funcionamento familiar em pais de crianças com deficiência.	72 pais (59 mães e 13 pais) de crianças com espectro autista e deficiências múltiplas.

4. Gonzales & cols (2012)	Estados Unidos	FACES II	Avaliar os efeitos de uma intervenção preventiva familiar sobre o uso de substâncias psicoativas em adolescentes mexicanos residentes nos Estados Unidos	516 famílias (n=2036) que tivessem filho adolescente frequentando a sétima série do Ensino Fundamental
5. Pereira, Pedras & Lopes (2012)	Portugal	FACES III	Avaliar transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), morbidade psicológica, psicopatologia, funcionamento familiar, e qualidade de vida em veteranos de guerra com e sem diagnóstico de TEPT.	101 homens portugueses veteranos de guerra.
6. Mikulincer & Pirutinsky (2012)	Israel	FACES IV	Examinar o funcionamento familiar e estresse parental entre repatriados com filhos adolescentes para o judaísmo ortodoxo em Israel.	1632 indivíduos (1012 repatriados e 620 não retornados) residentes na área central de Israel.
7. Gonçalves & Pereira (2011)	Portugal	FACES II	Avaliar o impacto das variáveis familiares: coesão, adaptabilidade, recursos familiares, satisfação e exaustão familiar no toxicod dependente e seus familiares.	208 indivíduos, toxicod dependentes em níveis diferentes de tratamento e 95 familiares cuidadores.
8. Guilfoyle, Goebel & Pai (2011)	Estados Unidos	FACES IV	Identificar o funcionamento familiar de pacientes infanto-juvenis receptores de transplante renal	45 pacientes infanto-juvenis (entre 7 a 18 anos) receptores de transplante renal

9. Marques & Dixe (2011)	Portugal	FACES III	Determinar as necessidades dos pais de crianças e jovens com autismo e relacionar essas necessidades com funcionalidade, estratégias de <i>coping</i> familiar, estado emocional e a satisfação com a vida.	50 pais de crianças e jovens autistas.
10. East & Chien (2010)	Estados Unidos	FACES III	Analisar as mudanças da dinâmica familiar após a gravidez de adolescentes solteiras e a transição para a parentalidade.	96 famílias que tivessem uma filha adolescente e estivesse grávida pela primeira vez.
11. Salgueiro & Lopes (2010)	Portugal	FACES III	Analisar o funcionamento da família que coabita e cuida do familiar idoso dependente e relacionar o nível de dependência do familiar idoso dependente e a idade dos cuidadores com a dinâmica familiar.	80 idosos com dependência e 143 familiares.
12. Ariei & Khoury-Kassabri (2008)	Israel	FACES II	Examinar como crianças e adolescentes percebem seus direitos.	810 judeus e 582 crianças árabes (372 muçulmanos, 210 cristãos), com idades entre 12-14 anos de Jerusalém oriental e ocidental.
13. Rabello & Caldas Junior (2007)	Brasil	FACES III	Avaliar a associação entre coesão, adaptabilidade e risco mental familiar com violência física contra a mulher e uso de drogas.	260 mulheres distribuídas em 130 agredidas e 130 não agredidas.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 1 é possível identificar a predominância de estudos internacionais, com destaque para os Estados Unidos (5 artigos) e Portugal (5), assim como aqueles publicados no período 2010-2016. Além desses, verificaram-se pesquisas provenientes de Israel (2008 e 2012), de diferentes grupos de pesquisa (Arieh & Khoury-Kassabri, 2008; Mikulincer & Pirutinsky, 2012). No que se refere à publicação de estudo nacional, somente um artigo foi obtido na busca (Rabello & Caldas Junior, 2007), o qual utilizou a FACES III para avaliar a associação entre coesão, adaptabilidade e risco mental familiar com violência física contra a mulher. Para tanto, as variáveis do funcionamento da família correlacionaram-se aos aspectos sociodemográficos da amostra.

No que tange às versões da FACES utilizadas nos estudos em análise, predominou, por seis pesquisas, a versão III do instrumento, aplicadas entre o período de 2007 a 2014. Chamou atenção que na pesquisa mais recente (Ferreira & Pereira, 2016) recorreu-se à versão II da Escala. Todavia, a última versão do instrumento – FACES IV, foi aplicada em três estudos, todos internacionais, datados entre o período de 2011 a 2013.

O foco das pesquisas centrou-se, em geral, na investigação do funcionamento familiar em alguma situação ou momento específico no ciclo de vida da família. Nesses casos, chama a atenção que as variáveis culturais referentes à crença religiosa, costumes e tradições familiares são os aspectos centrais analisados de modo circunscrito à dinâmica familiar. Para tanto, recorreu-se à Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar cuja teoria base para a sua construção deriva do Modelo Circumplexo, constituído das dimensões de coesão, flexibilidade e comunicação entre os membros familiares.

Foi importante observar o predomínio de estudos que investigaram a coesão e flexibilidade/adaptabilidade em famílias, sob a exposição de fatores de risco e momentos de crise em seu desenvolvimento, tais como: doenças crônicas e incapacidade

funcional, dependência de familiar idoso, gravidez na adolescência, autismo e deficiências múltiplas, dependência química, violência física, migração familiar e transtorno de estresse pós-traumático em veteranos de guerra (Ferreira & Pereira, 2016; Tramonti, Bongioanni, Barsanti, & Bogliolo, 2014; Salgueiro & Lopes, 2010; East & Chien, 2010; Rieger & McGrail, 2013; Marques & Dixe, 2011; Gonçalves & Pereira, 2011; Rabello & Caldas Junior, 2007; Mikulincer & Pirutinsky, 2012; Pereira, Pedras & Lopes, 2012).

Dentre os artigos analisados, somente um (Tramonti, Bongioanni, Barsanti, & Bogliolo, 2014) caracterizou-se como longitudinal, o qual aprofundou sobre o ajustamento psicológico de pacientes com esclerose lateral amiotrófica e a dinâmica familiar entre seus cuidadores. Os demais se constituíram como transversais, tendo apresentado relações estatísticas de associação entre o funcionamento familiar com outras variáveis de interesse: idade, escolaridade, ocupação profissional, religião, transtornos mentais como de estresse pós-traumático (TEPT), depressão e ansiedade, bem como, satisfação e qualidade de vida.

Em relação aos respondentes do instrumento de medida, constatou-se que a maioria foi composta por pais e mães de crianças, bem como de adultos que vivenciaram situações específicas, como de dependência química, migração e violência física. Houve pesquisas cujos respondentes foram crianças e adolescentes (Arieh & Houry-Kassabri, 2008; Gonzales & cols, 2012; Guilfoyle, Goebel, & Pai, 20011).

CARACTERÍSTICAS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR – FACES IV

A FACES é um instrumento de autorrelato, composto por 62 itens, que verifica as dimensões de coesão e flexibilidade, por meio de três escalas: *Inventário de Autopercepção Familiar*, *Dispositivo de Avaliação Familiar* e *Escala de Satisfação Familiar*. O objetivo das escalas

é indicar, de modo geral, como se encontra o funcionamento familiar com base em cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente), para as duas primeiras escalas; e (1 = muito insatisfeito; 5 = extremamente satisfeito) para a terceira escala. Destas três, derivam duas subescalas positivas (funcionamento saudável): *Coesão* e *Flexibilidade*; quatro subescalas negativas (funcionamento problemático): *Desengajada*; *Emaranhada*; *Rígida*; *Caótica*; uma subescala de *Comunicação* e uma subescala de *Satisfação*.

O modelo teórico de suporte à FACES tem passado por revisões e alterações desde a sua elaboração inicial por Olson, Sprenkle e Russel, em 1979 (Olson & Gorall, 2006). A versão IV ainda não foi validada para a população brasileira. O que está sendo desenvolvido atualmente é uma parceria entre pesquisadores do LABSFAC – Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com pesquisadores da Universidade de São Paulo (RP/USP) para validação do instrumento. Com a anuência dos autores americanos, foi produzida uma versão brasileira, cujo estudo de validação encontra-se em andamento (Böing, 2014).

No estudo de Minetto (2010) foi realizado *back-translation* e adaptação semântica dos itens, além de identificar os índices de precisão (*Alfa de Cronbach*) do instrumento obtidos com base em estudo com uma amostra de 120 pais, os quais variaram entre 0,79 a 0,84, cujos resultados confirmaram as hipóteses de que há diferenças na escolha de práticas educativas entre os diferentes grupos de pais e que pais de filhos com deficiência intelectual são mais acometidos pelo estresse. Ainda que não se caracterize como uma amostra de validação tipicamente esperada na literatura psicométrica, conforme indica a autora, os índices encontrados sugerem que a FACES IV é um instrumento possível e indicado para validação e utilização em pesquisas brasileiras.

A Tabela 2 descreve a estrutura das subescalas do instrumento e sua respectiva descrição com exemplos do item referido.

Tabela 2: Descrição das subescalas da Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – Versão IV e o exemplo de seus itens

Subescala	Descrição	Exemplos do item
1. Coesão e Flexibilidade (itens 1 a 42)	Apresenta a interação afetiva entre os membros familiares e como estabelecem os acordos, responsabilidades e divisão de funções.	Item 1. Os membros da minha família se interessam pela vida uns dos outros. Item 32. Nós temos regras e funções claras na minha família.
2. Comunicação (itens 43 a 52)	Expressa as trocas comunicacionais no que se referem à comunicação analógica e digital.	Item 45. Os membros da minha família demonstram afeto entre si. Item 47. Os membros da minha família discutem calmamente os problemas uns com os outros.
3. Satisfação familiar (itens 53 a 62)	Indica a satisfação quanto à dinâmica familiar vivenciada.	Item 60. O modo como os problemas são conversados. Item 54. A habilidade de sua família para lidar com o estresse.

Fonte: Traduzido e adaptado da versão original em inglês de David. H. Olson, 2010, com autorização fornecida ao primeiro autor por Life Innovations, Inc., detentora do Copyright internacional.

Para análise e interpretação dos resultados, o procedimento é realizado em três etapas, as quais caracterizam a estrutura do sistema familiar, consoante à descrição das subescalas

(Tabela 1): Coesão e flexibilidade; Comunicação e Satisfação familiar. Combinando os três resultados é possível levantar dimensões e aspectos específicos para serem trabalhados na família. Na sequência, os valores obtidos na soma da pontuação das subescalas, resultado bruto, são transformados em percentil equivalente conforme uma tabela. Os resultados apresentam como o indivíduo percebe a coesão e a flexibilidade dentro da sua família, como também avalia os extremos de ambos os índices. Estes, por sua vez, são transportados para uma tabela denominada *Perfil FACES IV*, que determina a que modelo a família mais se aproxima, com base nos seis tipos familiares propostos por Olson e Grall (2006): 1. Equilibrados, 2. Rigidamente Coesos, 3. Medianos, 4. Flexibilidade Instável, 5. Desordenadamente frouxo e 6. Desequilibrados (Böing, 2014).

ATRIBUTOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR – FACES, DISPOSTOS NOS ESTUDOS DE REVISÃO

O processo de elaboração de instrumentos de medida em Psicologia e a posterior mensuração dos fenômenos psicológicos deve ser embasada por axiomas fundamentais e operacionais do campo da Psicometria. Assim, torna-se necessário identificar o fenômeno a ser mensurado, adotar uma teoria de base para a compreensão do construto (pólo teórico), caracterizar os seus atributos, definir os itens, construir os parâmetros psicométricos da medida (pólo empírico) e por fim, avaliar sistematicamente o construto delimitado (pólo analítico) (Pasquali, 2003). Em vista de tais reflexões, a Tabela 3 descreve os atributos psicométricos adotados neste estudo, a saber: Parâmetros da dimensionalidade – constitutiva e operacional; Evidência de validade e Confiabilidade e Precisão – teste e re-teste e/ou consistência interna (*Alfa de Cronbach* (α)).

Tabela 3. Descrição das propriedades psicométricas dos estudos de revisão da Escala FACES

Fonte	Versão da Escala e N° de Itens	Evidência de Validade	Confiabilidade e Precisão Teste re-teste e/ou Consistência Interna
1. Ferreira & Pereira (2016)	FACES II Itens: -	NÃO	α Coesão = 0,83 α Adaptabilidade = 0,84
2. Tramonti, Bongioanni, Barsanti & Bogliolo (2014)	FACES III Itens: -	T1 (Fase inicial da doença) ² rs (Coesão Real) com <i>Positive Action</i> /BDI = 0,48 rs (Coesão Ideal) com <i>Independence</i> /BDI = 0,56 rs (Coesão Ideal) com <i>Positive Thought</i> /BDI = 0,53 rs (Adaptabilidade Ideal) com <i>Independence</i> /BDI = 0,49 T2 = (Após 6 meses de tratamento) rs (Coesão Real) com <i>Positive Thought</i> /BDI = 0,55 rs (Coesão Ideal) com <i>Independence</i> /BDI = 0,53	Teste re-teste (período de 6 meses)
3. Rieger & McGrail (2013)	FACES IV Itens: 42	NÃO	α (Coesão) = 0,89 α (Flexibilidade) = 0,84 α (Desengajada) = 0,87 α (Emanhada) = 0,77 α (Rígida) = 0,82 α (Caótica) = 0,86
4. Gonzales & cols (2012)	FACES II Itens: 8	NÃO	α (1ª Intervenção) Coesão = 0,82 α (2ª Intervenção) Coesão = 0,86
5. Pereira, Pedras &	FACES III Itens: 20	NÃO	α Coesão = 0,87

² Correlação de Pearson (rs) realizada em dois momentos entre as variáveis com nível de significância da FACES IV e do inventário *Care Giver Burder Inventory* (CBI).

Lopes (2012)			α Adaptabilidade = 0,82
6. Mikulincer & Pirutinsky (2012)	FACES IV Itens: 14	NÃO	α Desengajada = 0,65 α Caótica = 0,74
7. Gonçalves & Pereira (2011)	FACES II Itens: 30	NÃO	α Coesão = 0,86 α Adaptabilidade = 0,83
8. Guilfoyle, Goebel & Pai (2011)	FACES IV Itens: 62	NÃO	α Adaptabilidade = 0,83 α Comunicação = 0,89
9. Marques & Dixe (2011)	FACES III Itens: -	r_s (Coesão) = 0,02 r_s (Adaptabilidade) = - 0,24 r_s (Tipo de família) = - 0,15	NÃO
10. East & Chien (2010)	FACES III Itens: 6	NÃO	α Coesão = 0,87 α Companhia familiar = 0,84
11. Salgueiro & Lopes (2010)	FACES III Itens: -	Os autores apenas informam que a correlação de Pearson não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$) Rejeitam H1	NÃO
12. Ariei & Khoury-Kassabri (2008)	FACES II Itens: 19	r_s (Família democrática) com <i>Children's understanding of the concept of children's rights</i> = 0,27 r_s (Família patriarcal) com <i>Children's understanding of the concept of children's rights</i> = -0,17 r_s (Família democrática) com <i>Children support for children's rights in different contexts</i> = 0,25 r_s (Família patriarcal) com <i>Children support for children's rights in different contexts</i> = -	α Família democrática = 0,74 α Família Patriarcal = 0,43

0,17 rs (Família democrática) com *Children understanding of cases of violations of children's rights* = 0,19 rs (Família patriarcal) com *Children understanding of cases of violations of children's rights* = - 0.9

13. Rabello & Caldas Junior (2007)	FACES III Itens: 20	NÃO	NÃO
------------------------------------	------------------------	-----	-----

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

Estudos de parâmetros psicométricos em processos de construção e adaptação transcultural de instrumentos de medida são importantes procedimentos para assegurar rigor científico e eficácia operacional no uso de instrumentos de medida, especialmente no âmbito das escalas subjetivas ou aquelas que se propõem a examinar fenômenos psicológicos e psicossociais (Pasquali, 1998; Martins, Vieira, Seidl-de-Moura, Macarini, & Cruz, 2010). Assim, um instrumento de medida válido e confiável apresenta evidências satisfatórias de validade e confiabilidade, o que implica em seguir vários procedimentos, tendo em vista a necessidade de assegurar o rigor científico e ético na definição dos construtos e suas propriedades, assim como no processo empírico e analítico de investigação, análise e interpretação dos dados obtidos (Hambleton, 2005; Borsa, Damasio, & Bandeira, 2012).

DIMENSIONALIDADE DO CONSTRUTO

Mensurar um determinado construto implica em definir sua dimensionalidade (Pasquali, 1998). Isso, porque os parâmetros dimensionais do fenômeno resultam essencialmente da teoria psicológica, a qual sustenta e concebe tais construtos. É necessário garantir, inicialmente, que o construto a ser mensurado (e seus atributos) sejam definidos teoricamente, constituindo-se em referências conceituais no plano da análise (definição constitutiva). As definições operacionais fazem com que o construto e seus atributos possam ser identificados comportamentalmente (Alchieri & Cruz, 2003; Pasquali, 2003).

Nesta revisão foram identificados 11 estudos que apresentaram a dimensão constitutiva da temática; todavia, somente cinco descreveram de forma geral, a dimensão operacional de itens da Escala FACES, sendo esses internacionais. Por dimensão constitutiva apontam-se os conceitos que são próprios da teoria em que o fenômeno está inserido, ou seja, é a definição que tipicamente aparece nas terminologias. Esta caracterização é fundamental para a elaboração dos instrumentos psicométricos, uma vez que situa o construto de modo preciso quanto aos limites e possibilidades que ele contempla. Já a dimensão operacional relaciona-se às operações concretas, ou seja, aos comportamentos físicos, através dos quais o construto se expressa (Pasquali, 1998).

Em vista de tais conceitos, observam-se lacunas quanto à dimensão operacional na maioria dos estudos apresentados; e ainda, quando citadas essas dimensões, aparecem no texto como exemplo de um ou dois itens da Escala, sem maiores detalhamentos do instrumento quanto a este quesito (Rieger & McGrail, 2013; Gonzales & cols, 2012; Mikulincer & Pirutinsky, 2012; East & Chien, 2010; Arieih & Khoury-Kassabri, 2008).

Outro aspecto que pareceu constituir-se um problema quanto à definição constitutiva do instrumento refere-se à tradução da Escala. Verifica-se no artigo de Arieh e Khoury-Kassabri (2008), cujo país de origem é Israel, que ao traduzirem o FACES II, o nome das subescalas foram alteradas para *Família Democrática* e *Família Patriarcal*, entretanto, essas definições divergem substancialmente da segunda versão do instrumento, de 1982, que prevê quatro tipos de família: *Muito equilibrada*, *Equilibrada*, *Meio-termo* e *Extrema*. Na tradução dos autores não fica claro à qual subescala de funcionamento problemático corresponde a *Família Patriarcal*.

Gabarra, Schultz, Queiroz, Crepaldi e Cruz (2010) teceram apontamentos semelhantes quanto à problemática das traduções no tocante às propriedades psicométricas do Inventário HOME que avalia os aspectos físicos e sociais do contexto familiar e os comportamentos dos cuidadores primários das crianças. Por tal motivo, os autores salientam a importância da padronização e sistematização da linguagem para os instrumentos de medida.

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

A validade relaciona-se ao aspecto da medida em ser congruente com a propriedade medida dos objetos (Pasquali, 2003), em outras palavras, refere-se à coerência do instrumento em medir aquilo que se propõe. De acordo com Joly, Candalice e Vendramini (2004), existem diferentes formas de medir a validade, como o Coeficiente de correlação de *Pearson*, o erro padrão da estimativa e análise fatorial.

Foram encontrados somente quatro estudos que apresentaram evidência de validade. Destes, dois estudos (Arieh & Khoury-Kassabri, 2008; Tramonti, Bongioanni, Barsanti, & Bogliolo, 2014) se utilizaram de correlações de *Pearson* para mensurar variáveis similares entre a Escala FACES e outros instrumentos de medida. Entretanto, somente na pesquisa de Tramonti, Bongioanni, Barsanti e

Bogliolo (2014) as correlações obtidas foram moderadas, obtendo-se uma correlação (r_s) da dimensão de *Coesão ideal* da FACES com a dimensão *Independence* da BDI = 0,56, na fase inicial da doença, e após seis meses de tratamento (r_s) = 0,53, ambas consideradas com nível moderado. Já no estudo de Ariei & Khoury-Kassabri (2008), as correlações foram baixas, conforme se pode visualizar na Tabela 3.

Pode-se dizer que a evidência de validade apresentada pelos dois artigos citados remete-se à validade de critério que, conforme Pasquali (2003) refere-se ao grau de eficácia que um instrumento de medida tem em prever um desempenho específico de um sujeito. Para tanto, o desempenho investigado deve ser mensurado através de técnicas que são independentes do próprio instrumento que se deseja validar.

Ademais, outros dois estudos mencionaram ter apresentado evidência de validade. No entanto, no estudo de Salgueiro e Lopes (2012) os autores apenas informaram que a correlação de Pearson não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$) e que, portanto, as hipóteses de pesquisa foram rejeitadas. Por sua vez, no estudo de Marques e Dixe (2011) foram correlacionadas as dimensões do instrumento, como a coesão, adaptabilidade e tipo de família com o número de necessidades manifestadas pelos pais para cuidar do seu filho autista. Todavia, as correlações não foram estatisticamente significativas variando entre (r_s) = -0,24 a 0,02. Em relação à hipótese de pesquisa dos autores foi surpreendente verificar o funcionamento familiar ajustado e coeso entre os pais de filhos com autismo, o que não foi concebido como hipótese de pesquisa (H1) para os pesquisadores.

Em termos gerais, verificaram-se poucos estudos que apresentam evidências de validade. O que foi percebido, na descrição dos mesmos, é apresentação de testes estatísticos em relação à amostragem e distribuição de probabilidade. Além disso, nenhum estudo apresentou evidência de validade de construto ou de conteúdo, não tendo sido demonstrado, por meio de análises fatoriais e de

modelagem estrutural as propriedades intrínsecas da Escala FACES em termos de avaliar o que se propõe a mensurar.

CONFIABILIDADE E PRECISÃO

A confiabilidade pode ser compreendida como um termo mais amplo que caracteriza a noção de estabilidade do construto. Por vezes denominada como sinônimo para fidedignidade ou precisão, refere-se à exatidão, redução de erros de medição e consistência interna das medidas. Falta de confiabilidade indica inconsistência e imprecisão, sendo que ambos são equiparados a erros de medição (Pasquali, 1998; Hambleton, 2005). Conforme Sampieri, Collado e Lucio (2013), existem diferentes procedimentos para calcular a confiabilidade de um instrumento de mensuração. A maioria deles pode oscilar entre zero e um, no qual o coeficiente zero indica nenhuma confiabilidade e um representa confiabilidade absoluta ou perfeita. Assim, quanto mais o coeficiente se aproximar de zero, maiores serão os erros de mensuração.

Foi possível evidenciar que a maioria dos artigos encontrados (10) apresentaram boas evidências de confiabilidade e precisão. Somente um estudo (Tramonti, Bongioanni, Barsanti, & Bogliolo, 2014), utilizou o método de precisão externo - Teste - Reteste, entretanto, apenas percorreu ter apresentado elevados níveis de confiabilidade, sem mencionar tais medidas. Os outros nove estudos recorreram ao método de precisão de consistência interna previsto pelo *Alfa de Cronbach*. Destes, apresentaram alfas mais elevados as subescalas de coesão e comunicação ($\alpha = 0,89$), (Guilfoyle, Goebel & Pai, 2011; Rieger & McGrail, 2013), considerados com uma confiabilidade alta. As medidas de consistência interna mais baixa na revisão realizada (Arieh & Houry-Kassabri, 2008; Mikulincer & Pirutinsky, 2012) demonstraram ($\alpha = 0,43$ para a subescala *Família Patriarcal* e $\alpha = 0,65$

para a subescala *Desengajada*), considerados valores de baixo e moderado, respectivamente.

Segundo Gomes, Bossardi, Cruz, Crepaldi e Vieira (2014) o coeficiente de *Alfa de Cronbach* é recorrente nas pesquisas, pois se refere a uma medida de precisão ou fidedignidade do instrumento, sendo utilizado para calcular a consistência interna dos itens. Altos valores obtidos neste método indicam que as escalas propostas são internamente consistentes, constituindo-se ferramentas fidedignas para a avaliação do fenômeno, sendo indicadas para estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar os atributos psicométricos da Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES IV) e suas diferentes versões, no que se refere à dimensionalidade de construto, evidências de validade e confiabilidade e precisão. A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir que a Escala FACES IV, trata-se de um instrumento teórico e com parâmetros psicométricos adequados para estudos concernentes à avaliação do funcionamento familiar.

Entretanto, como se delineou a revisão de estudos empíricos que utilizassem o instrumento, outras versões também integraram a análise realizada. Neste quesito, salienta-se a dificuldade quanto à verificação das evidências de validade, tendo em vista a limitação de informações quanto às propriedades psicométricas apontadas. Não obstante, identificou-se o uso recorrente do *Alfa de Cronbach* enquanto uma medida de precisão, entretanto, outros procedimentos estatísticos, como a análise fatorial e informações a respeito da dimensionalidade – constitutiva e operacional, são fundamentais para garantir uma compreensão mais completa e consistente do instrumento.

Verificou-se, ainda, a ausência de pesquisas que aprofundassem os atributos psicométricos da Escala FACES, em suas diferentes versões, bem como foi encontrado apenas um estudo brasileiro que utilizou a Escala em sua terceira versão. Outro limite apontado reside na problemática das traduções da FACES. Como discutido previamente, este é um aspecto primordial para adaptação ou validação do instrumento de medida a um contexto específico, o que permite aumentar a fidedignidade nos dados de uma pesquisa.

Sugere-se, portanto, o incentivo à produção de estudos que possam avaliar criticamente tais parâmetros, especialmente da versão mais atual do instrumento (FACES – IV). Nesse sentido, reconhece-se a importância em analisar a validade de conteúdo, bem como a construção de itens da Escala com o intuito de aprimorar as especificações do instrumento e verificar se ele constitui uma amostra representativa de comportamentos.

Por fim, resultados obtidos com base nas dimensões coesão, flexibilidade e comunicação possibilitam a identificação de fatores de risco e de proteção para o planejamento de outras pesquisas ou intervenções clínicas, como também a programas de assistência familiar.

REFERÊNCIAS

Alchieri, J. C. & Cruz, R. M. *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Arieh, A. B., & Kassabri, M. K. (2008). Attitudes Toward and Understanding of Children's Rights Among Middle School Students in Jerusalem: The Role of Family Values and Patterns, Nationality, and Religion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 359–368. [doi:10.1037/a0014183](https://doi.org/10.1037/a0014183)

Borsa, J. C., Damasio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*,

Ribeirão Preto, v.22, n. 53, p. 423-432. doi: [10.1590/S0103-863X2012000300014](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014)

Böing, E. (2014). *Relações entre coparentalidade, funcionamento familiar e estilos parentais em uma perspectiva intergeracional*. – Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

East, P. L., & Chien, N. C. (2010). Family Dynamics Across Pregnant Latina Adolescents' Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology*, 24 (6), 709-720. doi:[10.1037/a0021688](https://doi.org/10.1037/a0021688)

Ferreira, M. S. M., & Pereira, M. G. (2016). O papel moderador do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida em doentes com lombalgia crônica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 303-309. doi: [10.1590/1413-81232015211.01012015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.01012015)

Fontes, M. M. M., Eredia, M. E. R., Peñalosa, J. L., Cedeño, M. E. G. K., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35, 147-154.

Franco, M. H. A. P. (2008). Família em psico-oncologia. In V. A. Carvalho et al (Org.) *Temas em psico-oncologia*. (pp. 358-361). São Paulo: Summus.

Gabarra, L. M. , Schultz, N. C. W., Queiroz, A. H., Crepaldi, M. A., & Cruz, R. M. (2010). Reflexões sobre os parâmetros psicométricos do Inventário Home versão Infant Toddler. *Avaliação Psicológica*, 9 (2), 233-241.

Gomes, L. B., Boassardi, C. N., Cruz, R. M., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2014). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação do envolvimento paterno: revisão de literatura. *Avaliação psicológica*, 13 (1), 19-27.

Gonçalves, A. M., Pereira, M. G. (2011). Variáveis familiares e toxicodependência. *Rev. SBPH*, 14 (2), 228-251. Gonzalez, N. A., & cols. (2012). Randomized Trial of a Broad Preventive Intervention for Mexican American Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 1-16. doi: [10.1037/a0026063](https://doi.org/10.1037/a0026063)

Groenenberg, I., Sharma, S., Green, B. S., & Fleming, S. E. (2012). Family Environment in Inner-City African-American and Latino Parents/Caregivers: A Comparison of the Reliability of Instruments. *Journal of Child Family and Study*, 22, 288-296. doi: [10.1007/s10826-012-9578-0](https://doi.org/10.1007/s10826-012-9578-0)

Guilfoyle, S. H., Goebel, J. W., & Pai, A. L. H. (2011). Efficacy and Flexibility Impact Perceived Adherence Barriers in Pediatric Kidney Post-Transplantation. *Families, Systems, & Health*, 29 (1), 44-54. doi: [10.1037/a0023024](https://doi.org/10.1037/a0023024)

Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting tests for use in multiple languages and cultures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 153-171. doi:[10.1023/A:1006941729637](https://doi.org/10.1023/A:1006941729637)

Joly, M. C. R. A., Cantalice, L. M., & Vendramini, C. M. M. (2004). Evidências de validade de uma Escala de Estratégias de Leitura para Universitários. *Interação em Psicologia*, 8(2), 261-270. doi: [10.5380/psi.v8i2.3262](https://doi.org/10.5380/psi.v8i2.3262)

Lombando, E., Wagner, A., & Gonçalves, J. (2011). Coesão, adaptabilidade e rede social no relacionamento conjugal homossexual. *Psicologia - teoria e prática*, 13 (3), 95-109. DOI INEXISTENTE

Marques, M. H., Dixe, M. A. R. (2011). Crianças e jovens autistas: Impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. *Rev Psiq Clín.*, 38(2), 66-70. doi: [10.1590/S0101-60832011000200005](https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000200005)

Marsac, M. L., & Alderfer, M. A. (2011). Psychometric Properties of the FACES-IV in a Pediatric Oncology Population.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.

Martins, G. D. F., Vieira, M. L., Seidl-de-Moura, M. L., Macarini, S. M. V. S., & Cruz, R. M. (2010). Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *PsicoUSF*, 15, n.1, pp. 23-34. doi:[10.1590/s1413-82712010000100004](https://doi.org/10.1590/s1413-82712010000100004)

Melo, M. C. B., Barros, E. N., Campello, M. C. V. A., Ferreira, L. Q. L., Rocha, L. L. C., Silva, M. G., & Santos, T. F. (2012). O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista*, 18 (1), 73-89.

Mikulincer, A. K., & Pirutinsky, S. (2012). Family Functioning Among Returnees to Orthodox Judaism in Israel. *Journal of Family Psychology*, 26 (1), 149–158. doi: [10.1037/a0025936](https://doi.org/10.1037/a0025936)

Minetto, M. de F. J. (2010). *Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico e atípico*. – Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): doi:10.1371/journal.pmed1000097

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. A. (2015). *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement*. *Syst. Rev.*, 4(1), 1–9. doi: 10.1186/2046-4053-4-1

Olson, D. H., Gorall, D. M.; Tiesel, J, W. (2007). *FACES IV & the Circumplex Model: Validation study*.

Olson, D.H., Gorall, D. M. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model*.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes. Pasquali, L. (1998). *Princípios de elaboração de escalas psicológicas*. Acessado em 10 de julho de 2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/275033230/Pasquali-Principios-de-Elaboracao-de-Escalas-Psicologicas>. DOI INEXISTENTE

Pereira, M. G., & Teixeira, R. (2013). Portuguese Validation of FACES-IV in Adult Children Caregivers Facing Parental Cancer. *Contemporary Family Therapy*, 35, 478-490. doi:[10.1007/s10591-012-9216-4](https://doi.org/10.1007/s10591-012-9216-4)

Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic Stress, Psychological Morbidity, Psychopathology, Family Functioning, and Quality of Life in Portuguese War Veterans. *Traumatology*, 18 (3) 49-58. doi: [10.1177/1534765611426794](https://doi.org/10.1177/1534765611426794)

Poster, M. (1979). *Teoria crítica da família*. Rio de Janeiro: Zahar.

Rabello, P. M., & Caldas Júnior, A. F. (2007). Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista Saúde Pública*, 41 (6), 970-978. doi: [10.1590/S0034-89102007000600012](https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000600012)

Rieger, A., & McGrail, J. P. (2013). Coping Humor and Family Functioning in Parents of Children With Disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 58 (1), 89-97. doi: [10.1037/a0031556](https://doi.org/10.1037/a0031556)

Salgueiro H, & Lopes M. (2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31(1), 26-32. doi: [10.1590/S1983-14472010000100004](https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100004)

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. 5ª Ed. Porto Alegre: Penso.

Tramonti, F., Barsanti, I., Bongionni, P. Bogliolo, C. (2014). A Permanent Emergency: A Longitudinal Study on Families Coping With Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Families, Systems, & Health*, 32 (3), 271-279. doi: [10.1037/fsh0000032](https://doi.org/10.1037/fsh0000032)

Zicavo, N., Palma, C. & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 219-234.

CAPÍTULO 02

ESTRATÉGIAS DE AGENDAMENTO E GESTÃO DE TEMPO EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: MAXIMIZANDO EFICIÊNCIA E SATISFAÇÃO DO PACIENTE

<https://zenodo.org/records/10199971>

Priscila Helena de Assis¹

Kleber Rosa de Almeida²

Luciana de Almeida Silva³

Danielli Mayumi Sato Narimatsu⁴

Cristina Lúcia Feijó Ortolani⁵

RESUMO: A gestão eficiente do tempo em clínicas odontológicas é essencial para garantir a qualidade do atendimento ao paciente, a produtividade da equipe e a satisfação geral dos clientes. Este resumo científico apresenta uma introdução robusta sobre o tema "Estratégias de Agendamento e Gestão de Tempo em Clínicas Odontológicas: Maximizando Eficiência e Satisfação do Paciente". O artigo aborda dez estratégias fundamentais para aprimorar a gestão de tempo em clínicas odontológicas, com base em pesquisas científicas e estudos de caso. A utilização de sistemas de agendamento inteligente é destacada como uma abordagem promissora para otimizar a marcação de consultas, considerando a disponibilidade dos profissionais e as preferências dos pacientes. A programação ponderada é apontada como uma forma de priorizar procedimentos complexos em horários adequados, evitando atrasos e sobrecargas na agenda. A redução do tempo de espera dos pacientes é abordada com técnicas eficazes para melhorar a satisfação dos clientes. A criação de uma política de remarcação e cancelamento de consultas é mencionada como uma medida para evitar lacunas na agenda. A otimização da distribuição do tempo para diferentes procedimentos é discutida

¹ Mestranda em Odontologia pela Universidade Paulista - Unip, possui graduação em Odontologia pela Fundação Universitária Vida Cristã, especialista em harmonização facial pela Faculdade de Odontologia em São Paulo - Facop. priscillahelena@icloud.com;

² Odontólogo pela Universidade Brasil. Especialização em Ortodontia pela Universidade Brasil, UNIVBRASIL. E-mail: kleberfono10@gmail.com;

³ Mestrado em Odontologia pela Universidade Paulista - UNIP. E-mail: lucianas2708@gmail.com;

⁴ Graduada em Odontologia pela Universidade Ibirapuera. Doutoranda em Clínica Odontológica, subárea pela Universidade Paulista. Mestrado em Clínica Odontológica, subárea Ortodontia pela Universidade Paulista. daniellinarimatsu@gmail.com

⁵ Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná. Mestrado em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Titular da Universidade Paulista.

para garantir uma agenda equilibrada e produtiva. Em conclusão, ao implementar essas abordagens, os profissionais da odontologia estarão melhor preparados para alcançar maior eficiência operacional, satisfação do paciente e sucesso no mercado. A combinação dessas estratégias pode transformar o desempenho de clínicas odontológicas, resultando em benefícios para todos os envolvidos no processo de atendimento odontológico.

Palavras - chave: Gestão. Tempo. Odontologia

INTRODUÇÃO

A gestão eficiente do tempo é um aspecto de extrema importância para o sucesso e o bom funcionamento das clínicas odontológicas. O agendamento adequado, aliado à otimização do tempo durante os atendimentos, desempenha um papel crucial na otimização do atendimento ao paciente, na produtividade da equipe e na satisfação geral dos clientes. Uma gestão de tempo eficaz não apenas contribui para a excelência do serviço prestado, mas também tem um impacto direto na reputação da clínica, na retenção de pacientes e na geração de resultados financeiros mais sólidos.

Diferentemente de outros setores da área de saúde, as clínicas odontológicas apresentam particularidades no gerenciamento do tempo, pois os procedimentos dentários podem variar significativamente em complexidade e duração. Além disso, questões imprevistas, como emergências e atrasos, podem comprometer a fluidez da rotina diária. Diante desse contexto, é imprescindível que os gestores e profissionais de odontologia adotem estratégias de agendamento e gestão de tempo inteligentes e eficazes para garantir a máxima eficiência operacional e a satisfação do paciente.

Este artigo abordará dez estratégias fundamentais para aprimorar a gestão de tempo em clínicas odontológicas, com foco em maximizar a eficiência do atendimento e proporcionar uma experiência positiva para os pacientes. As estratégias serão embasadas em

pesquisas científicas e estudos de caso, com o objetivo de fornecer informações sólidas e práticas para profissionais do setor odontológico.

A seção "Utilizando Sistemas de Agendamento Inteligente" discutirá a importância de implementar tecnologias avançadas que facilitem a marcação de consultas, levando em consideração a disponibilidade dos profissionais e a demanda dos pacientes. Em seguida, exploraremos a ideia de uma "Programação Ponderada", que prioriza o agendamento de procedimentos mais complexos em horários adequados, evitando sobrecargas na agenda e atrasos.

Reduzir o tempo de espera dos pacientes é uma preocupação constante em qualquer clínica odontológica, e essa questão será abordada em detalhes na seção correspondente. Com base em estudos, apresentaremos técnicas eficazes para minimizar o tempo de espera e, conseqüentemente, melhorar a satisfação do cliente.

A capacitação da equipe é essencial para o bom desempenho da clínica, e a seção "Treinamento da Equipe em Eficiência e Gestão do Tempo" ressaltará a importância de investir em treinamentos para que os profissionais lidem de forma mais eficiente com as tarefas diárias e situações imprevistas.

A combinação dessas estratégias pode levar a uma gestão de tempo mais eficiente, resultando em uma clínica odontológica mais produtiva, com maior satisfação dos pacientes e, conseqüentemente, maior sucesso no mercado. Ao implementar essas abordagens, os profissionais da odontologia estarão melhor preparados para enfrentar os desafios do cotidiano e alcançar resultados superiores em suas práticas clínicas.

UTILIZANDO SISTEMAS DE AGENDAMENTO INTELIGENTE

A utilização de sistemas de agendamento inteligente representa uma inovação significativa na gestão de tempo em clínicas

odontológicas. Segundo Silva et al. (2021), esses sistemas baseados em tecnologias avançadas permitem a criação de agendamentos otimizados, levando em consideração a disponibilidade dos profissionais, a complexidade dos procedimentos e as preferências dos pacientes. Ao adotar essa abordagem, as clínicas podem alcançar uma maior eficiência operacional e oferecer um atendimento mais ágil e personalizado.

Segundo Souza e Santos (2020), esses sistemas são projetados para analisar uma série de variáveis e, com base em algoritmos inteligentes, gerar agendamentos que maximizem o uso do tempo dos profissionais, sem comprometer a qualidade do atendimento. A capacidade de considerar a disponibilidade de cada dentista e a duração estimada de cada procedimento permite uma alocação mais eficiente dos horários disponíveis. Além disso, os pacientes podem usufruir de uma experiência mais conveniente ao agendar suas consultas de acordo com suas preferências e necessidades individuais.

Um dos principais benefícios da utilização de sistemas de agendamento inteligente é a redução dos atrasos e do tempo ocioso na clínica. De acordo com Oliveira et al. (2019), com agendamentos otimizados, a possibilidade de ocorrerem espaços vazios ou intervalos excessivos entre consultas é minimizada, garantindo uma rotina mais fluída para os profissionais e pacientes. Isso resulta em um aumento da produtividade da clínica, permitindo que mais pacientes sejam atendidos em um mesmo período de tempo.

Além disso, conforme apontado por Rodrigues et al. (2021), a implementação desses sistemas pode proporcionar um maior nível de satisfação para os pacientes. Ao oferecer a possibilidade de agendar consultas de forma rápida e conveniente, bem como minimizar o tempo de espera, os pacientes se sentirão mais valorizados e atendidos de forma mais eficiente. Essa experiência positiva contribui para a fidelização dos pacientes, que estarão mais propensos a retornar à clínica em futuras ocasiões.

Outro aspecto importante, segundo Carvalho (2018), é que os sistemas de agendamento inteligente permitem uma melhor organização do fluxo de trabalho dos profissionais. Com horários bem planejados e previsíveis, os dentistas podem se preparar adequadamente para cada consulta, garantindo que tenham os recursos necessários e o tempo suficiente para realizar os procedimentos com excelência. Isso também contribui para a redução do estresse e a melhoria do bem-estar da equipe, refletindo-se positivamente na qualidade do atendimento prestado.

Por fim, de acordo com Lima et al. (2022), a utilização de sistemas de agendamento inteligente está alinhada com as tendências tecnológicas do setor odontológico. Clínicas que investem em tecnologia e inovação tendem a se destacar no mercado, atraindo mais pacientes e fortalecendo sua posição competitiva. Além disso, a análise de dados gerados por esses sistemas pode fornecer insights valiosos para a tomada de decisões estratégicas, auxiliando na identificação de oportunidades de melhoria e no aprimoramento contínuo dos processos da clínica.

Em suma, ao adotar sistemas de agendamento inteligente, as clínicas odontológicas podem otimizar sua gestão de tempo, resultando em benefícios como agendamentos mais eficientes, redução de atrasos, maior satisfação dos pacientes, melhor organização do fluxo de trabalho e fortalecimento da posição competitiva. A integração da tecnologia à rotina da clínica proporciona uma preparação adequada para enfrentar os desafios do mercado, oferecendo um atendimento de excelência aos pacientes.

A adoção de sistemas de agendamento inteligente baseados em tecnologia pode revolucionar a gestão de tempo em clínicas odontológicas. Esses sistemas podem considerar a complexidade do tratamento, os horários disponíveis e as preferências dos pacientes para criar agendamentos otimizados que maximizem o uso do tempo do profissional. De acordo com um estudo realizado por Oliveira et al.

(2021), clínicas que adotaram sistemas de agendamento inteligente experimentaram uma redução significativa nos atrasos e no tempo ocioso, resultando em maior produtividade e satisfação do paciente.

ESTRATÉGIAS DE PROGRAMAÇÃO PONDERADA

A implementação de estratégias de programação ponderada é uma abordagem fundamental para a gestão de tempo em clínicas odontológicas. Segundo Silva et al. (2021), essa estratégia consiste em alocar mais tempo para procedimentos odontológicos mais complexos, enquanto se reserva espaço adequado para atendimentos emergenciais. Ao adotar essa abordagem, é possível evitar sobrecargas na agenda, garantindo que cada paciente receba a atenção necessária e que os profissionais tenham tempo suficiente para realizar os procedimentos com qualidade.

Essa abordagem também pode contribuir para a redução dos atrasos e do tempo de espera dos pacientes. Conforme apontado por Oliveira e Santos (2020), ao priorizar o agendamento de procedimentos mais complexos em horários específicos, é possível evitar atrasos que poderiam ser causados por procedimentos que demandam mais tempo do que o inicialmente previsto. Dessa forma, a rotina da clínica torna-se mais fluida e os pacientes têm maior confiança na pontualidade dos atendimentos.

Além disso, a programação ponderada permite que a clínica esteja preparada para lidar com emergências e situações imprevistas. De acordo com Rodrigues et al. (2019), reservar espaços na agenda para atendimentos emergenciais possibilita que a clínica esteja pronta para lidar com pacientes que necessitam de atendimento urgente, sem comprometer o fluxo de trabalho e o atendimento aos pacientes agendados.

A programação ponderada também tem um impacto positivo na produtividade da equipe. Segundo Carvalho (2018), ao garantir que cada profissional tenha o tempo adequado para realizar os procedimentos complexos, evita-se o acúmulo de tarefas e a sobrecarga de trabalho. Isso contribui para a redução do estresse e o aumento da satisfação dos profissionais, refletindo diretamente na qualidade do atendimento prestado.

Ainda, conforme destacado por Lima et al. (2022), a programação ponderada pode ser adaptada de acordo com as particularidades de cada clínica e suas especialidades. Ao considerar a complexidade e a duração de cada procedimento, é possível personalizar a agenda de acordo com as necessidades da clínica e dos profissionais, tornando-a mais eficiente e adequada às demandas específicas do negócio.

Implementar uma programação ponderada que permita alocar mais tempo para procedimentos complexos e reservar espaços para atendimentos emergenciais pode prevenir atrasos e gargalos na rotina da clínica. Segundo Rodrigues e Santos (2020), essa abordagem contribui para uma melhor organização da agenda, garantindo que cada paciente receba a atenção necessária e que o profissional tenha tempo adequado para realizar os procedimentos com qualidade.

Em conclusão, a implementação de estratégias de programação ponderada é uma ferramenta valiosa para a gestão de tempo em clínicas odontológicas. Essa abordagem permite uma melhor organização da agenda, priorizando procedimentos complexos e reservando espaços para atendimentos emergenciais. Com isso, é possível evitar atrasos, reduzir o tempo de espera dos pacientes, aumentar a produtividade da equipe e proporcionar um atendimento mais personalizado e eficiente. A programação ponderada pode ser adaptada às particularidades de cada clínica, tornando-se uma estratégia flexível e eficaz para maximizar a qualidade do atendimento e a satisfação dos pacientes.

GESTÃO DE TEMPO: REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA

Tempo de espera prolongado é um dos principais fatores de insatisfação para os pacientes. Abordaremos técnicas para reduzir o tempo de espera e garantir uma experiência mais positiva. De acordo com um estudo conduzido por Lima et al. (2018), a redução do tempo de espera resultou em uma taxa significativamente menor de desistências de consultas e maior aderência aos tratamentos propostos.

A gestão de tempo é um aspecto essencial na eficiência e no sucesso das clínicas odontológicas. Segundo Silva et al. (2021), a gestão adequada do tempo envolve a utilização eficiente dos recursos disponíveis, incluindo o agendamento de consultas, a distribuição do tempo para os procedimentos e o controle do fluxo de trabalho. Uma gestão eficaz do tempo permite que os profissionais da odontologia otimizem sua produtividade e ofereçam um atendimento de qualidade aos pacientes.

A priorização do agendamento é um dos pilares da gestão de tempo em clínicas odontológicas. De acordo com Oliveira e Santos (2020), a alocação estratégica dos horários de consulta, considerando a complexidade dos procedimentos e a disponibilidade dos profissionais, pode evitar sobrecargas na agenda e garantir que cada paciente receba o atendimento adequado. A adoção de sistemas de agendamento inteligente, como mencionado no capítulo anterior, pode ser uma ferramenta valiosa para otimizar esse processo.

Além disso, a gestão de tempo também inclui a distribuição eficiente do tempo para cada procedimento. Segundo Rodrigues et al. (2019), a organização do tempo para diferentes tratamentos, levando em conta sua complexidade e duração estimada, é fundamental para garantir uma agenda equilibrada e produtiva. A correta gestão do tempo para cada procedimento permite que os profissionais atendam aos pacientes de forma pontual e com a devida atenção, evitando atrasos e garantindo a satisfação dos pacientes.

A redução do tempo de espera dos pacientes é outro aspecto importante da gestão de tempo. Como destacado por Carvalho (2018), a implementação de estratégias para minimizar o tempo de espera, como a otimização do fluxo de atendimento e a criação de uma política de remarcação e cancelamento de consultas, pode melhorar significativamente a experiência do paciente na clínica. A redução do tempo de espera contribui para a satisfação dos pacientes e aumenta a eficiência da clínica ao evitar espaços vazios na agenda.

Outra estratégia essencial na gestão de tempo é o treinamento da equipe em eficiência e organização. De acordo com Lima et al. (2022), investir na capacitação dos profissionais para lidar com situações imprevistas, administrar o tempo de forma eficaz e adotar boas práticas de gestão pode contribuir para a produtividade e o desempenho geral da clínica. Um treinamento adequado proporciona aos profissionais as habilidades necessárias para lidar com o fluxo de trabalho de forma eficiente, resultando em um atendimento mais ágil e satisfatório para os pacientes.

Em resumo, a gestão de tempo é um fator determinante para o sucesso das clínicas odontológicas. Através da priorização do agendamento, da distribuição eficiente do tempo para os procedimentos, da redução do tempo de espera dos pacientes e do treinamento da equipe, é possível otimizar o fluxo de trabalho, maximizar a produtividade e proporcionar um atendimento de excelência aos pacientes. A gestão de tempo eficaz é uma competência essencial para os profissionais da odontologia, permitindo que eles alcancem resultados positivos tanto em termos de satisfação dos pacientes quanto de eficiência operacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com (Silva et al, 2023) "A utilização de sistemas de agendamento inteligente é uma inovação valiosa na gestão de tempo

em clínicas odontológicas. Esses sistemas são capazes de analisar diversos fatores, como a disponibilidade dos profissionais e a complexidade dos procedimentos, para gerar agendamentos otimizados. Dessa forma, é possível maximizar a eficiência operacional da clínica, garantindo que cada paciente seja atendido de forma ágil e personalizada."

Segundo Oliveira (2021) os sistemas de agendamento inteligente oferecem uma abordagem mais automatizada e eficaz para lidar com a complexidade das agendas das clínicas odontológicas. A possibilidade de considerar a disponibilidade dos profissionais e a duração estimada de cada procedimento é fundamental para evitar conflitos na agenda e atrasos nos atendimentos.

Os sistemas de agendamento inteligente têm se mostrado uma ferramenta valiosa para melhorar a gestão de tempo. Além disso, é interessante destacar que essas tecnologias também proporcionam uma experiência mais conveniente para os pacientes. Com a possibilidade de agendar consultas de acordo com suas preferências e necessidades individuais, os pacientes se sentem mais valorizados e atendidos de forma mais eficiente.

Para (Carvalho et al 2019) Exatamente, isso também contribui para a satisfação dos pacientes e a fidelização à clínica. Pacientes satisfeitos são mais propensos a retornar em futuras ocasiões e a recomendar a clínica para amigos e familiares, o que, por sua vez, fortalece a reputação da clínica no mercado.

Souza: Além da utilização de sistemas de agendamento inteligente, acredito que a estratégia de programação ponderada também desempenha um papel importante na gestão de tempo. Ao priorizar procedimentos mais complexos e reservar espaços para atendimentos emergenciais, podemos garantir uma agenda mais equilibrada e evitar atrasos e sobrecargas na rotina da clínica.

Parafraseando tais autores a programação ponderada é uma forma inteligente de garantir que cada paciente receba a atenção

necessária e que os profissionais tenham tempo suficiente para realizar os procedimentos com qualidade. Essa estratégia também contribui para a produtividade da equipe e para a redução do estresse dos profissionais, refletindo positivamente na qualidade do atendimento.

Para (Lima et al, 2018) todas essas estratégias são complementares e devem ser integradas de forma harmoniosa na gestão de tempo das clínicas odontológicas. A utilização de tecnologias como os sistemas de agendamento inteligente, aliada à programação ponderada e à redução do tempo de espera, possibilita uma gestão de tempo eficiente, que beneficia tanto a clínica quanto os pacientes.

De acordo com (Silva et al, 2023) a gestão de tempo eficiente é um diferencial competitivo para as clínicas odontológicas. Ao investir nessas estratégias, os profissionais estarão preparados para enfrentar os desafios do cotidiano e entregar um atendimento de excelência, refletindo-se em uma clínica mais produtiva, bem-sucedida e bem conceituada no mercado.

Segundo Oliveira (2021) a gestão de tempo eficiente é essencial para o sucesso e a excelência em clínicas odontológicas, proporcionando benefícios tanto para a equipe quanto para os pacientes. Ao implementar essas estratégias, os profissionais estarão garantindo uma abordagem mais eficaz e personalizada no atendimento, o que impactará positivamente na satisfação e na fidelização dos pacientes.

Concluimos que a gestão de tempo eficiente é um fator determinante para o sucesso das clínicas odontológicas. A utilização de sistemas de agendamento inteligente, a programação ponderada, a redução do tempo de espera e o treinamento da equipe são estratégias complementares que proporcionam benefícios significativos tanto para a clínica quanto para os pacientes. Ao investir nessas estratégias e na busca contínua por aprimoramento, os profissionais da odontologia estarão preparados para enfrentar os desafios do mercado, proporcionando um atendimento de excelência, aumentando a

satisfação dos pacientes e fortalecendo a posição da clínica no setor odontológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão eficiente do tempo em clínicas odontológicas é um fator crítico para o sucesso e a excelência no atendimento aos pacientes. Ao longo deste artigo, exploramos estratégias fundamentais para aprimorar a gestão de tempo, com foco em maximizar a eficiência operacional e a satisfação do paciente. Através da utilização de sistemas de agendamento inteligente, é possível otimizar o agendamento de consultas, considerando a disponibilidade dos profissionais e as preferências dos pacientes, resultando em uma agenda mais fluida e organizada.

A implementação de uma programação ponderada é uma abordagem valiosa para priorizar procedimentos mais complexos e garantir espaços adequados para atendimentos emergenciais. Isso evita sobrecargas na agenda e contribui para a redução de atrasos, proporcionando um atendimento mais pontual e de qualidade.

Outra estratégia essencial é a redução do tempo de espera dos pacientes, alcançada por meio de técnicas como a otimização do fluxo de atendimento e a criação de uma política de remarcação e cancelamento de consultas. A satisfação dos pacientes é diretamente impactada pela redução do tempo de espera, contribuindo para a fidelização e recomendação da clínica.

O treinamento da equipe em eficiência e gestão do tempo é um investimento valioso que proporciona profissionais mais preparados para lidar com situações imprevistas, otimizar o fluxo de trabalho e entregar um atendimento de excelência. Profissionais capacitados resultam em uma clínica mais produtiva e bem-sucedida.

É inegável que a tecnologia desempenha um papel crucial na gestão de tempo eficiente. A integração de softwares e ferramentas digitais, como os sistemas de agendamento inteligente, torna os processos mais ágeis e proporciona insights valiosos para a tomada de decisões estratégicas.

Em suma, as estratégias apresentadas ao longo deste artigo são complementares e contribuem significativamente para uma gestão de tempo eficiente e bem-sucedida em clínicas odontológicas. Ao implementar essas estratégias, os profissionais da odontologia estarão melhor equipados para enfrentar os desafios do cotidiano, otimizar a produtividade e entregar um atendimento de excelência aos pacientes.

É importante ressaltar que a gestão de tempo é um processo contínuo e dinâmico, que requer monitoramento e ajustes constantes. Cada clínica possui suas particularidades e necessidades específicas, e é fundamental adaptar as estratégias conforme o contexto e a realidade de cada local.

Por fim, ao priorizar a gestão de tempo e adotar essas estratégias como parte fundamental do funcionamento da clínica odontológica, os profissionais estarão investindo no crescimento do negócio, na satisfação dos pacientes e na consolidação de uma imagem positiva no mercado. Uma gestão de tempo eficiente é um diferencial competitivo e um caminho para o sucesso e a excelência em clínicas odontológicas.

A gestão de tempo eficiente em clínicas odontológicas é fundamental para o sucesso do negócio e para a satisfação dos pacientes. A implementação de estratégias de agendamento inteligente, treinamento da equipe, utilização da tecnologia e uma comunicação efetiva pode levar a uma experiência positiva para os pacientes, bem como a uma maior eficiência operacional e resultados financeiros mais sólidos para a clínica. Ao considerar essas dez estratégias, os profissionais da odontologia estarão bem equipados para maximizar a eficiência e a satisfação do paciente em suas práticas.

REFERÊNCIAS

Barbosa, A., Lima, R., & Souza, M. (2021). A importância da comunicação na clínica odontológica. *Revista Brasileira de Odontologia*, 18(2), 124-130.

Carvalho, P., & Almeida, L. (2019). Treinamento da equipe para uma gestão eficiente do tempo em clínicas odontológicas. *Odontologia Moderna*, 25(3), 36-42.

Lima, M., Santos, F., & Oliveira, C. (2018). Redução do tempo de espera em clínicas odontológicas: estudo de caso. *Revista de Gestão em Saúde*, 5(1), 57-63.

Oliveira, C., Silva, R., & Santos, A. (2021). Utilização de sistemas de agendamento inteligente em clínicas odontológicas. *Journal of Dental Management*, 12(4), 310-317.

Oliveira, R., Almeida, L., & Barbosa, A. (2022). Caso de sucesso: clínica odontológica com gestão eficiente do tempo. *Casos em Gestão de Saúde*, 9(2), 185-198.

Pires, S., Souza, M., & Rodrigues, F. (2020). Otimização da distribuição do tempo em clínicas odontológicas: estudo de caso. *Revista Brasileira de Gestão em Saúde*, 17(3), 230-239.

Rodrigues, F., & Santos, A. (2020). Estratégias de programação ponderada para clínicas odontológicas. *Odontologia em Foco*, 28(1), 82-89.

Silva, R., & Santos, F. (2023). Impacto da tecnologia na gestão de tempo em clínicas odontológicas: estudo de caso. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 7(1), 45-53.

Smith, J., Pires, S., & Carvalho, P. (2019). Gestão eficiente do tempo em clínicas odontológicas: perspectivas e desafios. *Odontologia Atual*, 16(3), 92-100.

CAPÍTULO 03

SOCIOLOGIA JURÍDICA: UM ESTUDO SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO LABORAL DOCENTE

<https://zenodo.org/records/10200115>

Maria Paula Silvestre Campelo¹

Sidney Medeiros de Oliveira²

RESUMO: O contexto educacional no Brasil tem gerado preocupação por parte dos gestores e profissionais da área da Educação. O docente vem sofrendo com agentes estressores que afetam diretamente a qualidade do seu trabalho. Fatores como: salários baixos, excessivo número de alunos na classe, a relação com os discentes e a falta de valorização profissional, são alguns aspectos que estimulam o adoecimento mental e, em muitos casos, o Burnout. Esses episódios tornam-se mais frequentes e agravados nas instituições públicas de ensino, em relação aos estabelecimentos particulares. Destaca-se a importância da Sociologia, quanto ao adoecimento mental na atualidade, principalmente professores, a classe mais atingida nesse contexto, diante da interação constante desse profissional com a sociedade. Diante dessa conjuntura, esse estudo tem como finalidade, efetuar uma Revisão Bibliográfica da Literatura sobre a “*Síndrome de Burnout em Contextos de Estresse Laboral em Docentes Sob o Foco da Sociologia jurídica*”. Para isso foram pesquisados artigos nas plataformas científicas: Scielo, Google Scholar e Lilacs. Os princípios de inclusão foram artigos relacionados com o tema da pesquisa. O fatores de exclusão, foram artigos que não se referiam ao foco do estudo. As respostas da pesquisa apresentaram um cenário a presença do Burnout em, predominantemente, prestadores de serviços, trabalhadores da área de tratamento e educadores. Os aspectos principais, como: a relação inter-profissional, excesso de trabalho, a baixa remuneração e a falta de reconhecimento profissional promovem o desenvolvimento do esgotamento emocional, que podem levar ao Burnout.

Palavras-Chave: Saúde mental. Burnout. Docentes. Sociologia.

¹ Graduanda do Curso de Direito do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio/Unileão. Prof. Mestre em Ciências de Educação, pela ULHT-Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias(Lisboa-PT), Graduada em Gestora de Pessoas, Esp. em Gestão Estratégica de Pessoas, , Servidora do TJ-CE. Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4820940870841782>. ORCID: [0009-0005-8249-1011](https://orcid.org/0009-0005-8249-1011). Email: paulascampelo@hotmail.com;

² Educador Físico pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de medicina do ABC, São Paulo - FMABC. Especialização em Fisiologia do Exercício e grupos especiais, pela Unileão Centro Universitário, Juazeiro do Norte, CE. Professor de Educação Física do Município de Caririçu-CE. ORCID: [0000-0003-2481-3623](https://orcid.org/0000-0003-2481-3623) . sidneymeolli@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Elton Corbanezi (2018) ao realizar avaliação crítica do livro “Sociedade do Cansaço” do sul-coreano Byung-Chul Han, filósofo do contemporâneo e representante do movimento de estudos culturais da Universidade de Berlim, acentua que é de extrema relevância a avaliação sociológica, enquanto ciência que atua na análise dos problemas, fenômenos e fatos sociais que cercam a sociedade. Neste estudo, Elton Corbanezi a partir de Han, justifica a importância da sociologia para aferir os problemas advindos das interações entre a sociedade pós-moderna e a questão problema do sofrimento psíquico provocado pelo trabalho e suas conseqüentes enfermidades com o alastramento de situações de “adoecimento mental”. Fenômeno este não apenas visível e real, mas também determinante e preocupante. E conseqüentemente, por isso, aduz a relevância do presente trabalho de conclusão de curso, a ser avaliado de forma interdisciplinar pela ciência jurídica sob o foco da sociologia jurídica sobre a questão em tela.

Outro ponto a se considerar é que o cansaço físico e mental, atinge direta e indiretamente, não apenas o humor, o sentimento, a concentração e a motivação do docente, mas acentua “visivelmente” situações reais e a produção de comportamentos, responsáveis pela majoração do estado de estresse, de medo, de depressão e de ansiedade, afetando assim, o desempenho docente nas mais distintas situações, em contextos de ensino e de aprendizagem, na universidade, na escola e/ou na educação técnico-profissional (CAMPELO; OLIVEIRA, 2014).

Estudos prévios – Amanda Gabriella Tundis e Janine Kieling Monteiro (2018), Steven Chesnut (2017), Sérgio Mérida-Lópes, Natálio Extremera e Lourdes Rey (2017), Jeano Correia (2015), Rita Santos (2013), Rita Brand (2013), Mary Carlotto e Lílian Palazzo (2006), Mary Carlotto (2002) entre outros estudos -, sobre a questão problema que alicerça o presente trabalho de conclusão de curso, acentuam que o

desempenho profissional, as cognições afetivas e a autoestima dos profissionais docentes afetam consideravelmente a saúde mental dos docentes no exercício das atividades laborais. Por conseguinte, em Angelica Medeiros, Eliane Pereira, Rose Silva e Fábio Dias (2020), assim como, em Andrey Silva, Fernanda Estrela, Nayra Lima e Carlos Abreu (2020), por conseguinte, encontram relevantes indagações, as quais referendam que ao serem tomadas em consideração os fatores, isolamento social em interação com o aumento considerável de atividades profissionais em tempos de pandemia do Covid-19 (causados pelo SARS-Cov-2).

De todo, acentuam os referidos estudos que a realidade da pandemia, e suas interfaces, ganharam visibilidade nacional e internacional, desde março de 2020, aferindo assim, os percalços e desembaraços das atividades profissionais em tempos de pandemia. Desta forma, destaca-se que o atual estado do Covid-19 (causados pelo SARS-Cov-2), vem ensejando novas agendas e políticas públicas de saúde com foco em alternativas sanitárias focadas no desenvolvimento de estratégias hábeis para promover a saúde mental e física de todo o corpo docente objeto da busca em tempos de pandemia.

Em adição a isto, objetivo geral do presente estudo tem como missão realizar uma revisão crítica de literatura sobre a “*Síndrome de Burnout em contextos de estresse laboral em docentes sob o foco da sociologia jurídica*”. A este respeito, referendam Mary Sandra Carlotto e Lílian dos Santos Palazzo (2006) que a Síndrome de Burnout é um transtorno adaptativo crônico associado a um inadequado enfrentamento dos problemas do dia a dia e das demandas do trabalho.

Essa diligência objetiva traz consigo, respectivamente, a proposta específica de se a) analisar os motivos da ocorrência da Síndrome de Burnout/ adoecimento mental dos professores nos artigos pesquisados; Como também b) averiguar a relação Síndrome de Burnout/ adoecimento mental com a satisfação laboral nos docentes objetos da pesquisa; além de c) promover um diálogo interdisciplinar

sobre o adoecimento mental dos docentes que realizam atividades de docência na modalidade de ensino remoto em regime de Home Office no campo de tensão entre a Sociologia Jurídica, a Psicologia e o Direito do Trabalho.

O propósito dessas apurações é promover uma discussão para o desenvolvimento de um maior número estudos sobre o tema, para promover a implementação de políticas públicas que venham assistir a esse grupo de profissionais.

A epistemologia utilizada, neste trabalho de conclusão de curso, está inserida dentro dos métodos de pesquisa de natureza qualitativa, tendo como fundamento a revisão de literatura com foco na produção interdisciplinar de ciências humanas. Os colhimentos dos dados, por um lado, foram construídos com foco na inclusão e exclusão de material bibliográfico revisados para a realização do presente estudo. Neste sentido, foram dispostos, por um lado, critérios inclusivos, realizados através da busca temática, fazendo uso das palavras-chave (saúde mental, síndrome de Burnout, docência do ensino superior, sociologia do trabalho, etc.) em sites de pesquisa científica – livros, teses e dissertações, artigos de periódicos científicos dispostos nas plataformas Google Scholar, Scielo e Lilacs - em interação direta entre a educação, a sociologia, o direito e, respectivamente, a sociologia do direito, a fim de estruturar o objeto descrito neste estudo; por outro lado, consideraram-se também os critérios de exclusão de artigos que não se relacionavam com o tema proposto.

Assim, a revisão de literatura para a presente pesquisa fora realizada em contexto nacional e internacional, em razão da discussão emergencial em se avaliar a promoção da saúde mental do trabalhador que atua na Docência do Ensino Superior, seja no ensino público, quanto no privado. A relevância da temática, adotada por esta metodologia de pesquisa, consiste na análise e descrição dos instrumentos bibliográficos citados anteriormente, buscando compreender as questões e problemáticas a serem evidenciadas ao longo deste

trabalho. Sob esta visão, acentua André Cellard (2008) ao referendar sobre a qualidade da informação e diversidade de fontes e procedimentos metodológicos acrescenta que fontes documentais – primárias e secundárias – oferecem, por um lado, descobertas e surpresas na construção e ressignificação do conhecimento; e por outro lado, podem viabilizar e enriquecer o conhecimento, em forma preliminar e ou em profundidade sobre a autenticidade e a confiabilidade do material bibliográfico, sobre um determinado fenômeno social a ser estudado. Em síntese, enfatiza-se que o estudo em tela se estrutura em um sistemático levantamento bibliográfico, visando compreender, destacar e analisar a Síndrome de Burnout na docência de ensino superior sob o enfoque da Sociologia Jurídica.

CONCEITUALIZANDO A SÍNDROME DE BURNOUT NA DOCÊNCIA DE ENSINO SUPERIOR

Amanda Gabriella Tundis e Janine Kieling Monteiro (2018), em estudo prévio sobre o Ensino superior e adoecimento docente, realizado em uma universidade pública, argumentam que “Os estudos sobre saúde mental em docentes de Ensino Superior, quando comparados aos docentes do Ensino Básico, apresentam-se, atualmente, com menor frequência”, tendo em vista que tal diminuto investigativo poderia ser compreendido pelo senso comum “conhecimento vulgar” de que “[...] tal questão possa estar relacionada ao fato de esses profissionais serem considerados com melhores condições de trabalho em relação aos demais níveis docentes” (TUNDIS; MONTEIRO, 2018).

No que concerne a isto, ao apresentarem os achados da pesquisa, em um deles, as autorias acrescentam o fato de que a grande maioria dos estudos realizados com profissionais da docência no ensino superior, direcionam o foco de objetivos investigativos para

compreensão da problemática de como a saúde mental dos docentes no Ensino Superior pode ser impactada pelas mudanças significativas que aumentaram, consideravelmente, as condições de trabalho, gerando estresse e dificuldades (RODRIGUES; SANTANA; OLIVEIRA, 2018; CHESNUT, 2017; MÉRIDA-LÓPEZ, EXTREMERA; REY, 2017).

No que concerne a conceitualização terminológica da compreensão da Síndrome de Burnout, Juliana Soares, Marli Santos e Marília Pinheiro (2017), acrescentam que:

O termo "Síndrome de *Burnout*" foi desenvolvido na década de setenta nos Estados Unidos pelo psicanalista Freunderberger. Ele observou que muitos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam um processo gradual de desgaste no humor e/ou desmotivação. Geralmente, esse processo durava aproximadamente um ano, e era acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um particular estado de exaustão. (FREUNDERBERGER, 1974 apud. SOARES, SANTOS, PINHEIRO, 2017, p. 143)

Mary Sandra Carlotto e Sheila Câmara (2007), destacam atenções e preocupações, por um lado, aos resultados dos estudos realizados por Christina Maslach e Susan Jackson (1981), ainda em inícios da década de oitenta do século XX; e por outro lado, destacam os achados a posteriori - efetivados vinte anos depois - que passaram a reconsiderar o conhecimento humano sobre a questão do Burnout, em um novo estudo, realizado em conjunto por Christina Maslach, Wilmar Schaufeli e Michael Leiter (2001), uma vez que se foram desenvolvidos distintos mecanismos e instrumentos capazes de avaliar a Síndrome de Burnout e seus diferentes componentes, a saber:

A síndrome de Burnout (SB) tem sido definida como um fenômeno psicossocial que emerge como uma resposta crônica dos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Constitui-se de três dimensões relacionadas, mas independentes: 1) Exaustão emocional caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. É possível a ocorrência de sentimento de frustração e tensão, pois os trabalhadores podem perceber que já não têm condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas como faziam antes. 2) Despersonalização, situação em que o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos. Os trabalhadores podem desenvolver uma insensibilidade emocional. 3) Baixa realização pessoal no trabalho, definida como a tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa. As pessoas se sentem infelizes e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. Também experimentam um declínio no sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros. (CARLOTTO; CAMARA, 2007, p. 326)

Saymor Sarason (1999), referenda Juliana Soares, Marli Santos e Marília Pinheiro (2017) sobre os cuidados que devem prescindir nos diagnósticos sobre a depressão em correlação com o Burnout, uma vez que:

A depressão é multifuncional e complexa. Está associada às perdas, renúncia, angústia, tendência para avaliar de forma negativa o mundo ou futuro [...] já o *burnout* [...] está relacionado apenas à esfera profissional. É uma resposta psicológica ao estresse crônico de um trabalho onde há envolvimento interpessoal e emocional. Geralmente aparece em pessoas que têm relação direta com cliente [...] o

Burnout é caracterizado pelos seguintes sintomas: a) deterioração cognitiva relacionada com a desilusão profissional, desencantamento ou diminuição da realização pessoal no trabalho; b) deterioração cognitiva afetiva, caracterizada por esgotamento emocional e físico; c) aparecimento de atitudes e condutas negativas, mesmo prejudiciais com clientes, por exemplo, frieza, distanciamento ou até agressividade. [...] Trata-se de uma síndrome tridimensional que envolve o esgotamento emocional, a despersonalização e a propensão ao abandono do trabalho. (SOARES; SANTOS; PINHEIRO, 2017, p. 143)

De fato, percebe-se que as consequências do Burnout são muitas, tanto em âmbito pessoal como organizacional, encontrando-se maiores riscos de sofrerem enfermidades psiquiátricas, tais como depressão, transtorno de ansiedade, alcoolismo e/ou uso de drogas, dificuldades de trabalhar com grupos, diminuição do nível de satisfação laboral, despersonalização na relação professor/aluno, diminuição da motivação para o trabalho, dentre outras (GRASSI, 2000; JBEILI, 2008). Por certo, recomenda-se que o Burnout do docente se caracterizaria por uma exaustão dos seus recursos emocionais, que são caracterizados por atitudes negativas e de distanciamento para com os alunos, bem como a visão negativa do seu papel profissional.

SÍNDROME DE BURNOUT E O EXERCÍCIO DA DOCÊNCIA

Edson Carvalho, Celso Oliveira e Rosa Pinto (2019), avaliando as consequências da Síndrome de Burnout e a invisibilidade dos problemas na saúde mental do trabalhador, acrescentam que em estudo prévio, realizado por João Paulo Silva (1995) com

aproximadamente 930 Magistrados mineiros, tendo em vista que o estudo revelou:

[...] que as mudanças sociais, o avanço tecnológico, a globalização e o acúmulo de trabalho podem provocar o estresse e a Síndrome de Burnout nos magistrados. É que a morbidade, as promoções durante a carreira, as funções administrativas, o primeiro ano do exercício profissional são situações sentidas como intenso estresse dos magistrados. O número de dias de afastamento do trabalho devido às licenças médicas sugeriu como alto o grau de adoecimento da população. Este estudo apontou já em 2005 a presença da Síndrome de Burnout como uma doença associada ao estresse profissional dos magistrados (SILVA, 1995, apud CARVALHO; OLIVEIRA; PINTO, 2019, p. 263)

As manchetes às vezes ousadas não são coincidência - os professores se veem expostos a um estresse cada vez maior em sua profissão. Soma-se a isto o fato de que estudos interdisciplinares de expertises de cunho sociológicos - antropológicos, pedagógicos, psicológicos e médico-sanitaristas -, vêm se preocupando com as demandas advindas da saúde mental de profissionais que atuam na profissão docente. De fato, estas investigações vêm demonstrando o quão estressante e, frequentemente desconhecido pela opinião pública, a atividade profissional da docência no ensino superior e seus contextos de estresse e medo, que resultam na síndrome de Burnout (CARVALHO; MACÊDO, 2020)..

No que concerne a isto, Gabriel Silva (2019), o Ministério da Previdência Social (Brasil 2021) bem como o Ministério da Saúde (Brasil, 2020; 2011;2004) e Josué da Silva (1995) contextualizam que o excesso de trabalho e estresse frente as constantes demandas podem ser causadores de certos traços na personalidade, por um lado, predominantes no cotidiano da profissão docente e que podem

desencadear a síndrome de Burnout; por outro lado, verifica-se apesar de vários fatores que podem adoecer a saúde mental dos profissionais da docência, que vão de corriqueiras situações estressantes para o professor, acompanhados de ausências de condições, determinantes para o bom exercício profissional, bem como desvalorização institucional de procedimentos de relaxamento, enquanto mecanismos preventivos e reabilitadoras, para o sucesso do desempenho da docência, tendo em vista que:

A síndrome do esgotamento profissional, ou síndrome de burnout, é a enfermidade clínica mais citada quando relacionada ao estresse ocupacional, devido estar intimamente relacionada aos sentidos do trabalho. A síndrome de burnout [...] é um fenômeno que reflete o processo sócio-histórico atual das organizações e do trabalho [...] é dividida em três estágios: exaustão emocional, despersonalização e baixo sentimento de realização profissional. (SILVA, 2019, p. 57).

Sob esta visão acrescenta-se que, ao se fazer uma análise da conjuntura das profissões e/ ou das muitas profissões existentes, provavelmente, não existem muitas profissionais, as quais a sociedade promova tantas demandas e exigências, ao mesmo tempo, tão contraditórios ultimatos promovidos pelas estruturais mudanças no mercado formal e informal da empregabilidade, quanto a atividade profissional do professor (no sistema escolar, no técnico e no universitário), o qual vive um cotidiano de “esgotamento”, de “estresse”, de “opressão” e de “exaustão” em face das crescentes exigências para a permanência no universo do trabalho.

A Síndrome Burnout compromete os profissionais, profissões assistencialistas que desenvolvem um relacionamento mais direto com o público, e no Brasil também é como a Síndrome do Esgotamento Profissional na qual a vítima perde completamente a afinidade

(despersonalização) com o trabalho, entre os profissionais que podem desenvolver essa síndrome se destacam os médicos e os professores, enfermeiros, advogados.

Outro fato de destaque é o número de docentes em estágio avançado de Burnout vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas, causando espantosa propagação como agente patogênico causador de doença profissional em profissionais da docência no ensino superior, tanto em instituições da administração pública, quanto da gestão privada, no órgão da Previdência Social desde 1996. No que concerne a isto, a Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, chamava atenção já em 1918 para o fenômeno, ao acentuar que:

[...] em 2018 houve um crescimento de 114% no número de benefícios de auxílio-doença concedidos a pessoas diagnosticada com síndrome de Burnout, na comparação com 2017. Os casos de trabalhadores afetados que recorreram ao INSS saltaram de 196 para 421. O aumento nas notificações de casos da doença fez a Organização Mundial da Saúde incluir a condição na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que foi apresentada no ano passado e entrará em vigor em 2022. Os casos de síndrome de Burnout correspondem a somente uma parcela dos problemas psicológicos infligidos em trabalhadores que passam por uma alta carga de estresse. De acordo com a OMS, a depressão deverá se tornar a principal causa de afastamento do trabalho no mundo até o ano que vem. Somente em 2016, mais de 75 mil pessoas foram afastadas de suas funções laborais por causa da depressão no Brasil” (TENDENCIA – MUNDO RH, 2019, ONLINE)³

³ Neste sentido ver: <https://www.mundorh.com.br/afastamentos-do-trabalho-pela-sindrome-de-burnout-aumenta-em-114/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Secret%C3%A1ria,saltaram%20de%20196%20para%20421.>

Rogério Ferrari, Flávia França e Josiane Magalhães (2010) afirmam que a Síndrome Burnout vitimiza os profissionais da saúde, devido às características de suas profissões, das quais decorrem contatos diretos com as pessoas, causando a perda aos poucos do sentido de sua afinidade com o trabalho, apesar de o estresse e o Burnout na educação certamente acontecerem há muito tempo entre esses profissionais. Só nos últimos 20 ou 30 anos, quando enormes implicações psicossociais aumentaram é que a Síndrome de Burnout passou a ser reconhecida como um problema sério. Ainda não existem Políticas Públicas de Prevenção para esta temática específica, havendo apenas para doenças mentais em geral.

Nas palavras de Wanderley Codo (2000) é destacável o fato de que o burnout é resultado do atual contexto social e político que vivenciamos na contemporânea sociedade.

O mal-estar docente é uma doença social que provoca uma enfermidade pessoal, causada pela falta de apoio da sociedade e do governo aos professores tanto no terreno dos objetivos de ensino como nas compensações materiais e no reconhecimento do status que lhes é atribuído. Na realidade, as condições econômicas e políticas não têm sido suficientemente favoráveis aos professores: os docentes parecem estar condenados a realizar mal o seu trabalho, já que os encargos têm crescido assustadoramente [...]. As características do trabalho são os principais determinantes da tendência do indivíduo em relação à síndrome do esgotamento profissional. O trabalhador docente se envolve afetivamente com os seus alunos, desgasta-se física e mentalmente, em um determinado extremo, desiste, pois não aguenta mais as condições de trabalho, bem como seu corpo evidencia sinais de esgotamento [...] consciência de uma realidade

construída e gestada pela própria sociedade em relação ao estado de mal-estar que vivemos no magistério e em outras profissões. (BRAND, 2013, p. 73s).

A Síndrome de Burnout caracteriza uma doença, por isso deve ter um diagnóstico preciso e antecipado como todas as doenças, para que possa ser tratada garantindo a recuperação e o resgate da saúde do profissional, para que ele volte a desenvolver as suas atividades a contento. (CARVALHO; OLIVEIRA; PINTO, 2019).

Ao lado destas argumentações, destaca-se ainda que na atualidade um dos fatores que mais interfere na saúde e condição de vida da população mundial é o estresse, baixos salários e a percepção humana diante dos problemas sociais. Por certo, avulta-se que a percepção da saúde mental humana se deparou com uma realidade nunca antes sentida, em face do isolamento social, processos e interações sociais levaram o homem a objetivamente e subjetivamente ter que se reinventar diante do agravamento do fenômeno desencadeado pela pandemia da Covid-19, que chegou ao Brasil em março de 2020, obrigando a todos a literalmente trazerem o trabalho para dentro de suas casas. O estresse é um dos fatores que podem levar ao desenvolvimento dessa doença mental diante da ausência da interação contínua.

De fato, as mudanças nas relações laborais, especificamente na docência de ensino superior, acompanhadas pelo desenvolvimento e inovações tecnológicas, geram demandas impostas aos professores universitários que findaram por aumentar consideravelmente suas atividades profissionais para manutenção do trabalho no mundo atual, gerando entre outras coisas, o estresse físico, mental (psicológico e psicossocial), bem como o uso excessivo da voz em alto volume em razão de salas muito numerosas e/ou indisciplina, constitui outro fator

que compromete a saúde dos professores, pois a voz é ferramenta essencial no trabalho docente.

Por fim, eclodiram-se contextos de adoecimento mental relacionadas ao exercício docente. Na profissão docente há agentes estressores, podendo ser eles ligados diretamente ao exercício da profissão: como salas superlotadas, desnivelamento dos alunos em razão das políticas educacionais, carga horária de trabalho excessiva, acúmulo de papéis, pois o professor não assume apenas a nobre função de ensinar, mas também perde uma considerável parcela de seu tempo a planejar as aulas, pesquisar e atualizar assuntos, preencher formulários burocráticos, corrigir provas e agora a editar aulas, adquirir aptidões com variados aplicativos, responder dúvidas online e a todo o tempo inclusive noites e finais de semana, entre outras, por exemplo, tendo ainda que muitas vezes ver-se envolvido em problemas familiares de alunos tornando-se mediador do relacionamento entre pais e estudantes, tarefas esta que são obrigados a enfrentar sem treinamento prévio, o mesmo se dá com relação aos problemas da marginalidade e violência no ambiente universitário.

SATISFAÇÃO LABORAL EM PROFESSORES

A satisfação laboral é um conceito ligado a percepção positiva do ambiente e, do trabalho que o profissional exerce, diretamente ligada à tarefa, relacionamento com colegas e liderança, promoções e reconhecimento no trabalho.

Satisfação no trabalho formalmente definida é o grau segundo o qual os indivíduos se sentem de modo positivo ou negativo com relação ao seu trabalho, é uma atitude, ou resposta emocional às tarefas de trabalho e às suas várias facetas. Aspectos mais

comuns da satisfação no trabalho relacionam-se com pagamento, desempenho e avaliação de desempenho, colegas qualidade de supervisão condições físicas e sociais do local de trabalho (HUNT; OSBORN, 2002 apud MARÇAL; MELO, 2013, p. 20).

A satisfação e insatisfação no trabalho não são conceitos distintos, mas respostas a situações diferentes de um mesmo fenômeno, traduzindo, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação). Partindo das premissas anteriormente expostas, podemos dizer que a satisfação laboral é um fenômeno subjetivo e de difícil mensuração, variável entre pessoas e que também varia de acordo com as fases da vida das mesmas pessoas, pois de acordo com que se mudam os interesses, as condições de trabalho, a faixa etária e as necessidades há uma também mudança no grau de satisfação no trabalho.

A satisfação laboral seria um resultado da relação percebida entre o que se quer do trabalho e o que se percebe que está sendo alcançado, ou seja, satisfação no trabalho é um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação positiva entre valores individuais relacionados ao trabalho. A insatisfação no trabalho seria o estado emocional não prazeroso, que resulta da avaliação negativa do trabalho, como ignorando ou frustrando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho (OLIVEIRA; BARBOSA; SOUZA; COSTA; ARAÚJO; GOUVEIA, 2009).

Quando se quer estudar a satisfação no trabalho, devem-se considerar os três aspectos. A satisfação no trabalho exerce influência sobre o estado emocional do indivíduo, manifestando-se na forma de alegria decorrente da satisfação ou na forma de sofrimento decorrente da insatisfação. A satisfação com aspectos psicossociais do trabalho é vista como um dos componentes da felicidade no trabalho e tem sido

operacionalizada como um dos aspectos representativos de bem-estar do trabalhador (PARKER; CHMIEL; WALL, 1997; WARR, 1994).

A necessidade de correlacionar satisfação laboral e saúde do professor, em especial a saúde mental, requer estudos que demonstrem por meios longitudinais a direção causal destas associações. São também necessários estudos qualitativos sobre a dinâmica e o significado das associações observadas para melhor amparo científico ao fenômeno com vista a incentivar a implementação de políticas públicas que previnam a Síndrome de Burnout através da criação de condições para a satisfação no trabalho do docente.

A satisfação no trabalho requer que o trabalho seja analisado em termos de seus elementos constituintes, e onde satisfação no trabalho global é o resultado da satisfação com diversos elementos do trabalho. Embora existam diferenças individuais significativas em relação ao que os trabalhadores querem de seus trabalhos, também existem grandes semelhanças entre os fatores causais da satisfação no trabalho (LOCKE, 1984). Como determinantes da satisfação no trabalho podemos elencar três, de acordo com Stephen J. Cavanagh (1992), a saber:

- a) **Diferenças de personalidade:** que procura explicar a satisfação no trabalho baseada na personalidade dos indivíduos, atributos pessoais e sociais, idade, estado civil, escolaridade, tempo de experiência na função, podem influenciar neste fator determinante, daí a necessidade da aplicação do questionário sócio demográfico para melhor definição dos fatores que influenciam os docentes em relação a este fenômeno;
- b) **Diferenças no ambiente de trabalho:** as variações na satisfação no trabalho são resultados de diferenças na natureza do trabalho em que podem ser considerados todos os aspectos psicossociais do trabalho, tais como: demandas da tarefa que dizem respeito a fatores intrínsecos ao cargo, o

papel do indivíduo na organização e seu alinhamento e qualificação às demandas de trabalho, relações interpessoais, perspectivas de desenvolvimento de carreira e a possibilidade de formação continuada no caso dos professores, clima e estrutura organizacional;

- c) **Variação nos valores atribuídos ao trabalho:** o trabalho é valorizado de maneiras diferentes: para alguns é uma parte muito importante da vida; para outros, é apenas um aspecto da vida que existe para prover outras necessidades (CAVANAGH, 1992).

Quando se quer estudar a satisfação no trabalho, devem-se ser considerar os três aspectos acima.

A satisfação laboral do indivíduo é um dos principais fatores para a satisfação com a vida. Pela e dinâmica das relações observadas, limitando a análise de aspectos sociais do trabalho e/ou subjetivos, assim, esse tipo de estudo requer que se complemente a compreensão dos eventos com outras estratégias, tais como análises qualitativas, busca de suporte em teorias já estabelecidas, estratégias que possibilitem explicar como se dão as trocas e determinações entre as variáveis de estudo.

Apesar da importância e influência que a satisfação laboral pode exercer sobre a saúde e a vida dos professores universitários, não existe um consenso sobre conceitos e teorias referentes a esse respeito e suas relações com a Síndrome de Burnout.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizando busca de artigos em sites de pesquisa científica. Após essa etapa, analisar a Síndrome de Burnout nesses trabalhadores sob o enfoque da Sociologia

Jurídica. Os colhimentos dos dados foram realizados nas plataformas Google Scholar, Scielo e Lilacs, motivo pelo qual estamos atravessando um período pandêmico prolongado, de forma a viabilizar a sua realização efetiva por meio eletrônico.

Os critérios de inclusão foram artigos relacionados com o Burnout em Docentes e Sociologia Jurídica. Os critérios de exclusão foram artigos que não se relacionavam com esse tema.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Burnout é um tipo de estresse ocupacional que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional, Christina MALASCK & Susan JACKSON (1981). As profissões mais vulneráveis são geralmente as que envolvem serviços, tratamento ou educação Christina Maslack, Christina & Michae Leiter (2001).

O Burnout nos profissionais da Docência, já vem sendo investigado com professores de todos os níveis de ensino. Para Edward F. Iwanicki, & Richard L. Schwab (1981), o burnout afeta de forma grave professores e já é, atualmente, superior à situação dos profissionais de saúde. Isso torna a Docência uma profissão de risco. Outro pesquisador, Isaac Friedman (1995), constatou nas variáveis profissionais, no que tange à experiência profissional, que, quanto maior a experiência profissional do professor, menores eram os sintomas do burnout.

A pesquisa de Ronald J. Burke, Esther Greenglass & Ralf Schwarzer(1996),demonstra que uma das causas em destaque para o burnout em professores é a sua relação com seus alunos, enfatizando a sobrecarga e introduzindo o conflito de funções. O professor, em muitos casos, assume funções contraditórias, como por exemplo, a formação acadêmica e a disciplina ministrada por ele em sala de aula.

Outros estudiosos, como Jerry Edelwich e Archie Brodsky (1980), demonstraram em seus estudos que os professores apresentam burnout no momento em que gastam muito tempo de seu intervalo desabonando seus alunos, criticando gestores, arrependendo-se da profissão que escolheu e planejando outra profissão para o seu futuro. Em um estudo realizado com professores suíços, no contexto de sua profissão, a relação professor-alunos, se mostrou uma das mais importantes causas do burnout em docentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Burnout é uma doença que vem. Ao longo dos anos, ganhando mais espaço na vida de profissionais das diversas áreas, principalmente, nas áreas da saúde e da docência, como vimos nos estudos apresentados. É de vital importância que gestores e administradores tomem atitudes criando políticas públicas para minimizar ou impedir o aparecimento do burnout nos profissionais dessas categorias.

Fatores como, a percepção da redução da justiça organizacional, remuneração justa, distribuição de responsabilidades, estrutura de processos organizacionais, inter-relações e comportamento do supervisor com seus subordinados podem ser ajustados para que a condição emocional e física do empregado não promova o desenvolvimento de sentimentos que o levem ao estresse psíquico. Enquanto compreendemos melhor este fenômeno psicossocial como um processo, conhecendo seus estressores, podemos tomar decisões e criar as ações que os limitem ou os bloqueiem. Desta forma, é possível ajudar os professores para que eles possam seguir seus projetos de vida pessoais e profissionais com qualidade de vida.

As empresas que não seguem normas de higiene e segurança no trabalho, instalações sanitárias deficientes, que permitem um ambiente de discórdia ou desconsideração ao bem-estar do trabalhador, favorecem ao aparecimento do burnout. Estudos sobre a Síndrome de Burnout mais aprofundados e em outras categorias profissionais devem ser planejados, para que no futuro tenhamos profissionais com mais qualidade de vida, favorecendo, assim, uma prestação de serviço mais eficiente à sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte; PINHEIRO, Helano Diógenes. Reforma gerencial do Estado e rebatimentos no sistema educacional: um exame do REUNI. Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação, Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 647-668., out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n69/v18n69a02.pdf>.

ARROYO, Miguel G. **Ofício de mestre**: imagens e auto-imagens. 2000. Disponível em: <http://www1.urisantiago.br/conteudos/arquivos/Arquivo-a517f8f70d23d356bb97f1a925826f68.pdf>

BRAND, Rita Melânia Weblar. "As marcas do mal-estar docente e da síndrome de Burnout no trabalho docente", p. 69-92. In: SANTOS, Rita de Cássia Grecco dos (org.). **Sociologia da Educação**: debates contemporâneos e emergentes na formação de professores. Rio Grande: Editora da FURG, 2013. Ebook Online. Disponível em: <http://www.sabercom.furg.br/bitstream/1/1586/1/Sociologia-da-educacao-debates-contemporaneos.pdf>.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília: MPS/Dataprev, 2021. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/lacunas-de-informacao/lacunas-especificas-nas-bases-de-dados-identificadas-pela-instituicao-produtora/3605-anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas com o trabalho do ministério da saúde (LDRT/ MS)**; Reunião - Comissão Intergestores Tripartite – CIT 30 de junho de 2020, Brasília-DF. Elaborada em cumprimento da Lei 8.080/90, artigo 6º, parágrafo 3º, alínea VII, inclui, explicitamente, entre as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, disposta segundo a taxonomia, nomenclatura e codificação da CID -10. Disponível em: <http://www.ahpaceg.com.br/imprensa/noticias/8-noticias/2333-ministerio-da-saude-divulga-nova-lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho-ldrt>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº. 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST)**. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Decreto%20n%C2%BA%207602.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf.

BURKE, Ronald. J., GREENGLASS, Esther. R.; SCHWARZER, Ralf. Predicting teacher burnout over time: effects of work stress, social support and self-doubts on burnout and its consequences. **Anxiety, Stress and Coping**, p. 261-275. 1996. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615809608249406>

CAMPELO, Maria Paula S.; OLIVEIRA, Sidney M. Análise da Produção sobre a Síndrome de Burnout em professores, de 2002 a 2013. **Id on Line Revista de Psicologia**, Julho de 2014, vol.8, n.23, p. 243-253. <https://doi.org/10.14295/idonline.v8i23.289>.

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de burnout e o trabalho docente. **Psicologia em estudo**, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a03.pdf>.

CARLOTTO, Mary Sandra; PALAZZO, Lílian dos Santos. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1017-1026, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000500014&script=sci_abstract&tlng=pt.

CARLOTTO, Mary Sandra; CAMARA, Sheila Gonçalves. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 325-332, Sept. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300004&lng=en&nrm=iso.

CARVALHO, Edson Henrique de; OLIVEIRA, Celso Ricardo Peel Furtado de; PINTO, Rosa Maria Ferreiro. Síndrome de Burnout e a invisibilidade dos problemas de saúde mental do trabalhador. **Unisanta Law and Social Science**, v. 7, n. 3, p. 259-274, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/view/1713/1410>.

CARVALHO, Miete Pinheiro; MACÊDO, Maria Erilúcia Cruz. Síndrome de Burnout em Docentes. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Maio/2020, vol.14, n.50, p.284-301.

CAVANAGH, Stephen J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. **Journal of advanced nursing**, v. 17, n. 6, p. 704-711, 1992. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01968.x>

CELLARD, André. **A análise documental**. POUPART, J. et al. In: a pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: vozes, 2008. p.305.

CHESNUT, Steven. R. On the measurement of preservice teacher commitment: Examining the relationship between four operational definitions and self-efficacy beliefs (2017). **Teaching and Teacher Education**, 68, 170-180, 2017. Disponível em: <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/116468.pdf>.

CODO, Wanderley. Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. **Cadernos de Saúde do Trabalhador**. São Paulo: CUT, 2000. Disponível em: http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Caderno14_educacao.pdf.

CORBANEZI, Elton. Sociedade do cansaço. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 30, n. 3, pág. 335-342, dezembro de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702018000300335&lng=en&nrm=iso.

CORREIA, João R.; BAI, Yu; KELLER, Thomas. A review of the fire behaviour of pultruded GFRP structural profiles for civil engineering applications. **Composite**

Structures, v. 127, p. 267-287, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0263822315001786>

CROPANZANO, Russel., Byrne, Barbara. M., Bobocel, Ramona., & Rupp, Deborah. E. Moral virtues, fairness heuristics, social entities, and other denizens of organizational justice. **Journal of Vocational Behavior**, p. 164-209. ISSN 0001-8791. Disponível em: Go to ISI://WOS:000167588500002, 2001

DALBOSCO, Claudio Almir. Paradoxos da educação natural no Émile de Rousseau: os cuidados do adulto. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, pág. 175-193, abril de 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-3302009000100009&lng=en&nrm=iso.

DALBOSCO, Claudio Almir. **Pedagogia filosófica: cercanias de um diálogo**. São Paulo: Paulinas, 2007a.

EDELWICH, Jerry; BRODSKY, Archie. Burnout: stages of disillusionment in the helping profession. New York: Human Sciences Press. 1980. Disponível em: <file:///C:/Users/samsung/Desktop/TCC%20II%20Direito/2543-Texto%20do%20artigo-9782-1-10-20150716.pdf>

FERRARI, Rogério; FRANÇA, Flávia Maria; MAGALHÃES, Josiane. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 868-883, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555778>.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. **Editora Paz e Terra**, p. 44, 1987.

FRIEDMAN, Isaac A. Measuring school principal-experienced burnout. **Educational and psychological measurement**, v. 55, n. 4, p. 641-651, 1995. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0013164495055004012>

FREUDENBERGER, Herbert J. **Staff burn-out**. **Journal of social issues**, Malden, v. 30, no. 1, p. 159-165, 1974. [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1380346](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1380346).

GRASSI, Liliane. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital psychiatrists. In **Psychother**

psyehosoll, v. 69, n. 6, p. 329-334, 2000. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/306>.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. Ebook Online. Disponível em: https://portal.uneb.br/poscritica/wp-content/uploads/sites/113/2019/10/HAN_BYUNG_CHUL_Sociedade-do-cansa%C3%A7o.pdf

IWANICKI, Edward. F. & SCHWAB, Richard. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, p. 1167-1174. 1981. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316448104100425>

JBEILI, Chafic. Síndrome de Burnout: Identificação, tratamento e prevenção. **Cartilha informativa de prevenção à Síndrome de Burnout em professores**, p. 329-334, 2008. Disponível em: <http://periodicosnovo.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/861>

LOCKE, Edwin .A. What is satisfaction? In *Organizational Behavior and Human Performance*, p. 309-336, 1969. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030507369900130>

LOCKE, Edwin A.; SIROTA, David; WOLFSON, Alan D. An experimental case study of the successes and failures of job enrichment in a government agency. **Journal of Applied Psychology**, v. 61, n. 6, p. 701, 1976. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030507369900130>

LOCKE, Edwin .A. Job satisfaction. In M. Gruneberg & T. Wall (Eds). *Social psychology and organizational behaviour*. New York: **John Wiley & Sons**. p. 93-117, 1984. Disponível em: <http://www.psycnet.apa.org/record/1984-22353-001>

MARÇAL, Camila Zoldan; MELO, F. P.; NARDI, Antonio. Satisfação no trabalho: um estudo de caso numa empresa terceirizada. **Rev. Científica Eletrônica UNISEB, Ribeirão Preto**, v. 1, n. 1, p. 20-35, 2013. Disponível em: <https://aedmoodle.ufpa.br>.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 1981, 99-113. Disponível em: https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, 397-422. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

MÉRIDA-LÓPEZ, Sérgio, EXTREMERA, Natalio; REY, Lourdes. Contributions of Work-Related Stress and Emotional Intelligence to Teacher Engagement: Additive and Interactive Effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1156, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28961218/>

NÓVOA, António. Os professores na virada do milênio: do excesso dos discursos à pobreza das práticas. **Educação e pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 11-20, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97021999000100002&script=sci_abstract&tlng=pt.

OLIVEIRA, G. F., BARBOSA, G. A., SOUZA, L. E. C., COSTA, C. L., ARAÚJO, R. C. R., & GOUVEIA, V. V. Satisfação com a vida entre profissionais de saúde: correlatos demográficos e laborais. **Revista Bioética**, 17(2), 319-334, 2009.

PALOMARES, Eliana Regina. Relação entre professor e aluno: a busca do elemento humano. In: SIMKA, Sérgio; MENEGHETI, Ítalo. (Org.). *A relação entre professor e aluno: um olhar interdisciplinar sobre o conteúdo e a dimensão humana*. Rio de Janeiro: **Wak Ed.**, p. 64, 2010.

QUEIROZ, Fernanda Cristina Barbosa Pereira; QUEIROZ, Jamerson Viegas; VASCONCELOS, Natalia Veloso Caldas; Furukava, Marciano; HÉKIS, Hélio Roberto; PEREIRA, Flávia Aparecida Barbosa. Transformações no ensino superior brasileiro: análise das Instituições Privadas de Ensino Superior no compasso com as políticas de Estado. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 79, p. 349-370, June 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010440362013000200009&lng=en&nr m=iso.

RODRIGUES, Livia de S.; SANTANA, Silvia M.de; OLIVEIRA, Gislene F.de. A Síndrome de Burnout no Contexto da ESF: Uma Análise das suas Dimensões. **Id on Line Revista de Psicologia**, 2018, vol.12, n.39, p.879-890. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1038/1490>.

SILVA, Andrey Ferreira da; ESTRELA, Fernanda Matheus; LIMA, Nayara Silva; abreu, Carlos Tibúrcio de Araújo. Saúde mental de docentes universitários em

tempos de pandemia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300216, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2020.v30n2/e300216/pt>.

SILVA, Luanderson Camilo Nogueira da; SILVA NETO, Lino Gomes da; MORENO, Lucas Freire; GADELHA, Pádua Custódio da Silva; SANTOS, Aldaysa Sampaio dos; COSTA, Ruth Silva Lima da. Síndrome de Burnout entre Docentes de um Centro Universitário. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, May/2020, vol.14, n.50, p.1271-1281. | <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i50.2535> .

SILVA, Gabriel de Nascimento. (Re) conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 1, Belo Horizonte, jan./ jul., p. 51-61, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000100005.

SILVA, Josué Pereira da. A crise da sociedade do trabalho em debate. **Lua Nova**, São Paulo, n. 35, p. 167-181, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451995000100008&lng=en&nrm=iso.

SOARES, Juliana Aparecida Ribeiro; SANTOS, Marli Gonçalves; PINHEIRO, Marília Guimarães. SÍNDROME DE BURNOUT EM DOCENTES DO ENSINO PÚBLICO. **Revista Iluminart**, Ano IX, v. 1, n. 15, p. 140-153, 2017. Disponível em: <http://revistailuminart.ti.srt.ifsp.edu.br/index.php/iluminart/article/download/293/299>

TUNDIS, Amanda Gabriella Oliveira; MONTEIRO, Janine Kieling. **Ensino superior e adoecimento docente**: um estudo em uma universidade pública. *Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação*. ISSN 2175-3520, n. 46, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/39139>.

WARR, Peter. A conceptual framework for the study of work and mental health. **Work & Stress**, v. 8, n. 2, p. 84-97, 1994. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379408259982>

WEERTH, Georg. *Arbeits*, 1844, p. 44. In: GOETTE Jürgen-W. von (Hrsg.). **Vergessene Texte. Werkauswahl**, Band I. Nach den Handschriften. Köln: Informationspresse - C.W. Leske, 1975, S. 166. Disponível em: https://www2.klett.de/sixcms/media.php/229/350470_0237_Weerth_Arbeits.pdf

CAPÍTULO 04

O ATENDIMENTO HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

<https://zenodo.org/records/10200178>

*Suellen Batista Mariano de Deus¹
Shirley de Souza Santos²
Francisco Hilângelo Vieira Barros³
Hidemburgo Gonçalves Rocha⁴
Lindeberg Rocha Freitas⁵*

RESUMO: Objetivou-se identificar fatores que podem interferir na assistência saúde à criança na atenção primária à saúde pela ótica dos princípios e diretrizes da política nacional de humanização. Revisão integrativa da literatura, em que a busca foi realizada de outubro de 2016 a janeiro de 2017 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados para a busca foram “saúde da criança” e “atenção primária à saúde”, a busca resultou em 6.647 estudos, que estabelecidos os critérios de inclusão, 13 foram selecionados. De acordo com a análise dos estudos formularam cinco categorias que expressam os fatores que têm interferido na assistência à saúde da criança na Atenção Primária: despreparo profissional, carência de recursos materiais e dificuldades no acesso, fragilidades na comunicação entre os níveis de atenção à saúde e ausência de acolhimento. Evidencia-se que os fatores que podem dificultar a assistência à saúde da criança englobam desde falhas no âmbito da gestão, estrutura e competência profissional, fato que leva ao predomínio do modelo

¹ Especialista em Saúde Pública pela Faculdades IESGO - Instituto de ensino superior de Goiás. Graduação em Enfermagem pelo Instituto de ensino superior de Goiás, Enfermeira Assistencial no Hospital Universitário de Brasília vinculado a Universidade Nacional de Brasília, (HUB-UNB).

e-mail: suellen.bmariano@gmail.com;

² Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - Uninassau. shyrnf05@hotmail.com;

³ Graduação em enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (Unicatólica/Quixadá-CE). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará- UECE/Fortaleza. E-mail: fhvbqxda@yahoo.com.br. Lattes ID: 2068481658737988.

⁴ Mestrado em Bioquímica e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco e Doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Docente adjunto nas Universidades Federal do Cariri - UFCA e Universidade Regional do cariri - URCA. Hidemburgo.rocha@ufca.edu.br;

⁵ Mestrado em Bioquímica e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (1995) e Doutorado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Instituto Federal de Pernambuco, Campus de Pesqueira.

biomédico. No tocante para que haja uma assistência de qualidade de acordo com os princípios e diretrizes na PNH, é importante que os profissionais considerem a criança em meio a um contexto familiar, social, cultural e econômico.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Saúde da criança.

INTRODUÇÃO

A criança encontra-se em desenvolvimento e possui muitas necessidades, assim, precisa de uma atenção condizente com o desenvolvimento. Para reforçar o âmbito da saúde existem políticas setoriais, que buscam atender a criança em todas as fases desde o nascimento até a adolescência (BRASIL, 2012). Para tal, a atenção à saúde da criança envolve a compreensão que há algumas influências, como biológicas, culturais, do meio social e familiar no desenvolvimento infantil (MONTEIRO et al., 2012).

Nesta perspectiva a atenção primária à saúde, nível de atenção preferencial para o acesso é o centro ordenador dos demais níveis de atenção à saúde possui uma grande importância na disposição de ações e serviços que atendam às necessidades da criança. Pois possui como atributos o contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (CAMPOS; PEREIRA, 2013).

Inferese-se que é necessária a disposição de tecnologias assistenciais na atenção primária à saúde que contribuam no fortalecimento dos seus atributos. Diante disso a humanização pode ser uma tecnologia propícia para tal (MERHY, 2005). De acordo com a Política Nacional de Humanização uma assistência humanizada deve englobar: integralidade, acolhimento, resolutividade, co-gestão, corresponsabilização, acessibilidade, vínculo, valorização dos profissionais, dentre outros aspectos (BRASIL, 2013).

A humanização no cuidar considera a integralidade do ser humano e a unicidade de cada pessoa de maneira que personalize a assistência (WALDOW; BORGES, 2011). No tocante a humanização da assistência à criança, é necessário dispor de um serviço resolutivo que atenda às necessidades da criança e família e influa positivamente em seu crescimento e desenvolvimento (LEÃO et al., 2011).

No entanto, percebe-se na prática que a assistência à saúde da criança ainda possui muitas limitações, refletindo na baixa resolutividade da assistência prestada. Uma vez que a sua ausência resulta na prevalência do modelo biologicista e desvalorização dos aspectos culturais dos usuários o que leva a um processo de trabalho marcado pela desvalorização dos trabalhadores e por usuários destituídos de seus direitos (BARBOSA et al., 2013). Tal fato indica a necessidade de uma maior ampliação de conceitos e práticas, que culminem em uma assistência de qualidade e que garanta a integralidade no cuidado a esse público, consequentemente consolidando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (MONTEIRO et al., 2011).

Logo, para sanar tal problemática é imprescindível a identificação de fatores que podem interferir numa assistência resolutiva à saúde da criança, e assim viabilize a formulação de estratégias que subsidiem a consolidação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (MONTEIRO et al., 2012).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo, identificar fatores que podem interferir na assistência à saúde da criança na atenção primária à saúde pela ótica dos princípios e diretrizes da política nacional de humanização.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite a obtenção de subsídios para prática baseada em evidências. Logo, oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico (CROSSETTI, 2011).

A realização desse estudo compreendeu as seis etapas necessárias: 1) identificação da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios para seleção dos estudos; 3) definição das informações a serem extraídas; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores podem interferir na assistência humanizada à criança na atenção primária?

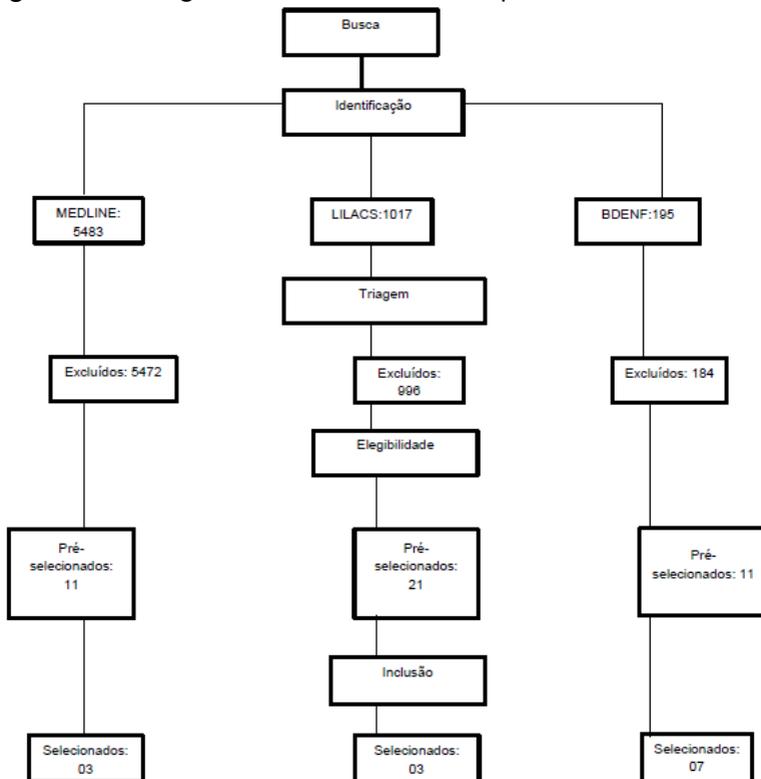
A busca foi realizada de forma pareada, nos meses de outubro de 2016 a janeiro de 2017, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). As bases de dados que foram utilizadas: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de dados de Enfermagem (BDENF). Os termos contemplados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e MeSH (Medical Subject Headings) utilizados para a busca foram: “saúde da criança” e “atenção primária à saúde”, mediados pelo operador booleano AND. A priori a busca foi realizada com o descritor humanização, no entanto, restringia a busca, pois identificaram um número pequeno de estudos apenas 24. Os critérios para a seleção dos estudos foram: artigos originais disponíveis de forma gratuita na íntegra; ano de publicação de 2011 a 2016 em decorrência de o maior número de publicações ser concentrado nesse período; idioma em português, inglês e espanhol e que contemplassem os

princípios e diretrizes contidos na política nacional de humanização (BRASIL, 2013). Os critérios para exclusão: editoriais, teses, dissertações e artigos de revisão. Com a realização da busca, foram encontrados 6.647 estudos, destes foram selecionados 13 estudos. A etapa da seleção dos estudos foi direcionada através *checklist do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A busca detalhada está descrita na Figura 1.

Para a análise das informações utilizou-se um protocolo (SILVEIRA, 2005). Foram considerados os níveis de evidência nessa fase: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas (GALVÃO, 2006).

Na síntese dos dados foram construídas duas matrizes, uma abordando os aspectos metodológicos dos estudos e outra as principais dificuldades que tem limitado a assistência humanizada a criança na atenção básica. Para a discussão formularam-se as quatro categorias de acordo com os resultados obtidos: despreparo profissional, carência de recursos materiais e dificuldades no acesso, fragilidades na comunicação entre os níveis de atenção à saúde e ausência de acolhimento.

Figura 1. – Fluxograma baseado no Prisma¹⁵ para estudos de revisão



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterização dos estudos, considerou-se o ano de publicação, nível de evidência, tipo de estudo, amostra, como também os aspectos metodológicos.

Quadro 1. Síntese dos textos segundo nível de evidência, tipo de estudo, amostra e cenário

Título/ ano	Nível de evidência	Tipo de estudo	Amostra
1. Atenção à criança com doença crônica na ESF. (NÓBREGA, V.M et al., 2013)	Nível 4	Qualitativo	3 mães de crianças com doença crônica
2 Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária (ROSÁRIO, S.S. D et al., 2013)	Nível 5	Qualitativo	13 profissionais da ESF
3 Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde (REICHERT, A.P. S et al., 2012)	Nível 4	Quantitativo	45 enfermeiros e mães de menores de 2 anos de idade
4 Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais (MONTERIRO, A. I et al., 2012)	Nível 5	Qualitativo	16 profissionais da ESF
5 A satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde (MODES, P.S.S.A.; GAÍVA, M.A.M, 2013)	Nível 5	Qualitativo	127 mães de crianças menores de 1 ano
6 A percepção das famílias sobre a organização da atenção primária à saúde da criança (FERNANDES, A.P.P et al., 2014)	Nível 5	Qualitativo	45 representantes de famílias de crianças de 0 a 5 Anos
7 Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru (AIRES, L.C.P et al., 2015)	Nível 4	Qualitativo	31 profissionais de saúde ESF
8 Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará (MACHADO, M.M.T et al., 2012)	Nível 3	Quantitativa	350 famílias
9 Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil (MORAES, L.C.M.V.; NAVARRETE, M.L.V, 2013)	Nível 4	Qualitativo	20 mães e 71 profissionais (gestores, médicos, ACS, enfermeiros)

10 Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária (OLIVEIRA, V.B.C.A.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R, 2015)	Nível 3	Quantitativo	Familiares de 482 crianças
11. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras (MESQUITA, M. F.; RAIMUNDO, B. S.L.; SOUSA, C.A, 2014)	Nível 4	Quali-quantitativo	419 cuidadores
12 Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimento (BARATIERI, T et al., 2014)	Nível 3	Quantitativo	46 prontuários de crianças
13.Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças (OLIVEIRA, V.B.C.A et al., 2012)	Nível 4	Qualitativo	11 famílias e 11 profissionais médicos e enfermeiros

Fonte: Pesquisa direta, 2017

Ao que concerne ao nível de evidência parte considerável dos estudos 61,53% apresenta uma predominância de abordagem qualitativa, de acordo com Galvão (2006), baixo nível de evidência. E em relação ao ano de publicação há lacunas com predominância de publicações nos anos de 2012 e 2013 61,53%, a amostra envolveu crianças, mães/cuidadores/famílias e profissionais variando entre 3 e 482 participantes.

Os resultados mostram que o atendimento à criança na atenção primária é dependente de inúmeros fatores, os quais devem promover uma assistência de qualidade (LEÃO et al., 2011). De acordo com o resultado de alguns estudos tem-se que há muitas barreiras que tornam o serviço pouco resolutivo, isso por não visualizar a criança como um ser em meio a um contexto familiar, econômico e social (CAMPOS, 2011; SILVA, 2014; SALA et al., 2011; SOUZA et al., 2013). Portanto, as ações acabam sendo destinadas a tratar somente a doença (SOUSA, 2012).

Quadro 2- Fatores que podem interferir na assistência à saúde da criança na atenção primária à saúde e os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização afetados

Fatores que podem interferir na humanização	Implicações
1. Dificuldades na acessibilidade, ausência de ações acolhedoras, despreparo dos profissionais, inadequação da estrutura física (NÓBREGA, V.M ET AL., 2013)	Acolhimento, ambiência
2. Ausência de infraestrutura adequada, grande número de famílias cadastradas na ESF (alta demanda para os profissionais), escassez de recursos materiais, despreparo profissional para atender crianças com deficiência (ROSÁRIO, S.S. D ET AL., 2013).	Ambiência, valorização do trabalhador.
3. Despreparo profissional na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, ausência de orientações a cerca do desenvolvimento das crianças no momento da consulta (REICHERT, A.P. S et al., 2012).	Corresponsabilidade, clínica compartilhada e ampliada.
4. Pouco envolvimento do cuidador durante assistência, não compreensão de aspectos como estrutura física e acolhimento na assistência por parte dos profissionais como requisitos necessário para humanização (MONTERIRO, A. I et al., 2012) .	Transversalidade, corresponsabilidade, acolhimento, clínica compartilhada e ampliada.
5. Ausência de comunicação no processo de referência e contra referência, fragilidades no acolhimento (MODES, P.S.S.A.; GAÍVA, M.A.M, 2013).	Transversalidade, clínica compartilhada e ampliada, acolhimento.
6. Ausência de integralidade entre os níveis de atenção a saúde, fragilidades no acolhimento por parte de alguns profissionais da equipe, predomínio do modelo médico centrado, exclusão das famílias no planejamento do processo de trabalho (FERNANDES, A.P.P ET AL., 2014).	Transversalidade, acolhimento, gestão participativa e co gestão, clínica ampliada e compartilhada.
7. Despreparo profissional, escassez de recursos materiais, falta de comunicação entre os demais serviços de saúde, modelo biomédico (AIRES, L.C.P et al., 2015).	Transversalidade, clínica compartilhada e ampliada.
8. Fragilidades na organização e infraestrutura do serviço (MACHADO, M.M.T et al., 2012).	Ambiência.
9. Ausência/ má divulgação das políticas de saúde infantil, escassez de recursos humanos e materiais, ausência de ações acolhedoras (VANDERLEI, L.C.M.; NAVARRETE, M.L.V, 2013).	Corresponsabilidade, acolhimento.
10. Tempo de espera pelo atendimento, dificuldades para a marcação de consultas (OLIVEIRA, V.B.C.A. ; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R, 2015).	Acolhimento.

11.Fragilidades nos atributos de coordenação, integralidade, acesso de primeiro contato, orientação familiar e comunitária (MESQUITA, M. F.; RAIMUNDO, B. S.L.; SOUSA, C.A).	Gestão participativa e cogestão, clínica ampliada e compartilhada.
12.Início tardio da puericultura, escassez de registros das ações e orientações e irregularidade na frequência das consultas (BARATIERI, T et al., 2014).	Clínica ampliada e compartilhada.
13.Demora no tempo de espera, ausência de ações acolhedoras (OLIVEIRA, V.B.C.A ET AL., 2012)	Acolhimento.

Fonte: Pesquisa direta

Dentre as dificuldades para prestar uma assistência à criança na atenção primária à saúde, as que mais prevalecem são: a exclusão da percepção das mães quanto o desenvolvimento da criança; ausência de ações interdisciplinares e intersetoriais destinadas à educação em saúde; despreparo dos profissionais para prestar a assistência; deficiência de recursos financeiros, ausência de acolhimento e dificuldades no acesso (SILVA, 2014; SOUSA, 2012; BARRETO et al., 2012; MACHADO et al., 2012). Além desses, há evidências de que a falta de comunicação entre a atenção primária e os demais níveis dificulta a formulação de ações que tornem o serviço resolutivo (LIMA, 2013; SOUZA, 2013).

A seguir são apresentadas as categorias, que foram descritas de acordo com a relevância, as quais prevalecem. As mesmas se referem às evidências encontradas acerca dos fatores mais prevalentes que podem interferir numa assistência à saúde da criança na atenção primária sob a ótica da humanização.

CATEGORIA 1 - DESPREPARO PROFISSIONAL

Quatro estudos (AIRES et al., 2015; NÓBREGA et al., 2013; ROSÁRIO et al., 2013; REICHERT et al., 2012) evidenciaram o despreparo profissional como uma barreira, para adoção de uma assistência que prime pela humanização. Esse despreparo é caracterizado pela não integração dos pontos essenciais que definem a competência tais quais: conhecimento, habilidade e atitude. O que denota a necessidade de uma formação profissional de qualidade desde a graduação, assim como a valorização da educação permanente.

Estudo que buscou compreender como são produzidas as práticas de cuidado à criança na atenção básica na perspectiva da integralidade em saúde, identificou ausência de ações interdisciplinares e intersetoriais destinadas à educação em saúde, como um fator que pode dificultar a humanização no atendimento à criança (SOUZA et al., 2013). Isso é resultado do despreparo de muitos profissionais, para formular estratégias que garantam a integralidade do cuidado (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008; ARAÚJO et al., 2014).

Consequentemente, faz-se necessária a construção de novos conhecimentos e de práticas, na perspectiva da integralidade do cuidado, e deve ser uma constante preocupação e compromisso dos profissionais que atuam no cuidado a criança. Pois, as ações voltadas para a integralidade do cuidado à criança constituem em uma das dimensões da prática da equipe de saúde que atua na atenção primária que devem propiciar a melhoria da qualidade de vida da população. Desse modo, possuem uma grande contribuição na construção de novos saberes e fazeres no cuidado e em saúde e nas políticas públicas do país (SOUSA; ERDMANN, 2012; REICHERT; SÁ, 2011; SILVA, 2014).

CATEGORIA 2 - CARÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS E DIFICULDADES NO ACESSO

Para a prestação de uma assistência humanizada, é importante dispor também de recursos materiais, de uma infraestrutura adequada e a garantia do acesso. Dos estudos analisados sete (AIRES et al., 2015; ROSÁRIO et al., 2013; VANDERLEI; NAVARRETE, 2013; MACHADO et al., 2012; NÓBREGA et al., 2013; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015; ROSÁRIO et al., 2013) apontaram a carência de recursos materiais e a dificuldade no acesso como fatores que podem interferir na assistência de qualidade a criança, o que implica na humanização. Pesquisas evidenciam que há um grande déficit nesse quesito, sendo isso o resultado da má distribuição dos recursos financeiros, o que pressupõe a necessidade de uma melhor administração por parte dos gestores (SALA et al., 2011).

86

É pertinente destacar que a carência de recursos pode interferir diretamente no acesso às ações e serviços de saúde. De acordo com Sanchez e Sinconelli (2012) o conceito de acesso é amplo e varia de acordo com o tempo, pois se relaciona ao contexto. Hoje é entendido numa dimensão ampla, em que não está direcionada somente ao acesso físico, mas na disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Logo, as dificuldades no acesso envolvem a inadequação da estrutura arquitetônica, demora no tempo de espera, dificuldade para marcar consultas e o excesso de demanda dos profissionais.

Estudo que avaliou as experiências com a atenção primária à saúde para crianças e adolescentes, considerando níveis de saúde, características sociodemográficas e o uso de serviços de saúde trazem como implicações da falta de acesso a atenção primária, e com isso a procura por outros serviços (BERRA et al., 2014). Logo este fato gera baixa resolutividade da atenção primária, uma vez que um estudo apontou a dificuldade de acesso à atenção primária como fator

contribuinte para baixa resolutividade a determinados problemas de saúde levando ao aumento de hospitalizações de crianças por causas sensíveis a atenção primária (CARVALHO et al., 2015). Acredita-se que essa dificuldade de acesso aliado à insuficiência de recursos materiais pode interferir na confiança das mães e/ou cuidadores na efetividade dos serviços ofertados na atenção primária

Vários são os fatores limitadores para a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde (ABS). Sendo os mais prevalentes: políticos, gerenciais, institucionais e estruturais. Em relação aos fatores políticos e gerenciais destaca-se a insuficiência de recursos para a saúde e para o cuidado à criança na ABS, a falta de insumos, em especial, de medicamentos, assim como os aspectos relativos à inadequação na estrutura física das unidades de saúde (BUCCINI et al., 2011).

É de suma importância destacar que o controle social é um aspecto com grande potencial ao que diz respeito em garantir a disposição de recursos materiais e garantir o acesso. Nesta perspectiva torna-se necessário o empoderamento da população para a efetivação do controle social de modo a contribuir no suprimento adequado dos recursos materiais para atender as necessidades da população.

CATEGORIA 3 – FRAGILIDADES NA COMUNICAÇÃO E ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A fragilidade na comunicação foi um quesito apontado em três estudos (AIRES et al., 2015; FERNANDES et al., 2014; MODES; GAÍVA, 2013) como fatores limitadores ao que concerne numa assistência resolutiva. Pois para que ocorra a integração dos serviços a comunicação se faz imprescindível. No entanto, a falta de comunicação entre os demais níveis com a atenção primária pode comprometer da lógica de rede (RIBEIRO et al., 2010).

Há relato em um estudo de profissionais que expõem a dificuldade de formular estratégias que minimizem os problemas de saúde. Uma vez que as crianças são encaminhadas para os demais níveis e posteriormente não há um retorno de informações para a atenção primária (FERREIRA et al., 2010).

Há nos relatos de médicos, enfermeiros e mães, as dificuldades na resolutividade de casos rotineiros como febre, pneumonias e exames de rotina. São situações que revelaram o sistema de referência e contra-referência como uma problemática na organização do sistema e nas ações de cuidado à criança na ABS tornando difícil a continuidade da assistência (SOUSA; ERDMANN; MOCHE, 2010). A integralidade é um aspecto de suma importância para o fortalecimento da Atenção Primária, conseqüentemente resultando num serviço com alta resolutividade.

CATEGORIA 4- AUSÊNCIA DE ACOLHIMENTO

De acordo com os aspectos abordados na Política Nacional de Humanização, o acolhimento é um dos requisitos essencial para que humanização se efetive, entretanto, dos estudos analisado cinco (FERNANDES et al., 2014; MODES; GAÍVA, 2013; MONTERIRO et al., 2012; NÓBREGA et al, 2013; VANDERLEI ; NAVARRETE, 2013) citam a ausência de acolhimento com um fator que pode interferir na qualidade da assistência à criança. Evidencia-se que o acolhimento desencadeia transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado e no âmbito organizacional dos serviços (GUERRERO et al., 2013).

Fragilidades nas ações voltadas ao acolhimento podem estar relacionadas a dificuldades com a estrutura, organização e gestão dos serviços de saúde, além do predomínio de práticas biologicistas (MARQUES et al, 2014).

Ao que tange no acolhimento à saúde da criança, um fator que pode contribuir para que o mesmo não seja efetivado é não considerar a participação da mãe no momento da consulta, pois exclui a percepção da mãe no que diz respeito ao desenvolvimento da criança. Uma vez que ao incluir a participação desta com orientações, escuta qualificada é um fator de suma importância, para que os profissionais disponham de uma assistência acolhedora e de qualidade (SOUZA, 2013; ASSIS; REICHERT; SÁ, 2011; SILVA, 2014). Isso conseqüentemente implica na dificuldade de propor ações que considerem as necessidades da criança (COSTA et al., 2011). O acolhimento é um aspecto essencial para a formação do vínculo entre os profissionais com a mãe e/ou cuidador, fato que fortalece a credibilidade da comunidade no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de fatores que podem interferir na assistência à saúde da criança dentro da atenção primária, conseqüentemente corrobora numa assistência pouco resolutiva, de modo a comprometer a valorização da atenção primária no cuidado a saúde da criança. Tais fatores englobam falhas no processo de gestão, estrutura e competência profissional. Fato que pode implicar negativamente no acompanhamento e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança.

Para que haja maior qualidade na assistência à saúde da criança na atenção primária é necessário sanar muitas barreiras. Dentre elas, a base para que as demais sejam resolvidas é a qualificação dos profissionais da saúde juntamente com os gestores de modo que considerem a criança em meio a um contexto familiar, social e econômico. Somado a isso a equipe deve primar pelo fortalecimento dos atributos da atenção primária, isso conseqüentemente fortalecerá a credibilidade da população na atuação da atenção primária.

Em decorrência dos baixos níveis de evidência dos estudos, torna-se necessário o investimento em pesquisas com fortes níveis de evidência, para que assim obtenham-se subsídios para formulação de estratégias que possam impulsionar a consolidação da humanização como uma prática constante.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 224-232, 2015.

ARAÚJO, J.P et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.6, p.1000-7, 2014.

ASSIS, W.D.; REICHERT, A.P.S.; SÁ, L.D. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.1, p. 38-46, 2011.

BARATIERI, T et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 206-216, 2014.

BARBOSA, G. C et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123, 2013

BARRETO, J.O.M et al. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n.3, p.515-526, 2012.

BERRA, S et al. Experiências com a atenção primária associadas à saúde, características sociodemográficas e uso de serviços em crianças e adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, n.12p. 2607-2618, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da Criança** Brasília DF 2012. Disponível em:<http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sau.de_crianca_materiais_info_mativos.pdf > Acesso em 18 de abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUCCINI, G.S. et al. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.3, p. 239-247, 2011.

CAMPOS, O. M.A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família/Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy/Atributos esenciales de la Atención Primaria y la Estrategia Salud de la Familia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.

CAMPOS, R.M.C. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.45, n.3, p.566-74, 2011.

CARVALHO, L. et al. INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ. **Biológicas & Saúde**, v. 5, n. 18, 2015.

COSTA, G.D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3229-3240, 2011.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p.8-9, 2012.

FERNANDES, A.P. P et al. A percepção das famílias sobre a organização da Atenção Primária à Saúde da criança. **Cogitare Enfermagem**, Paraná. v. 19, n.1, p. 56-62, 2014.

FERREIRA, J.C et al. A PERCEPÇÃO DO GESTOR SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA CRIANÇA. **Cogitare Enfermagem**, v.15,n.1, p.26-32, 2010

GALVÃO, C.M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n.2, 2006.

GUERRERO, P et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

LEÃO, C.D.A. et al. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n.3, p. 323-334, 2011.

LIMA, K.Y.N. Visão de mães sobre a humanização no atendimento da criança na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n.3, p.546-51, 2013.

MACHADO, M.M.T et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 3125-3133, 2012.

MARQUES, M. L et al. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 216-225, 2014.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.D.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MESQUITA, M. F.; RAIMUNDO, B. S.L.; SOUSA, C.A. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, 2014.

MODES, P. S S.A.; GAIVA, M. A. M. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n.3, p. 455-465, 2013.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF J.; ALTMAN, D.G. The PRISMA group preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n.7, 2009.

MONTEIRO, A. I et al. Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. **Northeast Network Nursing Journal**. v. 13, n. 4, p. 724-33, 2012.

MONTEIRO, A.I et al. A enfermagem e o saber coletivo: Acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n.1, p. 73-80, 2011.

MORAES, V.; LYGIA, C.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 379-389, 2013.

NÓBREGA, V. M et al. Atenção à criança com doença crônica na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 57-64, 2013.

NOVACZYK, A.B.; DIAS, N.S.; GAÍVA, M.A.M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.4, p.1124-37, 2008

OLIVEIRA, B. R. G et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 13, n. 2, 2012.

OLIVEIRA, M. A.C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.

REICHERT, A. P. S et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 13, n. 1, 2012.

RIBEIRO, L.C.C. et al. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.12, p.2316-2322, 2010.

ROSÁRIO, S. S. D de et al. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 740-746, 2013.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e sociedade**, v. 20, n.4, p. 948-960, 2011.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260-268. 2012

SILVA, R.M.M.; VIERA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. 94 **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67,n.5, p.794-802, 2014.

SILVEIRA, R.C.P. O cuidado de enfermagem e o cateter Hickman: a busca de evidências. 2005 134 f. Dissertação (mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto; 2005.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.5, p. 795-802, 2012.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.4, p.701-7, 2010.

SOUZA, M.H.N.; PAZ, E.P.A.; FARIAS, S.N.P.; GHELMAN, L.G.; MATTOS, C.X.; BARROS, R.R. Integralidade no acolhimento mãe-bebê. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.17, n.4, p. 677- 682, 2013

SOUZA, R. S et al. Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 331-348, 2013.

WALDOW, V. R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 415-418, 2011.

CAPÍTULO 05

AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA PANDEMIA DA COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

<https://zenodo.org/records/10201682>

*Washington Moura Braz*¹

*Ana Gabriela Holanda Sampaio*²

*Samuel Ilo Fernandes de Amorim*³

*Hermes Melo Teixeira Batista*⁴

*Gislene Farias de Oliveira*⁵

RESUMO: Os Transtornos Alimentares (TA) são uma variedade de transtornos psicológicos complexos que podem levar a prejuízos físicos e psicológicos significativos e estão associados a altas taxas de mortalidade e baixas taxas de detecção e intervenção. A pandemia do COVID-19 interrompeu a vida diária em escala global, impactando as rotinas das pessoas, os ambientes de vida e o bem-estar físico, mental e emocional. A pandemia impactou negativamente na vida de pessoas com transtornos alimentares, de modo que as taxas de incidência de anorexia nervosa (AN), transtorno da compulsão alimentar periódica (BED), bulimia nervosa (BN) e desordem alimentar (DE) aumentaram durante o confinamento relacionado ao COVID-19. O presente estudo objetivou uma revisão de literatura sobre a avaliação dos transtornos alimentares na pandemia do covid-19, nos últimos 4 anos, especificamente 2019 a 2022, na base de dados PubMed, em artigos de língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Os resultados eliciaram 5 categorias: 1 - Implicações físicas/fisiológicas (25%); 2 - Implicações mentais/emocionais (33,3%); 3 - Implicações sociais (33,3%); 4 - Implicações na manutenção do tratamento (25%) e 5 - Implicações no agravamento, fatores predisponentes e reforço do transtorno alimentar (33,3%). Embora o número de

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Cariri – UFCA. Email:

² Acadêmico de Medicina da Faculdade Paraíso de Araripina –FAP. Email:

³ Mestre em Saúde da Família/RENASF-URCA. Aluno de graduação em Medicina/Centro Universitário Estácio do Ceará, campus Iguatu.

⁴ Médico do Hospital Regional do Cariri (HRC), Juazeiro do Norte, Ceará. Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, Brasil. hermes2710batista@gmail.com.

⁵ Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pós-doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC - FMABC. Docente da Universidade Federal do Cariri – UFCA. Email: gislene.farias@ufca.edu.br.

artigos neste estudo seja relativamente pequeno ante as buscas iniciais na literatura, foram suficientes para retratar a realidade através de diversas dimensões possíveis, conforme as cinco categorias eliciadas. Mesmo que a amostra não permita uma generalização dos achados, mas proporcionaram uma concordância entre si quanto ao prejuízo da pandemia do COVID-19 aos portadores de Transtornos alimentares.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, covid-19, isolamento social e aspectos clínicos.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TA) são uma variedade de transtornos psicológicos complexos que podem levar a prejuízos físicos e psicológicos significativos e estão associados a altas taxas de mortalidade e baixas taxas de detecção e intervenção. Entre os transtornos alimentares, a Anorexia Nervosa tem a maior taxa de mortalidade relatada de qualquer doença psicológica, com aproximadamente 12 vezes maior risco de morte e 57 vezes maior risco de suicídio em comparação com seus pares. Devido ao alto nível de comprometimento, consequência crônica para a saúde e mortalidade, as pessoas com transtornos alimentares merecem atenção considerada durante esta pandemia. (Jane M et al., 2022)

A pandemia de COVID-19 foi declarada uma emergência de saúde pública em todo o mundo. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que a crise do COVID-19 era uma pandemia. Como tal, a pandemia de COVID-19 afetou a vida de

milhões de pessoas e as suas consequências na saúde e na economia foram profundas. Consequentemente, para diminuir a propagação do vírus e prevenir novas mortes e casos graves de infecção, os governos nacionais, aconselhados pelas autoridades de saúde, impuseram confinamentos. (Maryam H., et al., 2022)

O ajuste a novas normas, como distanciamento social, quarentena e restrições de atividades, exigiu esforços e, axiomáticamente, essa mudança considerável no estilo de vida teve um grande impacto na saúde mental das pessoas. Embora a pandemia de COVID-19 tenha afetado toda a população, a interrupção e os novos requisitos exigidos para reduzir a disseminação da pandemia colocaram particularmente aqueles com transtornos alimentares (TAs) em maior risco de piorar as condições. (Sharon K., et al., 2021)

Mudanças nos comportamentos alimentares, exercícios e peso/índice de massa corporal (IMC) foram detectados tanto na população em geral quanto em pacientes com TA. Distúrbios emocionais secundários a mudanças ambientais e “insegurança alimentar” têm sido considerados alguns possíveis fatores explicativos. Apoio social reduzido, baixa autodireção, trauma na infância e apego inseguro ou dificuldades na regulação emocional são fatores de vulnerabilidade que levam ao sofrimento psicológico no confinamento, que pode estar associado a padrões alimentares perturbados (Baenas I., et al., 2021)

É importante ressaltar que as taxas de incidência de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico aumentaram entre indivíduos com condições mentais pré-existentes, e esse aumento desfavorável foi particularmente observado entre indivíduos com sintomas de transtornos alimentares (TA). Mais especificamente, as taxas de incidência de anorexia nervosa (AN), um transtorno alimentar restritivo apresentado com um medo intenso de ganho de peso e um impulso para a magreza, aumentaram nas últimas décadas, mas ainda mais durante o confinamento relacionado ao COVID-19. Na mesma linha, os sintomas de transtorno da compulsão alimentar periódica (BED), bulimia nervosa (BN) e DE misto aumentaram durante o confinamento relacionado ao COVID-19. (Maryam H., et al., 2022)

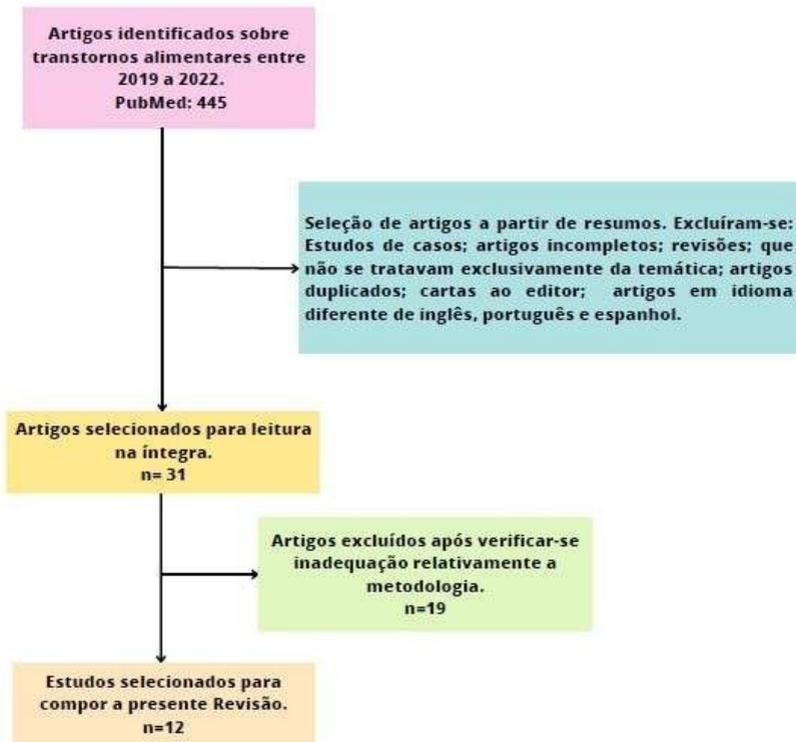
Nesse contexto, é importante considerar quais variáveis antecedentes podem prever novo aparecimento ou exacerbação de

sintomas de transtorno alimentar em circunstâncias estressantes, como a pandemia. Dois conceitos provavelmente importantes são a impulsividade e a obsessão/compulsividade. Ideias obsessivas e comportamento compulsivo são prevalentes em populações de transtornos alimentares; O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma das comorbidades mais comuns da AN. Obsessões são pensamentos repetidos, persistentes, intrusivos e indesejados, imagens mentais ou impulsos que causam angústia ou preocupações. As obsessões durante esse período podem conferir risco ao transtorno alimentar, pois as preocupações repetitivas sobre a pandemia podem desencadear "comportamentos de segurança" e impactar o nível de funcionamento do indivíduo. Nos transtornos alimentares, as compulsões podem se manifestar na forma de restrição alimentar extrema e excesso de exercícios. As compulsões podem exacerbar o risco de desordem alimentar durante a pandemia, pois o bloqueio e outras mudanças socioeconômicas podem desencadear comportamentos ritualísticos ou de segurança, perda da rotina estabelecida e impacto no funcionamento. (Konstantinos I., et al.,2022)

METODOLOGIA

Inicialmente foram encontrados 445 artigos no buscador Pubmed, ao se fazer um filtro com o período de 2019 a 2022 a quantidade foi de 264, desses foram selecionados 31 estudos que foram estudados em sua íntegra e posteriormente após nova seleção foram excluídos mais 19 artigos por não abordarem de maneira coesa os objetivos do presente estudo, restando então 12 artigos que são a base desse estudo. A maioria dos artigos foi excluída do estudo por não avaliarem os transtornos alimentares na pandemia do covid-19 de maneira clara e objetiva ou por não apresentarem a metodologia adequada.

Figura 1 - Fluxograma referente à seleção dos artigos discutidos nesta revisão.



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Para uma maior organização na síntese de informações, os artigos foram divididos em 5 categorias, inspiradas principalmente nos fatores de influência. São elas: implicações fisiológicas/físicas (n=3); implicações emocionais/mentais (n=4); implicações sociais (n=4); influência do transtorno alimentar na manutenção do tratamento (n=3) e fatores de influência no agravamento, predisponentes ou de reforço dos transtornos alimentares (n=4). A tabela 1 apresenta o rol de artigos distribuídos por categorias.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos por categorias.

Artigos	Categorias
BAENAS, I.; ETXANDI, M.; MUNGUÍA, L. Impact of COVID-19 Lockdown in Eating Disorders: A Multicentre Collaborative International Study. <i>Nutrients</i> , v.14,1. p.100, 27 dec. 2021.	1
FREIZINGER, M.; JHE, GB.; DAHLBERG, SE. Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. <i>Journal of eating disorders</i> v.10,1, p. 125., 24 aug. 2022.	1
MINIATI, M.; MARZETTI, F.; PALAGINI, L. Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review. <i>Frontiers in psychology</i> , v. 12, 29 sep. 2021.	1
BAENAS, I.; ETXANDI, M.; MUNGUÍA, L. Impact of COVID-19 Lockdown in Eating Disorders: A Multicentre Collaborative International Study. <i>Nutrients</i> , v.14,1. p.100, 27 dec. 2021.	2
IRIGOYEN-OTINANO, M.; GONZALEZ-PINTO, A.; LLORCA-BOFI, V. Increase in urgent care for patients with an eating disorder during the COVID-19 pandemic in a Spanish province. <i>Revista de psiquiatria y salud mental</i> , v.15,2, Apr-Jun, 2022.	2
KIM, S.; WANG, WL.; MASON, T. "Eating disorders and trajectory of mental health across the COVID-19 pandemic: Results from the Understanding America study. <i>Journal of affective disorders reports</i> , v.5, 6 sep. 2022.	2
YAZICI, D.; FERSAHOGLU, MM.; FERSAHOGLU, T. Status of Weight Change, Lifestyle Behaviors, Depression, Anxiety, and Diabetes Mellitus in a Cohort with Obesity during the COVID-19 Lockdown: Turk-Com Study Group. <i>Obesity facts</i> , v.15,4, 11 may.2022.	2
FLAUDIAS, V.; ICETA, S.; ZERHOUNI, O. COVID-19 pandemic lockdown and problematic eating behaviors in a student population. <i>Journal of behavioral addictions</i> , v. 9,3, 24 sep. 2020.	3
NUTLEY, SK.; FALISE, AM.; HENDERSON, R.; APOSTOLOU, V.; MATHEWS, CA.; STRILEY, CW. Impacto of the COVID-19 Pandemic on Disordered Eating Behavior: Qualitative Analysis of Social Media Posts. <i>JMIR mental health</i> , v. 8,1. 27 Jan. 2021.	3

YAZICI, D.; FERSAHOGLU, MM.; FERSAHOGLU, T. Status of Weight Change, Lifestyle Behaviors, Depression, Anxiety, and Diabetes Mellitus in a Cohort with Obesity during the COVID-19 Lockdown: Turk-Com Study Group. Obesity facts , v.15,4, 11 may.2022.	3
FREIZINGER, M.; JHE, GB.; DAHLBERG, SE. Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. Journal of eating disorders , v.10,1, p. 125., 24 aug. 2022.	3
IRIGOYEN-OTINANO, M.; GONZALEZ-PINTO, A.; LLORCA- BOFI, V. Increase in urgent care for patients with an eating disorder during the COVID-19 pandemic in a Spanish province. Revista de psiquiatria y salud mental , v.15,2, Apr-Jun, 2022.	4
FREIZINGER, M.; JHE, GB.; DAHLBERG, SE. Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. Journal of eating disorders v.10,1, p. 125., 24 aug. 2022.	4
NUTLEY, SK.; FALISE, AM.; HENDERSON, R.; APOSTOLOU,V.; MATHEWS, CA.; STRILEY, CW. Impact of the COVID-19 Pandemic on Disordered Eating Behavior: Qualitative Analysis of Social Media Posts. JMIR mental health v. 8,1. 27 Jan. 2021.	4
MINIATI, M.; MARZETTI, F.; PALAGINI, L. Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review. Frontiers in psychology , v. 12, 29 sep. 2021.	5
MISKIVIC-WHEATLEY, J.; KORESHE, E.; KIM, M.; SIMEONE,R.; MAGUIRE, S. The impact of the COVID-19 pandemic and associated public health response on people with eating disorder symptomatology: an Australian stud, Journal of eating disorders , v. 10,1, 17 Jan. 2022,	5
HADDAD, C.; ZAKHOUR, M.; BOU, M. Association between eating behavior and quarantine/confinement stressors during the coronavirus disease 2019 outbreak. Journal of eating disorders , v.81 sep. 2020.	5
IOANNIDIS, K.; HOOK, RW.,; WIEDEMANN, A. "Associations between COVID-19 pandemic impact, dimensions of behavior and eating disorders: A longitudinal UK-based study. Comprehensive psychiatry , v. 115, 12 mar. 2022.	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

RESULTADOS

CATEGORIA I. IMPLICAÇÕES FISIOLÓGICAS/FÍSICAS

Esta categoria agregou três artigos (25%) que tratou sobre as implicações físicas e fisiológicas com impacto na qualidade de vida de pessoas com transtornos alimentares, tendo em vista a pandemia do covid-19. Alterações de exames laboratoriais, observações de sintomas físico ou fisiológicos como perda ou aumento repentino de peso.

Um impacto diferencial na alimentação e na psicopatologia geral foi avaliado em pacientes com TA em comparação com a população em geral. Isso pode variar com o subtipo de transtorno alimentar. Além disso, a idade pode ser um possível fator a ser considerado ao avaliar alterações clínicas no contexto do confinamento. Nessa linha, a idade mais jovem, aliada a fatores culturais e sociodemográficos, podem modulá-los. (Baenas I., et al.,2021)

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) é o TA mais comum, com prevalência ao longo da vida de 2,2% para adultos e 1,32% para adolescentes. Quando os comportamentos compulsivos subclínicos são considerados, a prevalência é estimada em 3%. Vários estudos examinaram os distúrbios alimentares e os comportamentos de compulsão alimentar em adultos durante a pandemia. Adultos com TCAP relataram aumentos na compulsão alimentar e impulsos de compulsão alimentar, e muitos compulsivamente com alimentos “estocados”. Entre adultos com histórico de TCAP, a frequência de compulsão alimentar aumentou durante a pandemia, colocando-os em risco de recaída. Aumentos de compulsão alimentar também foram encontrados entre a população em geral. No entanto, a pesquisa sobre comportamentos de compulsão alimentar entre adolescentes e adultos

jovens durante a pandemia de COVID-19 é limitada. (Melissa F., et al.,2022)

Além disso, observações preliminares focaram no risco de desenvolver TAs em pacientes que contraíram COVID-19, renovando questões sobre o papel de fatores imunológicos e neurobiológicos como potenciais desencadeadores de anorexia e bulimia nervosa por meio de processos inflamatórios, juntamente com mudanças comportamentais induzidas pela infecção, como perda de apetite e diminuição da ingestão de alimentos. Uma população vulnerável de indivíduos, como pacientes com desordem alimentar, corre alto risco de consequências agudas e de longo prazo da pandemia de COVID-19. Também devem ser consideradas as relevantes restrições nos serviços psiquiátricos e psicológicos e as limitações de acesso tanto para internação quanto para ambulatório. (Mario M., et al.,2021)

CATEGORIA II. IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS/MENTAIS

Na categoria 2, foram organizados os artigos que trataram do prejuízo psicológico ocasionado pelos transtornos alimentares na pandemia do Covid-19, tais como falsa percepção corpórea, insatisfação com a imagem corporal, dentre outras, num total de 4 artigos(33,3%).

O impacto psicológico do confinamento na história e no contexto atual tem sido considerado. Níveis mais elevados de emoções negativas, como ansiedade, depressão, raiva, culpa ou mesmo sintomas de estresse pós-traumático foram relatados. Um impacto mais profundo foi observado em indivíduos com doenças crônicas e mentais. Verificou-se que pacientes com transtornos alimentares (TA) correm risco de consequências psicológicas adversas no contexto da pandemia de COVID-19. (Baenas I., et al.,2021)

A pandemia de COVID-19 tem afetado o estado mental de pacientes que sofrem desta infecção, parentes enlutados que perderam

entes queridos para esta doença, profissionais de saúde, população em geral e pacientes que tiveram um problema de saúde mental antes da pandemia e viram seus sintomas aumento e/ou interrupção do tratamento. Os pacientes com transtornos alimentares são altamente sensíveis à situação pandêmica devido ao seu risco físico e psicológico. Deve-se destacar a fragilidade da anorexia nervosa, os distúrbios eletrolíticos na bulimia nervosa e o risco cardiovascular na compulsão alimentar. Da mesma forma, o estresse psicológico decorrente do confinamento, as restrições e angústias inerentes à incerteza, podem potencializar o desconforto psicológico desses pacientes. O isolamento e a solidão podem ser comuns aos portadores de anorexia nervosa e podem se agravar durante uma pandemia. A desregulação emocional pode promover episódios de compulsão alimentar e purgação, enquanto um maior controle externo pode causar diminuição da ingestão alimentar. (Irigoyen-Otiñano M., et al., 2022)

104

Aqueles com transtornos alimentares frequentemente experimentam problemas psicológicos como sentimentos de falta de controle, preocupação excessiva, estresse e solidão. Especificamente, eles são propensos a sofrer mais problemas psicológicos devido a escolhas alimentares limitadas, medo da escassez de alimentos, indisponibilidade de certos produtos alimentares de sua preferência e consequentes obsessões por alimentos, trabalho restrito e atividades de estudo para casa, menos espaço para movimento (exercício), falta de atividade física e preocupações com o peso, a ausência de rotinas claras que apoiem planos e estruturas alimentares e acesso limitado a ajuda profissional, além da ansiedade geral pelo futuro. (Sharon K., et al., 2021)

Considerando os efeitos do bloqueio do COVID-19 em uma população com obesidade, pode haver alguns aspectos diferentes em comparação com a população normal. As pessoas com obesidade podem ser mais cautelosas sobre seus hábitos alimentares e de exercícios porque já estiveram envolvidas nesses aspectos e

desenvolveram certos comportamentos de estilo de vida. Por outro lado, o efeito pode ser exatamente o oposto, onde as pessoas com obesidade podem ser afetadas pelo estresse e exibir padrões de alimentação emocional. Alguns estudos abordaram a situação das pessoas com obesidade durante a pandemia. Um estudo do Texas determinou as questões sobre uso de substâncias, saúde mental e comportamentos relacionados ao peso, mostrando que a maioria dos participantes apresentava depressão e ansiedade aumentadas, uma taxa aumentada de alimentação emocional e dificuldade em atingir suas metas de peso. (Dilek Y., et al., 2022)

CATEGORIA III: IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Nesta categoria foram agrupados quatro artigos (33,3%) referentes aos prejuízos que os transtornos podem causar em termos de relacionamentos sociais e na distorção da percepção dos ambientes sociais, tendo em vista a pandemia do Covid-19.

Além dos aspectos emocionais, o aumento do uso da Internet e das mídias sociais pode desempenhar um papel. As interrupções nas rotinas de trabalho e o aumento da dependência de videochamadas para atividades profissionais e sociais também podem aumentar a consciência corporal e aumentar a autocrítica sobre o próprio corpo. Esse efeito pode ser particularmente problemático para indivíduos com preocupações pré-existentes relacionadas à forma e ao peso do corpo. Além disso, o aumento do tempo gasto usando a mídia tradicional e social e a influência tóxica do ideal de magreza e da objetificação generalizada da mídia provavelmente aumentarão o risco de comportamentos alimentares problemáticos. Além disso, o aumento do consumo de mídia também pode estar associado a uma maior exposição à publicidade de alimentos, que demonstrou promover impulsos e desejos relacionados à alimentação, alimentação descontrolada e maiores preocupações com peso e forma.

Finalmente, a exposição à cobertura da mídia de eventos mundiais estressantes e traumáticos tem sido associada ao aumento de comportamentos alimentares problemáticos (Valentin F., et al.,2020)

Algumas postagens de mídia social exibem alimentos indulgentes que podem desencadear compulsão alimentar, e outras postagens sugerem que é vital evitar o aumento do peso corporal, exibindo conteúdo que estigmatiza o peso e características negativas estereotipadas associadas à obesidade, como preguiça e falta de autocontrole. Em combinação com o aumento do consumo de mídia durante os períodos de distanciamento social, é provável que uma maior atenção ao peso e ao conteúdo relacionado à alimentação possa desencadear ou exacerbar os sintomas de transtorno alimentar, dada a influência negativa do ideal de magreza frequentemente romantizado nas mídias sociais. Em um estudo, mais da metade dos participantes com transtorno alimentar relataram piora dos sintomas de desordem alimentar após o aumento da exposição a alimentos e conteúdo de mídia social de exercícios desde a implementação da prevenção de saúde pública e medidas de distanciamento social. (Sara K., et al.,2021)

O ganho de peso foi relacionado ao aumento de lanches, aumento do consumo de alimentos não saudáveis e aumento do número de refeições na população em geral. As mudanças nos padrões alimentares e de atividade física foram inevitáveis devido à restrição a alimentos com maior prazo de validade, comumente não saudáveis e ricos em calorias, e também pela indisponibilidade de academias e instalações esportivas ao ar livre. No entanto, o estado psicológico das pessoas foi possivelmente mais eficaz. Existe uma relação complexa, mas intrigante, entre estado psicológico, hábitos alimentares, estado de atividade física e qualidade do sono. Também houve problemas no acesso aos serviços de saúde porque os hospitais já estavam sobrecarregados com pacientes com COVID-19 e havia dificuldades em atender outras pessoas que procuravam atendimento. Em segundo

lugar, os pacientes tentavam evitar ir aos hospitais devido ao medo de contrair COVID-19. (Dilek Y., et al., 2022)

Além disso, a pandemia de COVID-19 gerou uma crise econômica e conseqüente insegurança alimentar, definida como a interrupção ou impossibilidade de acesso a alimentos por falta de recursos financeiros. Verificou-se que a insegurança alimentar está associada a uma maior probabilidade de compulsão alimentar em adultos emergentes e candidatos à cirurgia bariátrica. Os pesquisadores observaram que a combinação da pandemia de COVID-19 e insegurança alimentar pode exacerbar os TAs e os comportamentos de compulsão alimentar. Indivíduos com insegurança alimentar são mais propensos a ter um diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e experimentar compulsão alimentar mais frequente do que aqueles sem insegurança alimentar. (Melissa F., et al., 2022)

CATEGORIA IV: INFLUÊNCIA DO TANA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

Na categoria 4, foram organizados os três artigos (25%) que trataram sobre a influência de variáveis na manutenção, permanência ou aderência às recomendações terapêuticas no tratamento dos transtornos alimentares durante a pandemia do Covid-19.

As restrições impostas pelas autoridades de saúde têm limitado a acessibilidade aos cuidados de saúde, razão pela qual o atendimento presencial em saúde mental tem sido interrompido em muitas áreas, comprometendo ainda mais o estado dos pacientes psiquiátricos. Pacientes com transtorno alimentar são populações vulneráveis que requerem abordagens específicas. Como medida de emergência imediata para enfrentar essa situação, diferentes ferramentas de telemedicina foram descritas nessa população, durante a pandemia; no

entanto, não há estudos sobre sua eficácia e aceitabilidade pelos usuários. (Irigoyen- Otiñano M., et al.,2022)

A pandemia de COVID-19 afetou profundamente a epidemiologia dos transtornos alimentares (TAs), principalmente em adolescentes e adultos jovens. O período inicial de bloqueio da pandemia de COVID-19 interferiu na trajetória de recuperação de pacientes com TAs, pois alguns pacientes recuperados experimentaram um retorno da compulsão alimentar e exercícios compensatórios. Além disso, adolescentes e adultos jovens com TAs experimentaram um aumento nos sintomas, e aqueles com TAs anteriores correram risco de recaída durante a pandemia. Em um estudo, quase metade das crianças e adolescentes com TAs experimentaram um retorno dos comportamentos de TA, e aqueles com TAs graves apresentaram sintomas de autoagressão e aumento do risco de suicídio. (Melissa F., et al.,2022)

Em ambientes hospitalares, as equipes de atendimento foram reduzidas em tamanho, as visitas foram limitadas e os critérios de admissão tornaram-se mais rigorosos. Para cumprir as diretrizes de distanciamento social, as sessões de terapia de grupo foram canceladas ou realizadas remotamente, limitando o acesso dos pacientes a redes familiares de apoio social, embora também reduzindo a oportunidade de comparações corporais. Além disso, podem surgir barreiras físicas e financeiras ao tratamento entre pacientes com acesso limitado a computadores ou internet e entre aqueles cuja renda foi prejudicada pelo fechamento de empresas. Para alguns, informações de transtornos alimentares baseadas na web e materiais de autoajuda podem servir como recursos importantes durante a pandemia. No entanto, observa-se que o conteúdo baseado na web de alta qualidade e fácil de entender pode ser difícil de obter. (Sara K., et al.,2021)

CATEGORIA V: FATORES DE AGRAVAMENTO, PREDISPONETES OU DE REFORÇO DO TRANSTORNO ALIMENTAR

Nesta quinta e última categoria foram agrupados os artigos que trataram de fatores predisponentes, que reforçaram ou agravaram os transtornos alimentares na pandemia do Covid-19, num total de 4 (33,3%).

Uma série de fatores pode ter um impacto negativo no bem-estar psicológico, nos hábitos alimentares e no início ou recuperação de TAs, incluindo: interrupção das situações de vida, restrições de distanciamento social, dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e mudanças sociais nos comportamentos alimentares e na tecnologia em uso. Os estressores psicossociais decorrentes da pandemia de COVID-19 e o confinamento resultante em casa podem exacerbar os gatilhos relacionados ao TA e representar um ambiente desafiador para indivíduos com anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). (Mario M., et al.,2021)

As pessoas com TAs têm uma relação complexa com a comida, portanto, problemas relacionados à escassez de alimentos e acúmulo de estoques experimentados no início de pânico dos bloqueios podem levar ao agravamento dos sintomas. Como o exercício compulsivo é uma característica comum e uma estratégia de enfrentamento em distúrbios alimentares, o fechamento de centros de saúde e fitness pode desencadear sintomas de transtorno alimentar, como compulsão alimentar, purgação, preocupação com a imagem corporal, exercícios excessivos e uso indevido de pílulas dietéticas. Devido à alta ocorrência de medos de contaminação e sintomatologia obsessivo-compulsiva com TAs, o medo da contaminação por doenças e o aumento das medidas de higiene também podem exasperar a ansiedade e os sintomas de TA. A pesquisa dos primeiros meses da pandemia relatou

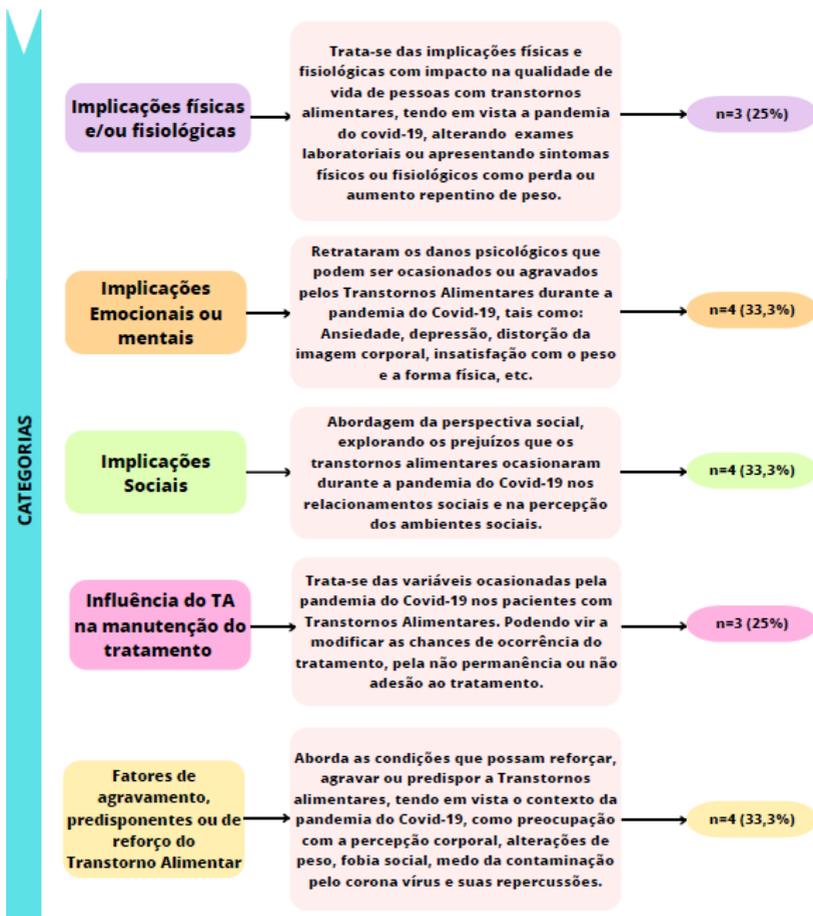
um aumento significativo nos sintomas em todos os diagnósticos de TA, reativação dos sintomas, aumento significativo na internação de crianças e interferência no processo de recuperação. (Jane M et al., 2022)

Situações estressantes e de medo estão associadas a várias respostas comportamentais, com estratégias de enfrentamento conflitantes, como comer demais ou de menos. Alguns indivíduos tendem a comer demais em resposta a gatilhos emocionais, o que leva a mais preocupações e autoavaliação do peso ou forma corporal. Após más notícias sobre a propagação do COVID-19, muitas pessoas podem comer mais alimentos sem fazer nenhuma atividade, o que pode levar a distúrbios de peso. Evidências sugerem que a maioria das pessoas tende a mudar seu comportamento alimentar quando se sente estressada, com cerca de 80% delas alterando sua ingestão calórica aumentando ou diminuindo seu consumo. Além disso, é provável que pessoas entediadas comam mais do que em um estado controlado; estudos mostraram que pessoas com peso normal e com sobrepeso relataram comer mais quando estavam sozinhas ou entediadas. (Chadia H et al., 2020)

Os sintomas de ansiedade aumentaram de pré-pandemia para meados da pandemia em uma grande coorte longitudinal do Reino Unido; além disso, as pessoas que relatam diagnósticos pré-existentes de condições psiquiátricas, incluindo ansiedade e depressão, experimentaram um grau diferencial de impacto pandêmico em comparação com a população em geral. Em relação aos transtornos alimentares, as ordens de confinamento sem dúvida colocaram novos problemas para indivíduos com TAs, que deveriam lutar contra o isolamento e a solidão, sentir-se em conflito sobre como priorizar o autocuidado em vez de ajudar os outros e enfrentar desafios de dinâmica familiar alterada e perda de apoio. No Reino Unido, o número de casos urgentes dos serviços de transtorno alimentar para crianças e jovens (CYP) quase dobrou (> 90%) no segundo e terceiro trimestre de

2020 em comparação com os respectivos trimestres de 2019. Da mesma forma, a necessidade de tratamento hospitalar para anorexia nervosa CYP dobrou (+104%) em comparação com os três anos anteriores na Austrália Ocidental. (Konstantinos I., et al.,2022).

Figura 2 - Quadro sinótico das categorias relacionadas aos artigos do estudo



Fonte: Autores, conforme dados da pesquisa, 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos que abordam sobre implicações físicas e sociais e sobre a influência do transtorno alimentar na manutenção do tratamento se demonstram ainda insuficientes na literatura, principalmente pela recente incorporação dos impactos da Covid.

Em síntese, os transtornos alimentares podem impactar significativamente na qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente no domínio psicológico. Além disso, deve-se tomar cuidado com a associação de distúrbios alimentares e outros transtornos mentais, além da retroalimentação que pode acontecer entre os distúrbios alimentares e algumas variáveis psicológicas, como a percepção e insatisfação com a imagem corporal, fato esse que foi agravado pelo isolamento social e pela maior utilização das mídias digitais.

Embora o número de artigos neste estudo seja relativamente pequeno ante as buscas iniciais na literatura, foram suficientes para retratar a realidade através de diversas dimensões possíveis, conforme as cinco categorias eliciadas mesmo que a amostra não permita uma generalização dos achados, mas proporcionaram uma concordância entre si quanto ao prejuízo dos transtornos alimentares relativamente a qualidade de vida de seus portadores.

É importante considerar que a avaliação da qualidade de vida embora seja em parte um tanto subjetiva, talvez não seja este, o foco que se deva dar aos transtornos alimentares, senão, as formas de se contornar os transtornos alimentares.

Em resumo, importante se faz, novas investigações sobre a qualidade de vida em pessoas com transtornos alimentares, com amostras clínicas maiores, e com melhor delineamento desta problemática, de forma a contribuir com políticas públicas mais efetivas na melhoria da qualidade de vida dos portadores de tais transtornos.

REFERÊNCIAS

BAENAS, I. et al. Impact of COVID-19 Lockdown in Eating Disorders: A Multicentre Collaborative International Study. **Nutrients**, v.14,1. p.100, 27 dez. 2021.

FREIZINGER, M. et al. Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. **Journal of eating disorders** v.10,1, p. 125., 24 ago. 2022.

MINIATI, M. et al. Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review. **Frontiers in psychology**, v. 12, 29 set. 2021.

IRIGOYEN-OTINANO, M. et al. Increase in urgent care for patients with an eating disorder during the COVID-19 pandemic in a Spanish province. **Revista de psiquiatria y salud mental**, v.15,2, Abr-Jun, 2022

KIM, S. et al. "Eating disorders and trajectory of mental health across the COVID-19 pandemic: Results from the Understanding America study. **Journal of affective disorders reports**, v.5, 6 set. 2022.

YAZICI, D. et al. Status of Weight Change, Lifestyle Behaviors, Depression, Anxiety, and Diabetes Mellitus in a Cohort with Obesity during the COVID-19 Lockdown: Turk-Com Study **Group. Obesity facts**, v.15,4, 11 maio. 2022.

FLAUDIAS, V. et al. COVID-19 pandemic lockdown and problematic eating behaviors in a student population. **Journal of behavioral addictions**, v. 9,3, 24 set. 2020.

NUTLEY, SK. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Disordered Eating Behavior: Qualitative Analysis of Social Media Posts. **JMIR mental health**, v. 8,1. 27 Jan. 2021.

MISKIVIC-WHEATLEY, J. et al. The impact of the COVID-19 pandemic and associated public health response on people with eating disorder symptomatology: an Australian stud, **Journal of eating disorders**, v. 10,1, 17 Jan. 2022.

HADDAD, C. et al. Association between eating behavior and quarantine/confinement stressors during the coronavirus disease 2019 outbreak. **Journal of eating disorders**, v.8 1 set. 2020.

IOANNIDIS, K. et al. Associations between COVID-19 pandemic impact, dimensions of behavior and eating disorders: A longitudinal UK-based study. **Comprehensive psychiatry**,v. 115, 12 mar. 2022.

HAGHSHOMAR, M. et al. Changes of symptoms of eating disorders (ED) and their related psychological health issues during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta- analysis. **Journal of eating disorders**. vol. 10,1, 13 abr. 2022.

CAPÍTULO 06

PACIENTES VIRTUAIS E APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS DE DECISÃO COMPARADA COM APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS LINEAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

<https://zenodo.org/records/10201738>

Maria Nizete Tavares Alves¹

RESUMO: Sendo uma abordagem pedagógica moderna, a aprendizagem baseada em problemas (PBL) é cada vez mais vista como uma área importante de investigação na aprendizagem dos alunos e na inovação pedagógica no ensino das ciências da saúde. Um novo escopo de interesse de pesquisa tem sido o papel dos pacientes virtuais e do D-PBL como alternativas ao modelo clássico do PBL e aos métodos tradicionais de ensino. Embora este campo esteja crescendo, até o momento não foram realizadas revisões sistemáticas sobre o uso e os efeitos de pacientes virtuais e D-PBL na educação em ciências da saúde. O objetivo deste artigo é revisar o efeito dos pacientes virtuais e do D-PBL nos currículos baseados em problemas com foco central na medicina. A análise dos estudos revisados focou no resultado do uso de pacientes virtuais e D-PBL em contextos de PBL, além de comparação relacionada a outros métodos tradicionais de ensino. Métodos: Uma revisão sistemática de artigos sobre pacientes virtuais e D-PBL, publicados de 1º de janeiro de 2008 a 10 de outubro de 2018, foi realizada nas bases de dados SCOPUS, PubMed e ScienceDirect. Os termos de pesquisa são “Aprendizagem Baseada em Problemas” AND “Pacientes Virtuais”. Resultados: Dos 141 estudos recuperados, 15 atenderam aos critérios de elegibilidade. As tecnologias educacionais examinadas nestes artigos eram potencialmente adequadas para o ensino das ciências da saúde e, em geral, superiores aos métodos tradicionais. Limitações do estudo: Existem algumas limitações nesta revisão. Em primeiro lugar, o baixo número de artigos disponíveis. Em segundo lugar, alguns dos artigos referiam-se a experiências com amostras e populações semelhantes. Terceiro, os artigos abordaram e analisaram partes semelhantes dos experimentos. Conclusões: Esta revisão observou um efeito claro e

115

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil. Doutorado em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário ABC. Mestrado em Ciências da Educação pela Universidade Tecnológica Intercontinental, UTIC, Paraguai. Especialização nas áreas de Saúde da Família (Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA, Brasil) - Docência do ensino Superior (Faculdade João Calvino, FJC) - Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria pela Universidade Regional do Cariri, URCA, Brasil. Professora Adjunta da Universidade Regional do Cariri - URCA. nizeteta@gmail.com.

geralmente positivo da adoção do VP e do d-PBL em relação aos demais métodos. Os resultados encorajadores para a aprendizagem dos alunos incluíram o fornecimento de problemas mais realistas e autênticos em contextos de casos mais semelhantes à prática clínica. Este modelo de ensino certamente evoluirá ainda mais à medida que os custos de produção e aquisição de software forem menores, atingindo cada vez mais instituições e estudantes, melhorando o ensino e, conseqüentemente, modernizando a prática médica.

Palavras-chave : Tecnologias Educacionais; Pacientes Virtuais ; Aprendizagem Baseada em Problemas de Decisão ; Educação médica; Objeto de aprendizagem digital.

INTRODUÇÃO

A origem do conceito de aprendizagem baseada em problemas (ABP) remonta à década de 1960, especialmente nas escolas médicas, mas também foi levado para outras disciplinas da saúde e outras áreas de graduação (McFalls , 2013). Neste modelo educacional, a partir de um caso clínico, os alunos identificam os objetivos de aprendizagem em sala de aula e realizam pesquisas independentes para atingir esses objetivos. Assim, os resultados da pesquisa são discutidos e utilizados para tentar resolver o problema inicial. Neste contexto, a aprendizagem baseia-se nos desafios da investigação, na discussão entre os alunos e na aplicação dos conhecimentos prévios e adquiridos durante a investigação para fornecer uma solução ao caso apresentado (Ellaway et al., 2015). Essa ferramenta de ensino foi considerada uma forma de ensino inovadora, pois gera maior engajamento dos alunos, maior desenvolvimento de competências em múltiplos contextos, capacidade de trabalhar em equipe e aprendizagem gerencial na tomada de decisões (Li et al., 2013).

Na última década, no entanto, educadores e estudantes ficaram saturados com este modelo de aprendizagem mais tradicional, onde o caso clínico é feito em papel (p-PBL) e começaram a adicionar ferramentas tecnológicas para melhorar as sessões de PBL (Sobocan et al. al., 2016). Junto a isso, os avanços tecnológicos permitiram a criação

de mecanismos de ensino como módulos digitais de ensino autodirigido, ensino assistido por computador e palestras online (Li et al., 2013). Paralelamente, considerou-se o valor da realidade virtual no processo de aprendizagem, percebido inicialmente em simuladores de vôo, uma vez que os processos psicológicos que se tornam ativos no uso da realidade virtual são muito semelhantes aos procedimentos que utilizam objetos reais para formar conhecimento (Conradi e outros, 2009).

Neste cenário clínico institucional surge os Pacientes Virtuais (PV). São definidos como programas de computador (ou smartphones) que simulam contextos clínicos reais nos quais o aluno toma decisões terapêuticas de forma profissional (Barnett et al., 2016). Em geral, os VPs apresentam um problema clínico no qual os alunos tentaram resolver ou gerenciar e nesse processo são reveladas características tanto do PBL quanto da simulação. Embora os VPs venham em muitas formas, é mais comum no caso em que os alunos, a partir de opções pré-definidas, selecionam o melhor curso de ação para a continuidade do tratamento, esse foco na gestão de decisões deu origem à Aprendizagem Baseada em Problemas de Decisão (d-PBL) . Assim, a cada decisão tomada pelo aluno, os acontecimentos geram diferentes consequências e resultados, que por sua vez são temas para discussão entre os alunos (Poulton et al., 2014).

Este estudo se consolida na seguinte questão norteadora: É possível que os VPs em d-PBL tenham mais benefícios para adquirir conhecimentos e habilidades médicas do que os modelos tradicionais? Esta questão tem impactado nos últimos anos com o surgimento de novas tecnologias, ferramentas e técnicas de grande utilidade para diversas áreas do conhecimento, principalmente metodologias ativas. Portanto, sugere-se que mais estudos sejam necessários para esclarecer e analisar uma conexão direta entre o uso de VPs em d-PBL e um melhor aprendizado de conhecimentos e habilidades médicas.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática qualitativa dos artigos sobre o uso de pacientes virtuais na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em relação aos métodos tradicionais publicados em bases de dados eletrônicas previamente selecionadas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio do Portal de Períodos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), biblioteca virtual vinculada ao Ministério da Educação com conteúdo restrito a usuários autorizados, que hospeda a base de dados MEDLINE, SCOPUS e Science Direct em outubro de 2018, limitado a artigos publicados entre 1º de janeiro de 2008 e 10 de outubro de 2018. O motivo para limitar as pesquisas entre 2008 e 2018 foi porque, nesse período, houve uma expansão do uso de pacientes virtuais como alternativa ao papel PBL (p-PBL). Inicialmente, foram utilizados os seguintes termos em inglês para pesquisa:

1. “Aprendizagem Baseada em Problemas” (termo Medical Subject Headings [MeSH]); e

2. “Pacientes Virtuais” (palavra-chave);

Foram realizadas as seguintes buscas: 1 e 2. Além do termo MeSH, optou-se por adicionar a palavra-chave “virtual pacientes” à estratégia de busca porque, embora não esteja incluída no dicionário MeSH, é utilizada para descrever estudos que tratar do assunto desta revisão. A estratégia de pesquisa e os artigos recuperados foram revisados em duas ocasiões distintas para garantir uma amostragem adequada.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

(1) publicações escritas em inglês ou espanhol;

(2) artigos que incluíssem no título pelo menos um dos termos descritos na estratégia de busca;

(3) artigos originais na íntegra acessíveis por meio do Portal de Notícias CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), biblioteca virtual vinculada ao Ministério da Educação com conteúdo restrito a usuários autorizados;

(4) potenciais estudos retrospectivos observacionais, experimentais ou quase-experimentais.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

(1) outros desenhos de estudo, relatórios, revisões de literatura e comentários;

(2) estudos não originais, incluindo editoriais, comentários, prefácios;

(3) estudos que não contemplaram a temática proposta.

Cada artigo foi lido na íntegra e as informações inseridas em uma planilha que incluía autores, ano de publicação, descrição da amostra do estudo, principais achados.

RESULTADOS

Dos 121 estudos, 18 foram selecionados para análise e outros 3 artigos foram posteriormente excluídos, resultando em uma amostra de 15 estudos (**Figura 1**). A maioria dos artigos examinou os efeitos do software virtual de aprendizagem de pacientes e do d-PBL na educação médica. Porém, alguns avaliaram a aplicação no ensino do curso de farmácia.

As tecnologias educacionais examinadas nestes artigos foram vistas como potencialmente adequadas para a educação em ciências da saúde e, em geral, superiores aos métodos tradicionais. Os resultados positivos para a aprendizagem dos alunos incluíram o fornecimento de problemas mais realistas e autênticos em cenários de caso mais semelhantes à prática clínica, menor estresse da transição pré-clínica

para clínica e maior envolvimento dos alunos no processo de ensino-aprendizagem.

Esta nova ferramenta apoiou o desenvolvimento dos estudantes em conhecimentos médicos através do acesso à discussão e gestão de pacientes, tornando as estratégias de pensamento e disciplina mais eficazes. A Figura 1 resume o processo metodológico de seleção dos artigos. **A Tabela 1** inclui um resumo global das descobertas nos jornais investigados.

Foram analisados 7 estudos (**figura 2**), utilizando como parâmetro a subtração da média das notas do grupo de métodos que não utilizam VP e d-PBL pela média dos alunos que utilizaram esse modelo de aprendizagem. O tamanho dos quadrados representa o peso de cada grupo de estudos para a análise estatística. A linha vertical indica nenhum efeito e o losango simboliza o resultado da meta-análise.

A metanálise, devido à presença de zero no intervalo de confiança, mostrou diferença insignificante entre os escores daqueles que utilizaram VP e d-PBL em relação aos que não utilizaram. Apesar disso, há uma ligeira vantagem a favor do VP e do d-PBL, evidenciando um melhor desempenho dos alunos que utilizaram este método. Dos dois estudos com maior peso para análise, um apresentou resultados positivos para VP e d-PBL, enquanto o outro apresentou números mais favoráveis para quem não utilizou esta ferramenta de aprendizagem, mostrando, ainda mais, o resultado equilibrado.

Os estudos de (Aldahir et al., 2014) e (Poulton et al., 2009) mostraram uma distância maior da média em favor dos demais métodos, portanto é possível que esses estudos tenham aplicado testes melhores resolvidos por alunos que aprenderam com a educação tradicional. Embora (Kleinert et al., 2015) tenha mostrado um distanciamento considerável a favor do uso de VP e d-PBL, também é possível que a modelagem da avaliação utilizada por esses autores seja mais adequada para mensurar a aquisição de conhecimento para aqueles que estudou por este método. Assim como o artigo de (Jie et

al., 2013) é o que melhor representa a amostra de artigos, pois a maior parte do intervalo de confiança favorece a utilização da metodologia que mais recorre, mas parte do intervalo também apresenta resultado positivo para a metodologia mais tradicional.

Porém, este estudo comparativo ainda é embrionário, demonstrando a necessidade de mais testes e mais confrontos entre essas metodologias, além da necessidade de criação de um teste padronizado que facilite essa comparação.

DISCUSSÃO

O método PBL tradicional, feito em papel, vem sendo debatido desde a década de 1980, quando começou a ser mais utilizado. No entanto, professores e alunos têm estado preocupados com esta metodologia (Sobocan et al., 2016). Assim, algumas universidades experimentaram a utilização de d-PBLs e VPs com o objetivo de tornar o PBL mais envolvente, com alternativas mais estruturadas e com resultados diferentes para as opções escolhidas, o que geraria mais debate em torno das consequências (Poulton et al . , 2014). Como resultado, os estudantes envolveram-se mais com o caso, exploraram mais o debate clínico, aprenderam mais sobre o manejo do paciente e como lidar com as consequências de suas decisões (Ellaway et al., 2015).

Na mesma direção (Barnett et al., 2016), perceberam que os alunos, através de uma coleta ativa dos sintomas e da história clínica do VP no d-PBL, conseguiram uma melhor assimilação dos dados em relação ao forma passiva, apenas lendo as informações em papel, o que os alunos do p-PBL fizeram. No entanto, (Sobocan et al., 2016) não encontraram diferenças significativas na melhoria da aprendizagem diagnóstica ou do conhecimento sobre medicina interna, entre o modelo tradicional e a utilização do VP. Foi levantada a hipótese de que

isso se devia ao fato de os alunos serem clinicamente inexperientes, o que não lhes permitiria aproveitar os benefícios do d-PBL (**Figura 3**).

Além disso, o tempo gasto durante o processo de aprendizagem mostrou-se uma questão prática a ser discutida, uma vez que em (Woodham et al., 2015) muitos participantes reclamaram que o d-PBL desacelerou o ritmo da sessão de PBL. Uma hipótese plausível, porém, é que a regra de não conseguir revisar algumas informações sem que todo o grupo observe gera um atraso na absorção total da informação. Em contrapartida, os experimentos conduzidos por (Middeke et al., 2018) mostraram que os grupos de estudantes que estudaram por meio de VPs em d-PBL obtiveram acesso a um maior número de casos clínicos e mais informações no mesmo espaço de tempo disponível para grupos que optou pelo p-PBL, o que interferiu positivamente nos exames finais realizados.

Contudo, os professores argumentam que ao comparar os modelos PBL (p-PBL e d-PBL) com a Aprendizagem Baseada na Escuta (LPL), essencialmente na forma de aulas expositivas, percebeu-se que o tempo gasto nas estratégias PBL é muito maior, uma vez que o o tempo gasto discutindo não apenas o caso em si, mas também as decisões e seus efeitos é relativamente alto (Conradi et al., 2009). Além disso, é gasto tempo extra com o professor, uma vez que ele formula casos clínicos e, em média, pode dedicar até 4 semanas, o que também representa uma forte restrição de tempo (Benedict et al., 2010).

Além disso, outros aspectos práticos da educação médica que geralmente são considerados limitantes podem ser mitigados pelo uso de VPs. Por exemplo, o ensino à beira do leito costumava ensinar não apenas o pensamento clínico, mas também o profissionalismo e a ética médica. Este método é limitado à disponibilidade de pacientes na enfermaria ou na UTI para ser aplicado, mas os VPs podem simular os pacientes que seriam estudados nestes moldes através de simulação de alta fidelidade (Middeke et al., 2018).

Contudo, a possibilidade de exercer o profissionalismo não foi vislumbrada por (Kleinert et al., 2015), argumentando que a formação desse conhecimento dependeria mais da experiência do professor e de sua capacidade de repassá-lo ao aluno. Além disso, algumas áreas da medicina dependem da visualização exaustiva de determinados padrões de imagens. Exemplo disso é que a dermatologia é considerada uma disciplina de conhecimento eminentemente visual, pois é necessário reconhecer vários tipos de erupções e manchas na pele, bem como outros padrões patológicos e não patológicos. Assim, a incorporação dos VPs foi muito útil, além de proporcionar bons resultados de aprendizagem, foi necessário um tempo menor para identificar corretamente o padrão dermatológico (Li et al., 2013).

Além disso, a satisfação dos alunos se mostra como um parâmetro importante, pois quando um novo método ou abordagem de aprendizagem é aplicado, os alunos tendem a focar nos aspectos negativos e sua satisfação diminui (McFalls et al., 2013) . Apesar disso, foi relatado feedback positivo e elogiado o envolvimento gerado e a proximidade realista alcançada, pois percebeu-se que o aluno se sente melhor em aprender quando já vivencia a sensação de ser médico, ao contrário de quando sente, apenas ao observar o médico o nível de engajamento diminui (Woodham et al., 2015). Além disso, foi possível reduzir o estresse do aluno com a transição do ciclo pré-clínico para o clínico, pois o uso de VPs no d-PBL simula virtualmente o processo de tomada de decisão que ele enfrentará em ambiente hospitalar (Ellaway et al. al . , 2015). Assim, oferecendo o mesmo conteúdo, mas de forma mais contextualizada, mais relevante, mais real e com a percepção da complexidade da prática médica, os alunos sentem-se mais motivados, o que provoca maior engajamento na aprendizagem e menos estresse no período escolar (McLean et al., 2014).

Ficou claro também que muitos estudos convergem para a ideia de um modelo híbrido de d-PBL e p-PBL (Figura 2), aproveitando o melhor dos dois modelos no contexto da graduação (Woodham et al.,

2015) . Essa nova fórmula poderia trazer novas possibilidades, uma delas seria dinamizar o aprendizado para que parte do ensino fosse em sala de aula e outra parte fosse feita com simulações e discussões em fóruns online (McFalls et al . , 2013). Esta abordagem mista parece facilitar a aprendizagem e manter o envolvimento do aluno, independentemente do nível do aluno e do conhecimento clínico prévio, bem como simplificar a transição de modelos mais tradicionais para a introdução destas novas ferramentas (Aldahir e outros. , 2014).

Também é importante elogiar o trabalho realizado pela St. George University London (SGUL), esta universidade britânica localizada no sul de Londres emprega o uso de PBL desde a década de 1990 (Poulton et al., 2014). Ela realizou um trabalho importante para a evolução do PBL, levando casos clínicos do papel para o modelo digital, o que permite aos alunos selecionar diversas opções para gerenciar o paciente (Woodham et al., 2015). Em 2005, usando software labirinto e código-fonte aberto, ela começou a produzir VPs de baixo custo no contexto d-PBL. Isso foi implementado no nível de graduação e orientou muitos artigos posteriores (Poulton et al., 2009). Em 2007, a universidade estendeu a inclusão desses métodos aos estudos de pós-graduação (Poulton et al., 2014). Atualmente, evoluiu para criar um ambiente totalmente virtual com diversos recursos e possibilidades, permitindo e inspirando muitas inovações no aprendizado médico (Conradi et al., 2009).

LIMITAÇÕES

Existem algumas limitações nesta revisão. Em primeiro lugar, o baixo número de artigos disponíveis que se enquadram nas regras metodológicas, uma vez que o tema é muito recente, dificultou assim a diversidade da informação recolhida e que se pretendia discutir. Em segundo lugar, alguns dos artigos referiam-se a experiências com

amostras e populações semelhantes, o que tornava mais uma barreira a uma produção mais estratificada e diversificada. Terceiro, os artigos abordaram e analisaram partes semelhantes dos experimentos, o que deixou em aberto outras questões e nuances sobre o assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, esta revisão observou um efeito claro e geralmente positivo da adoção de VP e d-PBL em relação aos outros métodos. Os resultados encorajadores para a aprendizagem dos alunos incluíram o fornecimento de problemas mais realistas e autênticos em contextos de casos mais semelhantes à prática clínica. Esta nova ferramenta apoiou o desenvolvimento dos estudantes em conhecimentos médicos através do acesso à discussão e gestão de pacientes, tornando o pensamento e as estratégias disciplinares mais eficazes. No entanto, estes efeitos positivos ainda não são representados por uma grande melhoria nos resultados dos testes. Este modelo de ensino deve evoluir ainda mais à medida que os custos de produção e aquisição do software se tornam menores, atingindo assim cada vez mais instituições e estudantes, melhorando assim o ensino e, conseqüentemente, melhorando a prática médica.

REFERÊNCIAS

Al- Dahir , S., Bryant, K., Kennedy, K. e Robinson, D. (2014). Casos de pacientes virtuais on-line versus aprendizagem tradicional baseada em problemas em experiências práticas avançadas de farmácia. *American Journal of Pharmaceutical Education* , 78(4), p.76. Obtido em: www.ajpe.org/doi/abs/10.5688/ajpe78476

Bento, N. (2010). Pacientes Virtuais e Aprendizagem Baseada em Problemas em Terapêutica Avançada. *American Journal of Pharmaceutical Education* , 74(8), p.143. Obtido em: www.ajpe.org/doi/10.5688/aj7408143

Barnett, S., Gallimore , C., Pitterle , M., & Morrill, J. (2016). Impacto de um caso de paciente simulado em papel versus virtual na confiança e no envolvimento percebidos pelos alunos. *American Journal of Pharmaceutical Education* , 80 (1), 16. Recuperado de: www.ajpe.org/doi/10.5688/ajpe80116

Conradi , E., Kavia , S., Burden, D., Rice, A., Woodham , L., & Beaumont, C. et al. (2009). Pacientes virtuais em um mundo virtual: treinando estudantes paramédicos para a prática. *Médico Professor* , 31 (8), 713-720. Obtido em: www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590903134160?journalCode=imte20

Ellaway, R., Poulton, T., & Jivram, T. (2014). PBL de decisão: um estudo de caso retrospectivo de 4 anos sobre o uso de pacientes virtuais na aprendizagem baseada em problemas. *Professor de Medicina* , 37 (10), 926-934. Obtido de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2014.970627>

Gunning, W., & Fors, U. (2012). Pacientes Virtuais para avaliação da capacidade do estudante de medicina em integrar dados clínicos e laboratoriais para desenvolver diagnósticos diferenciais: Comparação de resultados de exames com/sem restrição de tempo. *Professor de Medicina* , 34 (4), e222-e228. Obtido em: www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2012.642830

Kleinert R, Heiermann N, Plum PS, Wahba R, Chang DH, Maus M, Chon SH, Hoelscher AH, Stippel DL. (2015). Simuladores virtuais imersivos de pacientes baseados na Web: efeito positivo no raciocínio clínico na educação médica. *J Med Internet Res*, 17(11), e263. Obtido em: www.jmir.org/2015/11/e263/

Li, J., Li, Q., Li, J., Chen, M., Xie, H., Li, Y., & Chen, X. (2012). Comparação de três condições de aprendizagem baseadas em problemas (pacientes reais, digitais e em papel) com aprendizagem baseada em palestras em um curso de

dermatologia: Um estudo prospectivo randomizado da China. *Professor de Medicina* , 35 (2), e963-e970. Obtido em: www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2012.719651

McFalls , M. (2013). Integração de aprendizagem baseada em problemas e tecnologia inovadora em um curso de autocuidado. *American Journal Of Pharmaceutical Education* , 77 (6), 127. Obtido em: <https://www.ajpe.org/doi/abs/10.5688/ajpe776127>

McLean, M., Brasil, V., & Johnson, P. (2014). Como “damos vida” a casos de aprendizagem baseados em problemas usando um aplicativo móvel. *Professor de Medicina* , 36 (10), 849-852. Obtido em: www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2014.886771

Middeke , A., Anders, S., Schuelper , M., Raupach , T., & Schuelper , N. (2018). Treinamento de raciocínio clínico com um jogo sério versus aprendizagem baseada em problemas em pequenos grupos: um estudo prospectivo. *PLOS ONE*, 13 (9), e0203851. Obtido em : journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203851

Poulton , T., Ellaway , R., Round, J., Jivram , T., Kavia , S., & Hilton, S. (2014). Explorando a eficácia da substituição de casos lineares de pacientes baseados em papel na aprendizagem baseada em problemas por pacientes virtuais dinâmicos baseados na Web: ensaio clínico randomizado. *Journal Of Medical Internet Research* , 16 (11), e240. Obtido de: www.jmir.org/2014/11/e240/

Poulton , T., Conradi , E., Kavia , S., Round, J., & Hilton, S. (2009). A substituição de casos de “papel” por pacientes virtuais interativos on-line na aprendizagem baseada em problemas. *Professor de Medicina* , 31 (8), 752-758. Obtido em: www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01421590903141082

Sobocan , M., Turk, N., Dinevski , D., Hojs , R., & Pecovnik Balon , B. (2017). Aprendizagem baseada em problemas em medicina interna: pacientes virtuais ou problemas em papel ?. *Revista de Medicina Interna* , 47 (1), 99-103. Obtido em: onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/imj.13304

Woodham , L., Ellaway , R., Round, J., Vaughan, S., Poulton , T., & Zary , N. (2015). Percepções de estudantes de medicina e tutores sobre vídeo versus texto em um paciente virtual on-line interativo para aprendizagem baseada em problemas: um estudo piloto. *Journal Of Medical Internet Research* , 17 (6), e151. Obtido em: www.jmir.org/2015/6/e151/

CAPÍTULO 07

ANTROPOLOGIA E MEDICINA: AUTOFLAGELO, CÂNTICOS E RITUAIS DOS PENITENTES DE BARBALHA(CE) E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DESTA PRÁTICA

<https://zenodo.org/records/10201783>

Francisco Jaime de Araújo Filho¹

José Humberto de Sousa Morais Júnior²

Matheus Alessandro Callou Freire³

Dionizio Gonçalves Bezera Neto⁴

Joseilton Carlos Bezerra⁵

Francisco Maxwell Leite Barbosa⁶

Pedro Walisson Gomes Feitosa⁷

RESUMO: O presente trabalho é resultado de uma pesquisa que teve como objetivo principal compreender a forma como se elaboram as representações sociais dos penitentes do Sítio de Cabaceiras, no município de Barbalha-CE, sobre a prática do flagelo, enquanto forma de penitência. Utilizou-se como suporte metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), uma vez que a mesma é considerada como uma forma de saber prático, elaborado no âmbito dos fenômenos comunicacionais e que reflete as interações e mudanças sociais. O mundo dos Penitentes Irmãos da Cruz, seus cânticos, chamados benditos e incêndias, suas Representações Sociais da morte do morrer e das intervenções divinas nesses fenômenos, constituíram o foco de interesse deste estudo. A análise das representações sociais sobre a temática permitiram a identificação de aspectos do modo de pensar e de agir desse grupo, com relação à construção do sentido de pertença e o conteúdo subjetivo da realidade ali vivenciada. Procurou-se compreender de que forma este fenômeno encontra-se implicado na vida cotidiana dos atores sociais envolvidos. A amostra constituiu-se de cinquenta e cinco sujeitos, todos

129

¹ Acadêmico de medicina pela UFCA. f.jaime.araujo.filho@gmail.com;

² Acadêmico de medicina pela UFCA. humbertojunior9673@gmail.com;

³ Acadêmico de medicina pela UFCA. matheusacfreire@gmail.com; dionizio.gbn@gmail.com

⁴ Acadêmico de medicina pela UFCA. dionizio.gbn@gmail.com;

⁵ Médico Pediatra membro e titulado pela SBP. Otorrinolaringologista membro e titulado pela AOBRL, fellow de rinologia e cirurgia de base de crânio pela UFBA. jozeilton_bezerr@hotmail.com

⁶ Acadêmico de medicina pela UFCA. xicomaxleite@gmail.com;

⁷ Acadêmico de medicina pela UFCA. gomesfeitosa.walisson@outlook.com.

moradores do Sítio de Cabaceiras. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: a associação livre de palavras e entrevistas semi-dirigidas. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 1978) e pelo programa Tri-deux-mots (CIBOIS, 1998). Os resultados apontam para uma indissociabilidade entre o conceito de “penitência” e de “ser penitente”; demonstrou-se que estas expressões encontram-se intimamente associados a *religião, a coisa boa, que faz bem a alma, que faz ser feliz e viver bem com o outro, sem briga, sem bebida*. Quanto ao flagelo, é representado como *vida de Jesus, é desejo de Deus, é fé, é comunicar-se com Deus, é o bem da alma, maneira de representar a vida de Jesus, comparando com o que Jesus sofreu por nós*, nas expressões dos sujeitos da pesquisa.

Palavras-Chave: Representações Sociais, Penitentes, Autoflagelo.

INTRODUÇÃO

As sociedades humanas em todo o mundo se relacionam de uma forma ou de outra com os temas místico-religiosos. Homens e mulheres, ao longo da história constroem, com os elementos de seu cotidiano, uma meta-realidade como uma metáfora da vida, que traduzem conteúdos simbólicos, expressos em cânticos, danças, orações e outras práticas, as mais diversas, na pluralidade dos contextos rituais. Arrien (1997), diz que a compreensão dessas experiências universais, favorece o respeito às diversas formas pelas quais tais temas são expressos.

A busca de uma compreensão mais ampla do que é transcendental e místico na cultura de um povo, pode revelar nuances de suas interpretações sobre o mundo e as coisas, sobre a vida e a morte. As metáforas mágico-religiosas funcionam como porta de acesso à sabedoria oculta nas práticas grupais dos ritos sagrados que auxiliam ao ser humano a sobreviverem num mundo real, desafiador e cheio de enigmas. Segundo Fernandez (1986) In Rabelo (1993,p.43)

“ as metáforas estendem a experiência informe do sujeito a domínios mais concretos e reconhecíveis. Através da predicções metafóricas sobre si mesmos

e os outros, os indivíduos procuram se situar mais favoravelmente em um determinado contexto relacional”.

Os rituais de penitência datam do início da era cristã. De Santo Agostinho a Santo Antão, muitos foram os santos que encontravam na autoflagelação o alívio para suas tentações. Na Europa medieval, contexto em que se atribuía a maioria dos agravos de saúde às transgressões religiosas da humanidade, esta prática surge como recurso, tanto para expiação da culpa, com para curas de males do espírito.

Em épocas de fome e epidemias, eram comuns as procissões de penitentes, vagando pelas estradas. Segundo (CASCUDO, 1972), até meados do século XIX, nas sextas feiras da quaresma, e durante o mês de novembro (mês das almas), as procissões noturnas saíam também com intento de salvação das almas do purgatório. Neste ritual, entre onze horas e meia noite, os homens, com vestes brancas que lhes encobriam inteiramente as feições, levavam tochas, e iniciavam um desfile, guiado por uma grande cruz. Rezavam rosários e cantavam ladainhas.

As tradições oralmente transmitidas, ressaltam suas visões do profano e do sagrado, das crenças e mitos, que guiam suas ações, comportamentos sociais e religiosidade.

Segundo Madeira (1998, p.10),

É na linguagem que se constrói a significação da conduta, do gesto, do olhar. É tornando-se palavra, proferida e silenciada, que estes passam a ter um sentido construído pelo sujeito, nas relações com os outros, num tempo e num espaço. Nestas relações não só o homem se descobre, ao descobrir o outro, como, com este, apreende e se apropria de valores e normas, símbolos, significações, que marcam e definem seu espaço nas relações e outros que se

impõem. Torna-os palavra e, assim fazendo, os (re) cria, no movimento mesmo de sua própria nomeação.

O modo de viver e de se organizar, mostra os traços culturais de um grupo, sua identidade. Uma contextualização adequada, no entanto, faz-se necessária quando se busca elementos para uma compreensão a respeito dos modos de vida, comportamentos e práticas ritualísticas de um povo.

No Brasil, o ato da penitência chegou com os missionários católicos, à época da colonização. No Cariri cearense, as ordens de penitentes têm suas origens registradas por volta de 1860 a 1870 período que coincide com a eclosão de uma epidemia de cólera-morbo na região. Surgiram como um movimento social, cuja tônica era em torno da busca de aplacar os efeitos do “castigo divino”, simbolizado na doença e na morte. Contemporâneos ao Padre Cícero (1844-1934), receberam dele o reconhecimento enquanto movimento social organizado, fiel aos princípios da igreja católica e da tradição judaico-cristã (AGAPTO, 2021). No Município de Barbalha-CE, este movimento teve orientação do Padre Ibiapina, já no final do século XIX.

Alguns registros como o de Brito (1999, p.122), referem-se ao relatório do Frei Venâncio de Ferrara ao Provincial, a 8 de julho de 1905, que esclarece alguns aspectos dessa tradição religiosa, trazendo nuances desses rituais, e da forma como foram apreendidos das Santas Missões dos capuchinhos. Destaca o autor:

“ De acordo com registros da imprensa, remete às descrições das práticas desenvolvidas pelos capuchinhos nos sertões baianos, por ocasião das Santas Missões, quando, nas procissões de penitência, ia na frente uma grande cruz paroquial, levada pelos homens; atrás o vigário, carregando o crucifixo dos missionários, seguido dos frades e de uma grande multidão de mulheres. Ainda segundo esses relatos, todos os participantes concentrados

cantavam devotos e apropriados benditos de penitência.”

Sua imagem hoje, para quem não está familiarizado a esta tradição, é a de “fanáticos religiosos” ou de “loucos”, pelo fato de praticarem o autoflagelo, associado a uma “prática medieval”. Talvez por isso, há quem diga que os penitentes de Barbalha querem “regenerar os costumes bárbaros”.

A sociedade é dinâmica e a cultura, enquanto representação do saber de um povo, reflete as mudanças que ocorrem na sociedade como um todo. Ao longo do tempo, os motivos que criaram os vínculos sociais, culturais e religiosos, que fizeram dos penitentes de Barbalha um grupo organizado, tendem a desaparecer no dia-a-dia.

A realidade da fome, da seca e a falta de assistência de saúde, não são mais vivenciadas como outrora. Barbalha hoje é um dos três pólos de referência em saúde no estado do Ceará. Existe uma estrada Barbalha-Crato, que atravessa a comunidade dos penitentes no Sítio Cabeceiras e, grande parte destes penitentes trabalha como agricultores, não dispendo de tempo para dedicar-se às práticas rituais. Apesar disso, suas tradições de oralidade, evidenciadas nos benditos, persistem buscando manter seu espaço, numa ordem ameaçada e excludente. Desta forma, os penitentes ainda são procurados pelos fiéis para ajudarem em momentos difíceis e de dor. Estes pedem os favores dos benditos e incelências nos velórios da comunidade.

Eles se autoflagelam durante longos períodos, enquanto cantam orações onde se louvam sacrifícios, a dor e a redenção que ela trás, como aconteceu com Cristo. “*É para livrar as almas da pena a que foram condenadas*”, explica Joaquim Mulato dos Santos, líder do grupo. Encontram-se referências ao fato nas palavras de Pellegrini Filho, (1999, p.1)

Todavia, especialmente o povo rural costuma efetuar práticas propiciatórias na quaresma, com grupos de homens, mulheres e crianças que saem à noite, pano branco cobrindo a cabeça, rosário nas mãos, ... fazer orações para as almas sofredoras ou para os que morreram em acidentes. Recomendação de almas, encomendas de almas.

A época mais difícil para os penitentes é a quaresma. Os dias que antecedem a morte de Jesus, momento que exige um sacrifício maior. Segundo eles, somente a dor física poderia arrancar das almas e levar da terra, as impurezas do inferno. Penitenciar-se é uma tarefa difícil. Hoje poucos são os que se dispõem ao flagelo. Na semana santa, é comum os penitentes de Barbalha saírem em procissão, de porta em porta, pedindo esmolas aos moradores da cidade. As crianças participam, desde cedo, dos rituais. É uma tradição que vem sendo mantida há, pelo menos, quatro gerações. A preparação para o ritual do suplício acontece durante a noite, nas estradas ou em cemitérios, normalmente na semana santa e em dia de finados. À meia noite, encapuzados e vestidos com mortalhas pretas, ornadas de cruzes brancas, os penitentes e as incelências caminham por trilhas e vão ao cemitério, entoando seus cânticos.

Diante dos túmulos e covas, os homens iniciam o autoflagelo, castigando as costas e pernas com lâminas de ferro (cachos) amarradas na ponta de chicotes, feitos com tiras de sola. O sangue que escorre é removido com folhas da vegetação local. Durante todo o ritual, entoam benditos. Fazem orações para as almas sofredoras e recomendam almas.

A cruz é a representação dos penitentes. Os benditos são cânticos com que são acompanhadas as procissões e, outrora as visitas do santíssimo. Domina o gênero a palavra “bendito”, iniciando o canto uníssono. São cânticos religiosos que trazem em suas estrofes, uma tradição popular oral sertaneja, onde é comum um oferecimento no final (Casculo, 1972). Através dos benditos, os sertanejos buscam

e levar a alma para o céu, e esquecer os seus desmandos, as maldades, a falta de penitência, de amor a Deus e de obediência a seus mandamentos (CÉSAR, 1941).

As mulheres que acompanham as procissões são chamadas de Incelências, também conhecidas como excelências ou incelênças, por associação aos cânticos de mesmo nome. Elas “encomendam” os corpos das crianças e dos jovens, cantando nos velórios da comunidade. As incelências, integram a tradição do catolicismo popular, no interior do Nordeste brasileiro. São cânticos entoados no leito dos moribundos nos funerais, em uníssono, em cerimoniais de velório, sem acompanhamento instrumental.

Os cânticos são uma das marcas sociais do grupo de penitentes e, segundo Bock, et al (2002), a linguagem humana, permite uma apropriação das palavras, de forma que estas, são fixadas historicamente nas suas significações.

Cantar incelências é uma prática do catolicismo popular, relativamente freqüente em Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará e possivelmente noutros estados do Nordeste, no interior de modo especial. É um canto entoado à cabeça dos moribundos ou dos mortos, em cerimonial de velório, sem acompanhamento instrumental, em uníssono, em série de doze versos, ritualmente.

Valente (1979), acrescenta que as incelências são frases rimadas sempre em número de 1 a 12, quando se trata de adulto, e de 1 a 9 quando é para criança, e que os cânticos começam no cerimonial de fazer quarto e se prolongam no acompanhamento do cortejo fúnebre até o cemitério. Cascudo (1999, p.1), comenta informação de Aloísio Alves:

“Acreditava-se que a incelência tinha o poder de despertar no moribundo o horror ao pecado, incitando-o ao arrependimento. Ainda em 1937, vi ser chamada de Angicos para um sítio distante, uma dessas velhas cantoras de incelências (...) das pessoas

que cercam o doente, deitado numa rede, e raramente, em cama. Umas se destacam para receber à porta o sacerdote, sempre cantando, e as outras permanecem no mesmo lugar”.

Fernandes (1938, p.67) nos esclarece que “*As excelências são cantadas ao pé do morto, enquanto os benditos são cantados à sua cabeça*”. São cantadas aos doentes e aos defuntos, mas também podem ser utilizadas para rogar contra o perigo das doenças e tempestades.

César (1941) escreve que a incelência facilita a entrada no céu. São doze frases rimadas, indo sempre do número um ao doze.

“Retirando-se o cadáver para o enterro, no momento em que estão cantando uma excelência, as cantadeiras acompanham o cortejo até termina-la, porque, dizem, quando se principia a cantar uma excelência, nossa Senhora se ajoelha para só se levantar quando termina. Não sendo terminada, ela ficará de joelhos e, o espírito, devido a esse desrespeito, não ganhará a salvação”. (p.142).

Os Penitentes evocam a tradição religiosa cristã, que vem se mantendo, nos rituais transmitidos através das gerações. Segundo Moscovici (1984, p.251), é a “*Representação social compreendida com a elaboração de um objeto pela comunidade, com o propósito de conduzir-se e comunicar-se*”, constituindo-se num instrumento de agregação e de construção do saber de um grupo social.

A participação nos rituais confere aos indivíduos o senso de pertença e a noção de identidade. Ao mesmo tempo, resguarda a tradição cultural, preservando a memória coletiva. Rabelo (1993, p.48) refere-se ao estudo de rituais assinalando que

“vários antropólogos têm enfatizado seu papel transformativo: manipulando símbolos em um contexto extracotidiano, carregado de emoção, o ritual induz seus participantes a perceberem de forma nova o universo circundante e sua posição particular neste universo”.

O autor ressalta a importância de se analisar “ os processos específicos através dos quais o ritual produz uma transformação da experiência de seus participantes ”(p.48).

Nesse movimento sócio-religioso, os Penitentes expressam seus valores, seus costumes e suas crenças. Os cânticos traduzem uma espécie de código moral grupal, em cujas visões do profano e do sagrado, encontram-se crenças e mitos relacionados a ações, comportamentos sociais e religiosidade. Segundo Madeira (1998, p.10), “É na linguagem que se constrói a significação da conduta, do gesto, de olhar”. No caso dos Penitentes do Sítio Cabeceiras, os rituais guardam aspectos do rico aporte cultural étnico nordestino.

Atualmente os penitentes são procurados para auxílio às pessoas da comunidade nas situações de dor e sofrimento. Eles praticam a autoflagelação por acreditarem ser esta, uma forma eficiente de aplacar a ira de Deus, obter curas através do perdão dos pecados e um meio de chegar ao paraíso.

Dentre os penitentes, os líderes são chamados “decuriões”. Nas apresentações ou momentos de oração, todos vestem uma roupa com vários desenhos de cruzeiras brancas. Usam também um capuz branco envolvendo o rosto e pescoço. Suas visões são facilitadas, através de um tecido fino e rendado na parte frontal do capuz. Não gostam de serem reconhecidos, nem de fazerem aparições públicas que não sejam por uma causa religiosa. Os Decuriões resguardam com afinco a tradição, relacionada à construção da memória coletiva de toda uma comunidade.

Neste grupo religioso, há espaço para o povo sertanejo do sítio Cabeceiras exprimir e comunicar sua identidade. Seus costumes, suas crenças e sua tradição oral, traduzem uma espécie de código moral do grupo, que precisa ser compreendido, respeitado e, acima de tudo, registrado para gerações futuras. Trata-se de um resgate histórico importante para a cidade de Barbalha. O resguardo de uma parte da rica cultura nordestina. Como assinala Brito (1999: p.127) apud Thompson (1987),

A consciência de classe é a forma como essas experiências são tratadas em termos culturais: encarnadas em tradições, sistemas de valores, idéias e formas institucionais, podemos apreender em suas falas... expressões de suas formas de consciência, a partir da incorporação de textos sagrados às suas experiências de vida.

O autor evidencia a questão da consciência social, a partir de princípios religiosos e morais, como no caso dos Penitentes de Barbalha, em que estes princípios são intermediados pelo discurso dos cânticos religiosos. Os penitentes Irmãos da Cruz, de Barbalha, são pessoas simples, em sua maioria analfabetos, que não dispõem, aparentemente, de outra forma de transmitirem seus ensinamentos. Suas práticas parecem constituir representações sociais, fortemente absorvidas pelo grupo social a que pertencem.

Segundo Moscovici(1984: p.251), é a “Representação social compreendida como a elaboração de um objeto social pela comunidade, com o propósito de conduzir-se e comunicar-se”, portanto um instrumento de agregação e de socialização do saber de um grupo social.

Quando relaciona o estudo das representações com a linguagem, Madeira (1998: p.9) nos afirma que,

“O estudo das representações sociais de um dado objeto, portanto, possibilita aproximar-se do movimento pelo qual o homem, continuamente, se apropria do mundo e, nele, se define, age e se comunica; Neste processo, o homem é autor e agente, enquanto torna o mundo palavra articulada, nos objetos de que se vai apropriando”.

A teoria das representações sociais têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, que responderia a quatro funções essenciais. Dentre elas, a função identitária, que *“definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos”*, tendo *“um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros e, em especial, nos processos de socialização”* (ABRIC:1998, p.29). Ainda segundo o autor, as representações enquanto função de orientação, guiam os comportamento e as práticas, definindo regras - sobre o que é lícito ou aceitável, conforme a expectativa do grupo - que unem socialmente os seus membros. Observando que o avanço da tecnologia da comunicação e a globalização, facilitam o emergir de novos valores e o contato com outros tipos de cultura, podendo enfraquecer e fazer desaparecer, aos poucos, elementos da cultura nordestina, desenvolveu-se o presente trabalho no proporcionar um resgate da história e da memória dos Penitentes da cidade de Barbalha Partindo de fontes diversas, que incluíram depoimentos, entrevistas e fotografias, buscou-se aprofundar na compreensão das atitudes, crenças e rituais desta comunidade religiosa, instalada há quatro gerações no sítio Cabeceiras, município de Barbalha, estado do Ceará. O objetivo foi compreender como, ao longo do tempo, conseguiram manter a sua identidade de grupo e serem respeitados, num mundo, globalizado e informatizado e que vínculos os ligam às tradições mais antigas dessas práticas, e à sua simbologia.

CRENÇAS E TRANSMISSÃO ORAL

Um dos objetivos foi verificar como se elaboram as representações sociais dos Penitentes do Sítio Cabaceiras sobre a prática do flagelo, enquanto forma de Penitência, bem como, analisar como acontece a transmissão de conhecimentos, preceitos religiosos, crenças e valores deste grupo, através das expressões dos benditos e de suas representações sociais. De forma mais específica, analisar as Representações Sociais de Deus e de Maria, contidas nos benditos e incelências dos Penitentes de Barbalha, buscando identificar Suas intervenções nos fenômenos relacionados à morte e ao morrer (OLIVEIRA et. al., 2015).

Foi trabalhada a hipótese de que, os benditos e incelências cantados pelos penitentes, trazem em si, traços de uma tradição, que vem sendo mantida, reinterpretada, e repassada de pais para filhos, sofrendo adaptações.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida através de metodologia qualitativa, no contexto do Sítio Cabeceiras, Barbalha-CE, em Setembro a novembro de 2021, onde foram entrevistados 55 sujeitos, entre membros ativos e participantes eventuais da ordem dos penitentes, com idades entre 17 a 82 anos, em sua maioria, agricultores e assalariados. A Teoria das Representações Sociais (TRS), foi utilizada como suporte metodológico para estudo da emergência de saberes populares (ROCHA, 2014).

O tratamento dos dados realizou-se através do método da Análise de Conteúdo (Bardin, 1978).

O estudo foi realizado nos moldes de uma pesquisa etnográfica, “*que tem como objeto, o estudo e a descrição dos povos, sua língua, raça, religião, etc. e manifestações materiais de sua atividade*” (TERSARIOL, 1996). A pesquisa de campo, de natureza exploratória, buscou conhecer a história e a forma de transmissão dos preceitos religiosos, crenças e valores dos Penitentes de Barbalha, através das expressões dos benditos. Segundo Gil (1996, p.45), “as pesquisas exploratórias têm como objetivo, proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito”.

Na citada localidade há um grupo conhecido como Penitentes Irmãos da Cruz. Trata-se de uma comunidade religiosa, fundada pelo Frei Ibiapina, há pelo menos dois séculos. A escolha da comunidade deve-se ao fato de que, os mesmos orientam seus trabalhos através de cânticos chamados “benditos” e “incelências”. Cânticos esses que nunca foram registrados em nenhum impresso, apenas são repassados aos mais novos pela memória dos mais velhos. A investigação das funções desses cânticos, bem como o seu registro é uma contribuição importante para a história e a memória de Barbalha.

Os dados foram obtidos a partir de entrevistas, coleta de histórias de vida dos membros mais velhos e mais novos da comunidade investigada e observação. As informações foram colhidas diretamente a partir do relato dos entrevistados, através de formulário, construído para o propósito da pesquisa.

A análise final foi feita através de um confronto entre as histórias de vida e as entrevistas, visando se chegar a uma compreensão das práticas atuais e/ou passadas, com base nos estudos das representações sociais que, de alguma forma orientam as ações dos penitentes. A escolha da teoria se justifica, tendo em vista que, segundo Coutinho (2001, p.65),

A utilização da teoria das representações sociais, no diagnóstico psicossocial é bastante útil, à medida que se lida com um marco conceitual que envolve, tanto o nível intrapessoal de análise, como o interpessoal e o grupo; desta forma, é possível partir das representações sociais, para um exame das cognições no nível grupal, que permitem ao pesquisador, a apreensão dos aspectos compartilhados de uma representação.

Para a coleta dos dados utilizou-se os seguintes instrumentos: o Teste de Associação Livre de Palavras e Entrevistas Semi-dirigidas.

O Teste de Associação Livre de Palavras (Jung, 1905) é um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de quatro estímulos indutores, o que permite colocar em evidência universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações. Esse instrumento já foi experimentado e validado em pesquisas realizadas sobre representações sociais (De Rosa, 1988; Le Boudec, 1984). Segundo Abric (1994b), este instrumento permite a “atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas” (p.66).

A análise de conteúdo é, segundo Vala (1986), uma das técnicas mais comuns em pesquisas empíricas realizadas em diferentes ciências humanas e sociais. No que tange à análise temática, enfatiza-se a análise de ocorrências, objetivando revelar a atenção dada pelos sujeitos entrevistados ao discurso, conferindo-lhe diferentes conteúdos inventariados. Observa-se que esse tipo de análise permite inferências sobre a organização do sistema de pensamento dos sujeitos, produtores do discurso, sobre a penitência e suas práticas. Inicialmente, dentro de uma seqüência cronológica, o referido autor pontua a definição de Berelson (1952), seguida de Cartwright (1953), e por último a de Krippendorff (1980). Entre outros estudiosos da análise de conteúdo, situa-se Bardin (1977). O primeiro estudioso afirma ser a análise de conteúdo uma técnica de investigação que permite a descrição objetiva,

sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Cartwright amplia esse conceito e segundo seu pensamento ela deve ser estendida a todo comportamento simbólico e, por fim, Krippendorff a define como uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas e reaplicáveis, dos dados, no seu contexto.

Segundo esses pensamentos é importante destacar a definição de Bardin (1977), que afirma ser a análise de conteúdo

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens...” (p 42).

Vala (1986) comenta os aspectos conceituais da análise de conteúdo abordada por diferentes autores, afirmando que:

“... o caráter objetivo e sistemático da análise de conteúdo referido por Berelson e Cartwright e as condições de validade e replicabilidade expressa por Krippendorff enquanto técnica de pesquisa, a análise de conteúdo exige a maior explicitação de todos os procedimentos utilizados ...” (p.103).

Assim sendo, esta técnica, enquanto analisa as condições de produção do discurso, efetua inferências sobre as mensagens inventariadas e sistematizadas, articulando o discurso com o contexto de produção.

Baseando-se nesse contexto teórico-metodológico, utilizou-se a análise de conteúdo, tomando-se por base os objetivos propostos nesse estudo, subsidiados na teoria das Representações Sociais.

O *corpus* foi constituído por cinquenta e cinco entrevistas, onde também constavam deste formulário uma Associação Livre de Palavras, distribuídas entre sujeitos.

Após a leitura flutuante do *corpus*, foram definidas as categorias emergentes (empíricas) e codificadas. Para a escolha das unidades de análise, esta técnica baseou-se na abordagem de Vala (1986). Em sua abordagem, geralmente, só existem dois tipos de unidades: formais e semânticas. As unidades formais incluem palavras, frases, um personagem ou a intervenção do locutor; as unidades semânticas compreendem o tema ou a unidade de informação.

Neste estudo, optou-se pelas unidades de contexto, que, segundo definições do referido autor, são compreendidas pelos segmentos mais largos de conteúdo.

Após a decomposição do *corpus* e a codificação dos temas agrupou-se o material em subcategorias e categorias simbólicas.

O *corpus* foi agrupado em cinco conjuntos de categorias simbólicas, no caso das Representações Sociais da Penitência e do Flagelo como prática de Penitência:

RESULTADOS

Quadro 1: Distribuição das Categorias e Subcategorias Simbólicas da Penitência e do Flagelo com prática de Penitência

Categorias	Subcategorias
<u>CATEGORIA 1 – (PAIP)</u> <i>Percepção da auto-imagem do penitente</i>	<ul style="list-style-type: none">• Positiva
<u>CATEGORIA 2 – (CP)</u> <i>Concepção de Penitência</i>	<ul style="list-style-type: none">• Religiosa• Mística• Moral
<u>CATEGORIA 3 – (UFP)</u>	<ul style="list-style-type: none">• Religiosa

Utilização do Flagelo como prática.	<ul style="list-style-type: none"> • Sócio-cultural • Espiritual
CATEGORIA 4 – (MFF) Manifestações Físicas do Flagelo	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-agressão/destruição
CATEGORIA 5 – (MPF) Manifestações Psicoafetivas do Flagelo	<ul style="list-style-type: none"> • Busca do Perdão

A **CATEGORIA 1 – (PAIP)**, refere-se a Percepção da auto-imagem do Penitente, onde sobressaiu-se apenas uma subcategoria: **Positiva**: “...Dá conta de tudo sem andar na bebedeira”; “... é saber dar e receber o conselho certo”; “... rezar com fé em Deus”; “...é gostar de rezar e fazer o que é certo”; “...fazer o bem”; “...ajudar aos outros”.

A **CATEGORIA 2 – (CP)** refere-se a Concepção que o grupo tem de Penitência, onde sobressaíram-se três subcategorias: uma **Religiosa**: “... é quase uma religião”; “... rezar e pedir felicidade a Deus”; “... fazer como manda a lei de Deus”; “... rezar terços”; “é uma fé grande..”, uma **Mística**: “... penso em encontrar uma coisa boa na outra vida”; “... não está com maus pensamentos” e uma **Moral**: “...se não tivesse seguido a penitência, poderia ser um cachaceiro, um bandido...;”, “... se a gente for para o samba, beber cachaça, está errado...;”, “...se eu não tivesse seguido a penitência poderia ter sido um jogador, andar pelas casas, ter muié errada...”.

A **CATEGORIA 3 – (UFP)**, refere-se a Prática do Flagelo, onde sobressaíram-se três subcategorias: Uma **Religiosa**: “... Fé em Deus”; “... é como uma religião mesmo”; “... tem que fazer com fé em Deus”, uma **Sócio-Cultural**: “... só serve se for na semana santa, quartas e sextas-feiras...”; “...tem que cumprir os pecados a meia noite, rezando...”; “...tem que andar à meia-noite pelo cemitério, nas cruz...” e uma **Espiritual**: “... pelo bem da alma da gente...”; “... servir a Deus...”; “...perdão dos pecados...”; “...libertação da parte brutal...”; “...para o bem do corpo e do espírito...”.

A **CATEGORIA 4 – (MFF)**, refere-se a Manifestações Físicas do Flagelo, onde sobressai-se uma subcategorias: **Auto-**

agressão/destruição: “... se cortar com o açoite...”; “... derramar sangue...”; “...fazer sacrifício maltratando o corpo...”

A **CATEGORIA 5 - (MPF)**, refere-se a Manifestações Psicoafetivas do Flagelo: **Busca do Perdão:** “... é ser perdoado dos pecados”; “... é um castigo para amenizar os pecados”

No caso das Representações Sociais de Deus e de Maria e dos fenômenos relacionados a Morte e ao Morrer, evidenciados nos Benditos e Inselências cantados pelos Penitentes. O corpus foi agrupado em quatro conjuntos de categorias simbólicas, representadas no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Distribuição das Categorias e Subcategorias Simbólicas de Deus e de Maria e dos fenômenos relacionados a Morte e ao Morrer.

Categorias	Subcategorias
<p><u>CATEGORIA 1 - (PDM)</u> <i>Percepção de Deus e de Maria do penitente</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Positiva
<p><u>CATEGORIA 2 - (CD)</u> <i>Concepção de Deus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poderoso • Educador • Acalmador • Pai amoroso
<p><u>CATEGORIA 3 - (CM)</u> <i>Concepção de Maria</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conselheira • Guia • Mãe amorosa
<p><u>CATEGORIA 4 - (CMM)</u> <i>Concepções sobre a Morte e o Morrer.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sacrifício • Sofrimento • Esperança • Imprevisibilidade • Resignação

A **CATEGORIA 1 – (PDM)**, refere-se a Percepção da imagem que o Penitente tem de Deus e de Maria, mãe de Jesus; onde sobressaiu-se apenas uma subcategoria, que foi evidenciada nos seguintes trechos dos benditos: **Positiva:** “Divino Senhor...”; “Nossa pátria tem justiça, Senhor Deus, misericórdia”; “...quando Ele nasceu, o seu mundo todo de luz se encheu”; “Maria... salva nossas almas que ela vossa é”; “...que fonte tão doce, Senhora tão bela..”; “...seria ajudado da Virgem Maria”.

A concepção de Deus é revelada na **CATEGORIA 2 – (CD)**, onde evidencia-se quatro subcategorias. Como **Poderoso:** “...e com grande poder de Deus, pai eterno...”; “... a meu Deus onipotente...”; **Educador:** “...é um Deus que nos ensina...”; “Domingo é dia farto. Deus deixou para se guardar...”; **Acalmador:** “...Deus quando andou no mundo foi... abrandando os corações; ...Senhor Deus... socorrei-me”; **Pai amoroso:** “...é Pai de amor...”; “Nossa porta tem justiça, nosso Deus misericórdia”; “Ai de nós se Deus não fosse, um amante tão cordeiro...”; “Meu Deus de bondade”.

A concepção de MARIA é revelada na **CATEGORIA 3 – (CM)**, onde evidencia-se três subcategorias. Como **Conselheira:** “Nossa mãe do bom conselho...”; “...tudo quanto vós disser de Tua sagrada boca, tudo será verdade”; **Guia:** “...uma mile virgem vai em nossa guia, Rainha dos anjos a Virgem Maria”; **Mãe amorosa:** “Daí-me ó Mãe fonte de amor...”; “Sois a mãe de Deus e sois Mãe amorosa”; “Dê o alimento e dê o céu também e salva nossas almas, para sempre amém”.

Quanto às Concepções da Morte e do Morrer, estas foram representadas na **CATEGORIA 4 – (CMM)**, onde sobressaíram-se as seguintes categorias: **Sacrifício:** “Jesus...morreu por nós cruelmente”; “Ô Virgem, ô quem me dera morrer também por Jesus”; “Fazeis com que eu sinta a morte...”; “Quero acompanhar quem por nós morreu...”; “Senhor... no seu padecer...Ele numa cruz que vinha a morrer...”. **Sofrimento:** “Pela morte e pela cruz, que padeceu o bom Jesus...”; “...pra ver a cruel morte...”; “...e a morte, paixão de Cristo, e a dor Dele...”; “Nossa Mãe chorava com grande agonia, de ver o seu filho morto...”. **Esperança:** “Quando eu morrer que lá

*nós chegar, salve nossas almas e bote num bom lugar”; “Socorrei-me meu Jesus, tô vendo a hora que eu morra sem alcançar o Teu perdão; Vala-me Nosso Senhor..do laço do inimigo quando me faça morrer”; “O meu coração eu já dei a Jesus, para não querer morrer numa cruz...”; “ Para sempre na lembrança de tua alma se salvar... “. **Imprevisibilidade:** “...e quando a morte vem, mata de repente” e **Resignação:** “Quando a morte vem calada, sozinha...esta hora é minha”.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que as representações sociais dos moradores do sítio Cabeceiras fizeram emergir concepções de penitentes que vão desde uma concepção religiosa, mística à uma concepção moral. Emerge ainda uma percepção da auto-imagem do Penitente positiva. Quanto a prática do flagelo esta emerge com significados religioso, sócio-cultural e espiritual. Observou-se também que a prática do flagelo no senso comum emerge de forma bifurcada, uma como a obtenção do perdão e a outra como uma forma de auto-agressão.

Observa-se a perpetuação de uma certa identidade coletiva que permite aos penitentes permanecer até hoje como um grupo individualizado. As suas representações sociais lhes oferecem uma rede de significados, que os ajudam a dar sentido aos acontecimentos, ações e comportamentos do seu grupo social.

Os rituais dos cânticos, acontecem em momentos que, geralmente, tocam profundo as emoções humanas, talvez por isso tendem a causar um efeito psicológico marcante e quase sempre inesquecível. Essas experiências de forte tonalidade emocional parecem incorporar-se às aprendizagens socialmente construídas, adquirindo significado existencial, ao longo da trajetória de vida dos indivíduos, da infância à idade adulta. Os benditos e incências

transmitem de forma implícita, Representações positivas de Deus e de Maria, inseridas à forma de metáforas, no canto e nos gestos dos Penitentes. As concepções de um Deus Poderoso, Educador, Pai Amoroso e Acalmador, bem como as concepções de uma Maria Conselheira, Guia e Mãe Amorosa, refletem valores como solidariedade humana, bondade, justiça, empatia, fidelidade, e gratidão à divindade, que são traços culturais encontrados em seu *modus vivendi*.

Os fenômenos ligados à morte e ao morrer foram relacionados as categorias sofrimento, esperança e imprevisibilidade. O Ser Divino é representado como aquele que padece através de sofrimento. A identificação com este Ser promove nos fiéis o desejo de passar pelo sofrimento, de forma semelhante àquela dor, imaginariamente suportada pelo Ser Divino. Compartilhar do sofrimento conduziria a uma aproximação cada vez maior com a divindade, culminando com a “salvação”, que significaria a união definitiva com Deus – *Ô Virgem... para convosco chorar; Fazei que no meu coração... a dor venha se instalar*.

Essa concepção do sofrimento como parte do processo de “purificação”, explicaria o desejo de padecimento dos fiéis, efetuado através de algum tipo de sacrifício, como o jejum e o auto-flagelo, práticas bastante comuns entre os Penitentes. Por outro lado, observa-se a possibilidade da salvação de outra forma, não envolvendo o sofrimento e sim, a indulgência e o perdão divino, traduzida na esperança dos penitentes de que Deus os “salve” e os “socorra” nos momentos de dor e de aflição, especialmente quando da aproximação da morte – *Vala-me Nosso Senhor, do laço do inimigo...quando me faça morrer; Nessa triste solidão, nesse passo de hora, me ajude a sentir a paixão do Redentor*.

Outra representação observada é a imprevisibilidade da morte, vista como entidade que chega em dia e hora indeterminados, causando nos fiéis, a sensação de impotência. Daí decorre, provavelmente, a necessidade de apegar-se a um Deus Poderoso, Acalmador e Amoroso, que “salva” e “socorre” seus seguidores. Nesse

sentido, Maria aparece como interventora e mediadora entre Deus e os fiéis – *Dai-me a graça (Maria) de morrer felizmente, prá viver na eterna glória; Pedirei a Jesus que te queira perdoar...* . A tradição da oralidade, evidenciada nos benditos, revela a identidade de grupo que, apesar de ser, por vezes, apontado como um grupo de “fanáticos religiosos” ou de “loucos”, por praticarem o auto-flagelo, persiste na transmissão de seus valores e suas crenças.

Neste contexto, os benditos e incelências (ou excelências) parecem garantir, aos penitentes, a possibilidade de se manterem unidos e socialmente respeitados. A realização deste e de outros estudos, certamente contribuirão para que se possa ampliar a compreensão de seus modos de vida, hábitos, medos e inseguranças.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude, A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A.S.P. e Oliveira, C.C. de. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998;

AGAPTO, Daniela Marcia Medina Pereira. **Romarias e Liberdades- Juazeiro do Norte e o pós-abolição (1860-1914)**. Tese (doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 252f., 2021.

ARRIEN, Angeles. **O caminho Quádruplo**. Trilhando os caminhos do guerreiro, do mestre, do curador e do visionário. São Paulo, Agora, 1997.

BARDIN, L. 1977. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 70 ed.

BELLO, José Luiz de P. **Metodologia científica**, disponível em < <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br> > acesso em 21/01/2003;

BOCK, A. M. B., GONÇALVES, M.G.M. e FURTADO, O. (orgs). **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002;

BRITO, Gilmário M., **Pau de Colher na letra e na voz**, São Paulo: EDUC, 1999;

CARIRY, Petrus., **A Ordem dos Penitentes**, Filme-documentário produzido em 2002;

CASCUDO, Luís da Câmara, **Dicionário do folclore brasileiro**, 3 ed., Brasília: Ministério da Educação e Cultura / Instituto Nacional do Livro, 1972;

_____, Excelência, **Revista Jangada Brasil**, ano II, No. 15 , nov., 1999, disponível em < <http://jangadabrasil.com.br/novembro15/cn15110a.htm> > acesso em 01/03/03;

CÉSAR, Getúlio, **Crendices do Nordeste**, Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti editora, 1941;

CIBOIS, Ph. 1991. *L`analyse factorielle*. Paris, Puf, collection "Que sais-je?" 3 ed.

COUTINHO, Maria da Penha de L. , **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial**, João Pessoa: Editora Universitária, 2001; Disponível em:

<http://www.diocesedecrato.org.br/arquivos/conteudo.php?menu=7&id=145>

ELIADE, Micea. 1992. *História das crenças e das idéias religiosas*. Tomo II, Vol.I, 2 ed., Rio de Janeiro: Zahar Editores.

FERNANDES, Gonçalves, **Folclore mágico do Nordeste: usos, costumes, crenças e ofícios mágicos das populações nordestinas**, Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1938;

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 14 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MADEIRA, Margot C. (org). **Representações sociais e educação**: algumas reflexões. Natal: EDUFRN, 1998;

MOSCOVICI, S. 1961. **La psychanalyse son image et son public**. Paris:Presses Universitaires de France.

_____. 1978. **A representação social na psicanálise**. Trad. Álvaro Cabral. Tradução de: La Psychanalyse:Son Image et son Public, Rio de Janeiro, Zahar.

_____. 1984, **Psychologie Sociale**, Paris: Press Universitaire de France, PUF;

OLIVEIRA, Gislene Farias; et. al. **Benditos dos Penitentes: Os Cânticos Sagrados**. Olinda: Livro Rápido, 2015.

PELEGRINI FILHO, Américo, **Folclore paulista: documentário e calendário**, São Paulo:Cortez, 1985;

_____, **Encomendação das almas**, Revista Jangada Brasil, No. 7, mar., 1999; disponível em < <http://jangadabrasil.com.br/marco/fe70300b.htm> > acesso em 04/03/03;

TERSARIOL, Alpheu, **Minidicionário Brasileiro**, São Paulo: EDELBRA, 1996;

RABELO, Maria Cristina M. **Religião, Ritual e Cura**. Trabalho apresentado no I Encontro Nacional de Antropologia Médica, Salvador –BA (3 a 6/nov/1993).

VALENTE, Valdemar, **Folclore brasileiro**, Pernambuco: FUNARTE, 1979;

VICTOR, Plínio Araújo, **Ibiapina e os donos da memória**, Dissertação de mestrado em história, Recife: UFPE, 1995;

ROCHA, Luis Fernando. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. cienc. prof.** 34 (1) • Mar 2014 • <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>.

CAPÍTULO 08

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NO TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

<https://zenodo.org/records/10201903>

Rafaela Lins de Oliveira Dias¹

RESUMO: Com o advento da reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, evidenciou-se a necessidade de adoção de práticas em saúde que abordassem o indivíduo como um único, mas ressaltando que os resultados por ele obtidos são produtos do meio em que ele está inserido. Essa visão, garantiu a minimização da utilização do modelo biomédico de saúde, pois que era meramente curativo e abordava a saúde como um completo bem estar, nos aspectos biológico, psicológico e social. Nesse contexto surge o conceito de Promoção da Saúde, agora mais relacionado a uma séria de ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva. Para que a Promoção da Saúde aconteça de forma efetiva na Atenção Primária à Saúde é necessário um trabalho interdisciplinar, dentre os quais, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), promotor de um relacionamento mais próximo da comunidade, de maneira a tornar as ações de saúde mais efetivas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Agente Comunitário, Saúde pública.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem da cultura de modelo curativo, que demanda insumos e tecnologias, muitas vezes não disponíveis, e que elevam os custos do tratamento médico assistencial. Com o movimento da Reforma Sanitária, a partir da segunda metade da década de 1970,

¹ Fisioterapeuta pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB. Pós graduação em Saúde Pública e em Saúde da Família pela mesma Instituição de Ensino Superior. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri - URCA, Crato, Ceará, Brasil. rafalinsdeoliveiradias@gmail.com.

foram surgindo alternativas para enfrentar os problemas relacionados à saúde. Esse movimento de luta pela democracia e pelos direitos sociais, foi forte influência para a criação do Sistema único de Saúde (SUS), que teve seu regulamento através da Constituição de 1988 e buscou reordenar as ações e serviços de saúde (HORTA, 2009).

Ainda de acordo com o autor acima citado, o SUS busca o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade da saúde, através da descentralização governamental, com gestão única em cada esfera de governo e a criação de mecanismos de participação popular e de controle social.

O SUS divide a sua atuação em níveis de complexidade, que vai desde à atenção primária à alta complexidade, no que diz respeito ao menor nível de complexidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) busca a prevenção e promoção da saúde em toda sociedade, de forma à minimizar doenças e agravos delas decorrentes. A APS passou por diversas tentativas de organização, desde a sua criação, até a atualidade. Sendo implantados diversos modelos nas distintas regiões do Brasil, resguardando as peculiaridades de cada uma. O Programa Saúde da Família (PSF) foi, sem dúvidas, o registro mais importante da APS, caracterizando-se por um programa mais abrangente de cuidados primários de abordagens interna e externa. Devido ao seu potencial, o PSF passou a ser chamado Estratégia Saúde da Família (ESF), dado a sua capacidade de reorientação e reorganização do modelo imperante curativo, para uma assistência integral à saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF se norteia através de princípios como o enfoque na pessoa/família, o vínculo do serviço de saúde com o usuário, a integralidade e coordenação no atendimento, a articulação da rede assistencial, a participação da sociedade e a atuação dos diversos setores (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A ESF vem se revelando como elemento potencializador e oportuno rumo à construção de uma nova ética social, alicerçada nos

princípios do acesso, territorialização, acolhimento, humanização e criação de vínculo com o usuário, inscrevendo a intersectorialidade como campo de saber e prática e possibilitando mudanças no modelo tecno-assistencial. Utilizando-se o conceito de construção social do processo saúde-doença, a ESF lança mão de estratégias de intervenções nas ações e políticas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação. Busca atuar não apenas no componente biológico, mas também considera o sujeito em suas relações sociais, políticas e culturais. Essa concepção inclui o ambiente, o meio social e o estilo de vida, com a perspectiva de otimizar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e seu espaço social como núcleo central de abordagem (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

As ações em promoção da saúde se devem concretizar nos lugares em que as pessoas moram, nas escolas e no trabalho, ou seja, nos lugares em que as pessoas vivem, sob diferentes contextos. Para se adotar e colocar em prática os princípios e as estratégias de promoção da saúde são necessários o envolvimento de diversos segmentos da sociedade (mobilização social) e dos diversos setores da governança pública (intersectorialidade) e tem como objetivo a melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, o maior desenvolvimento humano. A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros. Pode ser entendida então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (SANTOS, 2016).

Frente a isso, surge o Agente Comunitário de Saúde (ACS), como uma figura “central” para atender a diferentes perspectivas da prática sanitária e reorientação do modelo de atenção pela ESF/ABS voltadas para Promoção da Saúde.

A última atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), traz consigo as atribuições do ACS na APS, citam como principais a prevenção de doenças, a promoção da saúde por intermédio de atividades individuais e coletivas, o desenvolvimento de ações educativas e o incentivo à participação popular na busca da promoção da 'qualidade de vida' (BRASIL, 2017)..

Destacam-se as ações direcionadas, em sua grande maioria, para a dimensão de risco por fatores isolados ou situações (risco ambiental, sanitário e social), eixo central a ser controlado, monitorado e prevenido no âmbito local

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado no ano de 1991, e reformulado para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 2004, que por sua vez, foi um marco para o SUS e uma referência para a implementação do PSF e, conseqüentemente, ESF (MACIEL et al., 2020).

Ainda segundo o autor acima citado, a atuação do ACS está bem documentada na legislação, sendo ele parte importante da equipe multidisciplinar da ESF, que tem por foco fazer a mediação entre os serviços de atenção primária e as famílias inseridas nas comunidades a qual trabalham, visando assim a promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma continuada e integral.

A partir de 2017, a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro definiu as seguintes atribuições do ACS:

“- estimular a participação da comunidade nas políticas públicas; orientar as famílias quanto ao uso adequado dos serviços de saúde; identificar, por

meio de visitas domiciliares periódicas e monitoramento das famílias, situações de risco; aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar durante a visita domiciliar, encaminhar casos e situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde; auxiliar no planejamento e implementação das ações de saúde tanto localmente, ao encaminhar informações do território de abrangência para as ESF, quanto nacionalmente, alimentando dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).”

Uma das principais atuações do ACS é a visita domiciliar, pois a partir dela é possível conhecer a realidade de sua comunidade, além de fazer trabalhos de orientação e encaminhamento aos serviços de referência e ainda a construção de vínculos com as famílias, fazendo com que eles tenham confiança no trabalho desse profissional. De o Ministério da Saúde, a visita deve ser realizada mensalmente, mas alguns estudos já demonstram que a diversidade de atividades e rotinas impostas aos ACS, como, por exemplo, cadastramento do cartão SUS, Programa Segurança Alimentar, Bolsa Escola, muitas vezes não consideradas inerentes às funções do profissional, podem influenciar a regularidade e a qualidade da visita domiciliar (SILVA et al., 2020).

O Ministério da Saúde, para realizar o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, no que se refere à organização tradicional dos serviços de saúde, implantou em todo o país, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como proposta de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde.

A regulamentação da profissão ocorreu em 2002 (Lei 10.501). De acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/SPS do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em

atuação, com maior concentração na Região Nordeste (75.138 ACS) (FREIRE et. al., 2021).

Especialmente no Ceará, a experiência com os ACS se destaca por ter sido o primeiro estado que institucionalizou o Programa de Agentes de Saúde (PAS), contribuindo para o desenho da proposta que viria a ser criada pelo Ministério da Saúde, com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FREIRE et. al., 2021).

Na Paraíba, o PACS foi implantado no ano de 1991 em 85 municípios. Este total representava quase 50% dos municípios do Estado que, naquela época, eram 171. Mesmo com objetivos claros, a organização do PACS foi complicada considerando injunções políticas diversas, a heterogeneidade dos municípios e a complexidade do processo de descentralização, tendo avançado muito pouco até 1994. A partir desse ano, foi retomado e intensificado o processo de implantação, chegando a uma cobertura de mais de 96% dos municípios em 1997 (LIMA e MOURA, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um profissional *sui generis*. Deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias.

Os agentes comunitários de saúde têm papel importante dentro da atenção primária, com a reformulação do programa para reduzir a mortalidade materno-infantil por meio da promoção de saúde e prevenção de doenças com atendimento domiciliar. Os ACS ainda atuam na criação de vínculos com a comunidade, promovendo humanização, acolhimento e responsabilização. Os agentes comunitários ainda orientam a população sobre o uso e acesso aos serviços do sistema de saúde, realizam ações de vigilância em saúde, como acompanhamento das famílias em sua área de ação, além de

desenvolver atividades de informação à população e de prevenção de doenças e agravos.

Recentemente a profissão de Agente Comunitário de Saúde foi regulamentada pela Lei nº 14.536 de 20 de janeiro de Janeiro de 2023, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que é específica (Anexo 5).

PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção da saúde visa à superação do modelo biomédico, mas para tanto é preciso considerá-la como um processo transformador, capaz de melhorar as condições de vida e saúde da população. Ou seja, é essencial intensificar ações e estratégias de promoção da saúde, com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que impulsiona as transformações necessárias na realidade de saúde da população, haja vista que estas práticas se caracterizam por ter uma concepção holística, intersetorial, de empoderamento comunitário, participação social, busca da equidade, ações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e desenvolvimento de ações multiestratégicas e sustentáveis (BECKER. HEIDEMAN, 2020).

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, traz como princípios a equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014).

O profissional de uma equipe do ESF se caracteriza dentro da comunidade como gente de construção do conhecimento técnico-científico, atrelado aos saberes empíricos dos usuários, realizando a construção de pensamentos críticos e reflexivos. A autonomia é uma

das ferramentas passadas pelo servidor para o cliente, interferindo no processo saúde-doença. Desta forma a função dos membros das equipes de cada estratégia é guiar a comunidade para um olhar de prevenção, autocuidado e responsabilidade frente ao adoecimento, práticas que promovem a saúde (DANTAS, 2010).

O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde vem passando por diversas transformações, dentre elas a mudança do modelo de saúde biomédico, modelo meramente curativo e voltado à medicalização, para o modelo biopsicossocial, que vê o indivíduo em seu todo. Dentro desta nova realidade vem a termo a interdisciplinaridade em saúde, em especial na atenção básica, Estratégia Saúde da Família, que é um sistema multidisciplinar, devendo ser também interdisciplinar (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, reconhece que a atenção básica se sustenta na Estratégia Saúde da Família, sendo de obrigatoriedade do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde a assistência para que os municípios estabeleçam a saúde da família nos seus sistemas de saúde (BRASIL, 2012).

Para que a efetivação da AB e para que o modelo da ESF seja eficaz, é necessário que seja trabalhada a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade pode ser dita como uma maneira de compreender e solucionar questões do dia a dia. Consiste na interação entre teoria e prática, processo de elaboração de conhecimento e atitude, com base nas relações de trabalho coletivo, derivados das mais distintas profissões. Necessita de diálogo, para que seja concretizado (SHERER; PIRES, 2011).

O trabalho em equipe está dentro da interdisciplinaridade, de modo que, como disse Figueiredo (2011) é um dos desafios mais

iminentes, pois os profissionais de saúde desde sua formação não foram preparados para tal atividade e propôs, para melhor efetividade da prática, reuniões coletivas onde sejam bem delimitadas as ações de cada profissional e da equipe, gerando um contínuo aprendizado e resolução dos problemas de maneira positiva.

Santos e Cutolo (2003) afirmam que:

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico (...). O espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. (...) podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados (p. 37)

Para Nascimento e Oliveira (2010) a Estratégia Saúde da Família necessita mais do que técnica para se solidificar, os profissionais envolvidos devem trabalhar com atenção, responsabilidade, compromisso e respeito, de modo que garanta ao usuário um cuidado efetivo e um estreitamento de vínculos, características necessárias para o profissional da atenção básica. Dentro do quesito respeito, pode-se citar o respeito as diferenças como peça chave nesse processo, onde o atendimento deve ocorrer da mesma forma para todos aquele que o procuram, fazendo com que os usuários sintam-se seguros e à vontade, o que facilita a adesão ao tratamento e estreita vínculos. Neste estudo a comunicação mostrou-se característica importante dentro do trabalho multiprofissional na ESF, sendo indispensável a comunicação

clara entre colegas de trabalho e entre profissionais e usuários, o que otimiza os resultados a partir da troca de experiências e de conhecimento.

O trabalho em equipe, destacando-se a interdisciplinaridade, é importante para a organização do processo de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família, visto que se trata de um ambiente plural e multidisciplinar onde cada especialidade ali presente agregará conhecimentos e práticas adquiridos na sua formação acadêmica, pessoal e profissional, o que corrobora para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida dos usuários.

No estudo de Nascimento e Oliveira (2010), após analisar as respostas dos entrevistados, notaram o trabalho em equipe como ainda sendo uma barreira para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, onde foi citado que a dificuldade se dá desde a formação acadêmica, onde são instruídos a trabalhar por si e para si, onde o trabalho em equipe muitas vezes exige que se trabalhe dependendo do outro e dentro do ritmo do outro.

Scherer, Pires e Jean (2012) também evidenciaram dificuldades no seu estudo, onde relatou-se que “não se é interdisciplinar o tempo todo” e que a “interdisciplinaridade vem com o amadurecimento da equipe”, e em muitas das vezes esse processo é travado por uma questão cultural, onde a última palavra é a dos médicos, o que põe fim ao processo que vinha sendo construído anteriormente. Ficou claro que a prática difere da teoria, onde conversa-se muito sobre o que deve fazer, mas a efetivação muitas vezes não acontece.

O trabalho ainda continua dividido, de modo que modelos hierarquizados se mantém, o que vai contra ao trabalho em equipe multidisciplinar proposto pela ESF, principalmente ao que se refere a subordinação das demais profissões à medicina. A medicalização também continua sendo o centro dos modelos de tratamento, processo

que em alguns casos, poderia ser substituído por outros tipos de intervenção (FERTONANI et al., 2015).

Segundo Santos e Cutolo (2003) a dificuldade de interação entre enfermeiro, médico, odontólogo e equipe técnica se dá devido a formação acadêmica de cada um, onde foram instruídos a trabalhar diante do contexto de sua profissão, desconhecendo a função e as particularidades potenciais das outras profissões. Fica evidente que o profissional formado de maneira mais humanizada será capaz de interagir mais facilmente com a equipe e atender as necessidades da população assistida, não atendendo o usuário como mero objeto de intervenção, mas como pessoa única e ao mesmo tempo pluralizada, atendendo suas expectativas em saúde e sociais.

Para Ferro et al. (2014), o modelo curativo ainda é bastante utilizado devido a questão cultural, onde a própria sociedade procura e deseja um atendimento meramente curativo, onde dirigem-se a uma unidade de saúde em busca de medicações e processos que venham cessar apenas a doença que os acometem naquele momento, sem se deter aos problemas que a desencadearam, entre outros.

A equipe mínima da ESF encontra barreiras em ações que não concernem a sua formação, onde muitas vezes fazem papel de psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. Os profissionais relataram não haver discussão a respeito da implementação de profissionais de outras áreas, sendo praticamente inviável que isto ocorra, o que acaba sobrecarregando os profissionais da equipe mínima e diminuindo a qualidade do atendimento ao usuário (LOCH-NECKEL et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe depende da visão que cada um tem acerca da prática, é necessário mostrar os benefícios do trabalho em

equipe, tal como obtenção de melhores resultados, crescimento como profissional e pessoa, entre tantos outros. Torna-se essencial que todos estejam engajados, com metas e objetivos traçados, responsabilizando-se de forma solidária com os êxitos e fracassos da conduta da equipe.

Neste sentido, pensar nas ações em equipe, ajuda a descentralizar o modelo de saúde a qual estamos inseridos, que é justamente a proposta da ESF, de modo que se integrem as ações aos usuários inseridos na comunidade a qual procuram atendimento, o que se torna um fator determinante para a efetivação dos modelos de controle e prevenção de agravos propostos pela atenção básica.

Portanto, para a minimização desses desafios são necessárias intervenções do Ministério da Saúde, de modo a apontar quais caminhos os profissionais devem seguir e estabelecer protocolos passíveis de execução para que se garanta o trabalho em equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.21, v.5, p.1499-1509, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>» Acesso em: 20 de julho de 2022.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011;

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DANTAS, Maria Beatriz Pragana. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**/ Maria Beatriz Pragana Dantas. — Recife: M. B. P. Dantas, 2010, 234f.

FERRO, L. F., SILVA, E. C., ZIMMERMANN, A. B., CASTANHARO, R. C. T., & OLIVEIRA, F. R. L. Interdisciplinaridade e intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O mundo da Saúde**, 2014, 38(2), 129-138.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, 2015.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS, 2011.** Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade_e05.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2022.

FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes; FREIRE, Aldelany Ramalho; LUCENA, Edson Hilan Gomes de; CAVALCANTI, Yuri Wanderley. **PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil.** *Revista saúde Pública*, 2021 Dec 1;55:85. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003005. eCollection 2021.

HEIDEMANN ITSB, WOSNY AM, BOEHS AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 2];19(8):3553-9. Available from: Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>

HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R.; REZENDE, V. A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.4, p.524-529, 2009.

LIMA, Jacob Carlos e MOURA, Maria do Carmo. Trabalho atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba . **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr. 2005

LOCH-NECKEL, G.; SEEMNN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, 2009.

MACIEL, F.B.M. Agente comunitário de saúde: Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 4.185-4.195, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.28102020.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

SANTOS, F. O. Estratégias de promoção da saúde a partir da escola e da Unidade Básica de Saúde da Família, em Uberlândia (MG) 292 f. Tese (doutorado) - **Universidade Federal de Uberlândia**, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2016.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq Catarinenses Medicina**, v. 32, n.4, 2003.

SILVA, Welison Matheus Fontes da; Ruiz, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal, 2020. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** 2020, Volume 30 N° 3 elocation e300302, set. 2020.
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300302>.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 69-4, 2011.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.2, p.196-201, 2011.

CAPÍTULO 09

DETECÇÃO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

<https://zenodo.org/records/10201948>

Mitécia Raquel Rodrigues Castelo Branco Sampaio Braga¹

Jailma dos Santos Barbosa²

Léa Barbosa de Sousa³

RESUMO: O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno complexo e geneticamente heterogêneo, trata-se de um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. O problema encontrado na Unidade Básica de Saúde em que atuo é a quantidade de crianças com diagnóstico tardio de autismo. Por este motivo, percebeu-se a necessidade de implantar métodos já orientados por pediatras e neuropediatras, para a percepção de crianças com possíveis sinais e sintomas do transtorno do espectro do autismo. Para resolução da problemática, faz necessário, que médicos e os profissionais de saúde conheçam a fundo os critérios clínicos do TEA e as formas de intervenção. Este projeto de intervenção tem como principal objetivo implantar um projeto de intervenção para detecção precoce no transtorno do espectro do autismo em uma unidade básica de saúde no município de Acopiara- Ce. Este projeto tem como metodologia um treinamento com os profissionais de saúde com base no manual de orientação da Sociedade Brasileira de

¹ Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte. Especialização em Autismo pela Faculdade de Tecnologia Icone. Especialização em Estratégia Saúde da Família pela Faculdades Integradas de Cruzzeiros. Atualmente é Médica da Programa Nacional Mais Médicos em Acopiara-CE.;

² Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Santa catarina - Unisul. Graduada em Nutrição, Graduada em Enfermagem, Graduada em Pedagogia e em m Economia e Licenciada em Matemática. Especialista em Gestão em Saúde; Auditoria em Saúde; Enfermagem do Trabalho; Saúde da Família; Emergência Pediátrica; Gestão Escolar; Metodologia do Ensino Fundamental e Médio; Educação à Distância; Educação Ambiental; Saúde Mental; Neuropsicopedagogia; Preceptoría do SUS pelo Hospital Sirio Libanês; Especialista em Oncologia; Urgência e Emergência e Especialista em Nutrição Clínica e Estética. jailmasbarbosa01@gmail.com.

³ Graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - (UVA). Especialização em Psicopedagogia (UVA/UNINTA). Especialização em Ciências da Educação (UNINTA). Especialização em Didática do Ensino Superior (UNINTA). Mestrado em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT/UFC). Mestre em Educação. Centro Universitário INTA. lea-b@hotmail.com.

Pediatria, neste documento contém informações pertinentes ao tema, como deve ser a detecção precoce, momentos de abordar a família e como proceder ao tratamento e encaminhamentos necessários. Foi realizado um encontro com os profissionais enfermeiros e médicos das unidades básicas de saúde do município de Acopiara- Ce. Na ocasião repassamos o projeto de intervenção e detalhamos a relevância deste treinamento, como também a importância do diagnóstico precoce e tratamento/acompanhamento para as crianças diagnosticadas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro do Autismo; Educação em Saúde; Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

É classificado como espectro por haver uma gama de condições que englobam desde níveis mais leves até níveis mais profundos de comprometimento nestas conexões, resultando em diversos tipos de autismos, que podem diferir bastante de pessoa para pessoa. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem a incidência de uma pessoa a cada 100, sendo predominante no sexo masculino, sendo mais comum do que se imagina a população por causa da enorme diversidade e manifestações dentro do espectro. (IFPB, 2017).

Estudos relatam que os genes desempenham um papel central na fisiopatologia do autismo e de suas condições relacionadas. Pesquisas realizadas evidenciam que em familiares e gêmeos a etiologia genética do autismo, onde é percebido um risco aumentado de recorrência de autismo de aproximadamente 3 a 8% em famílias com uma criança autista e concordância para o diagnóstico de autismo em gêmeos monozigóticos de pelo menos 60% se forem usados critérios estritos para autismo, de 71% para TEA e de até 92% com um espectro mais amplo de distúrbios de linguagem/socialização (apud COUTINHO, BOSSO, 2015).

De acordo com Brasil, (2015), reflete sobre o diagnóstico do TEA, como sendo um conjunto de fases que exigem uma interpretação minuciosa dos sinais, sintomas e histórico do paciente. O diagnóstico do

TEA, pode ser dividido em duas fases sendo o primeiro onde abrange todas aquelas atividades exercidas pelos profissionais de saúde com o objetivo de compreender, de forma abrangente e detalhada, a natureza das dificuldades de um sujeito singular, o que inclui o diagnóstico funcional e nosológico. E a segunda fase, a classificação diagnóstica, na qual as queixas, os sintomas, os sinais e, eventualmente, os resultados dos exames complementares apresentados pelo sujeito a ser “diagnosticados” – agrupados, condensados e abordados em suas formas gerais – servem para definir uma classe ou categoria nosológica em que ele possa ser alocado.

O cuidado nas Redes de Atenção à Saúde se faz necessário destacar o conceito de integralidade em duas dimensões fundamentais: no que tange o reconhecimento de um sujeito integral e na organização de uma rede de cuidados que se pautem em responder integralmente à diversidade das demandas. Tendo esta identificação do sujeito e dos cuidados se coloca em oposição à ineficiência produzida pela visão fragmentada dos sujeitos e pela segmentação de ações e serviços, que têm como consequências a segregação e a exclusão da população em questão. Com isso se faz necessário o olhar do profissional de saúde mais ampliado possível, para identificar, diagnosticar e tratar precocemente os pacientes com TEA.

PROBLEMA

O problema encontrado na Unidade Básica de Saúde, objeto do presente estudo, é a quantidade de crianças com diagnóstico tardio de autismo. Foram 11 crianças com esse diagnóstico na área em que a equipe de saúde é responsável. Por este motivo, percebeu-se a necessidade de implantar métodos já orientados por pediatras e neuropediatras, para a percepção de crianças com possíveis sinais e sintomas do transtorno do espectro do autismo.

JUSTIFICATIVA

Os profissionais de saúde apresentam dificuldades para diagnosticar o TEA devido à falta de reconhecimento das primeiras manifestações, pouca oferta de serviços especializados, pouco conhecimento acerca do tema e até insegurança. Dado o exposto, o diagnóstico muitas vezes é dado após os cinco anos, quando a criança inicia sua vida escolar, sendo os primeiros sintomas identificados pelos professores e pais. Para resolução da problemática, faz-se necessário, que os profissionais de saúde conheçam a fundo os critérios clínicos do TEA e as formas de intervenção.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Implantar um projeto para detecção precoce no transtorno do espectro do autismo em uma unidade básica de saúde no município de Acopiara-Ce.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar oficinas para a promoção de estratégias de capacitação para os profissionais de saúde da equipe básica de saúde;
- Identificar instrumentos de apoio ao tratamento/acompanhamento destas crianças na rede de atenção a saúde do município.

METODOLOGIA TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção, como o próprio nome alude fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Os sujeitos ao pesquisarem sua própria prática produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam e ressignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam (BRAGA, SILVA 2015).

LOCAL DE ESTUDO

O cenário da intervenção será uma unidade da Estratégia Saúde da Família Moreiras 2 da área urbana do município de Acopiara localizado no Estado do Ceará, região do Nordeste brasileiro, Acopiara é um município brasileiro do estado do Ceará, localizado na região Centro-Sul do estado, distante 352km da capital Fortaleza-CE, com principal acesso através da BR- 116 e CE-060. Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2018 eram de 53 931 habitantes (IBGE, 2019). A unidade de saúde tem o funcionamento das 07h30min às 16h30min, com uma Equipe de Saúde da Família.

AMOSTRA

A capacitação foi realizada com os profissionais os médicos e enfermeiros de todas as unidades de saúde do município de Acopiara. O estudo e avaliação de resultados foi dado pelo número de pacientes e crianças diagnosticadas com TEA na UBS Moreiras 2.

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Na ESF é possível trabalhar na perspectiva da promoção da saúde e redução dos agravos, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento infantil durante as ações de puericultura. Como de conhecimento sabe-se que os profissionais de saúde da equipe, como médicos e enfermeiros membros da equipe multiprofissional, são os responsáveis sanitários pelo acompanhamento e deve estar preparado para avaliar o desenvolvimento infantil, através de consultas e avaliações de crescimento e desenvolvimento, que tem de acontecer de forma mensal, a fim de detectar precocemente qualquer anormalidade e tomar as medidas resolutivas para a melhoria da qualidade de vida, principalmente da criança com TEA e de sua família (NASCIMENTO et al., 2018).

A ideia principal é se trabalhar com educação continuada em saúde com os médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde. Onde todos estes profissionais possam participar do treinamento, através de oficinas onde serão explanados métodos para a identificação de sinais de alerta em crianças, durante consultas de demanda espontânea e na puericultura. Pode-se avaliar crianças com 6 meses poucas expressões faciais, baixo contato ocular, ausência de sorriso facial; crianças com 9 meses não balbucia “mamã/papá”, não olha quando chamado, não olha para onde o adulto aponta; crianças com 12 meses não apresenta gestos convencionais, não fala mamãe/papai; ausência de atenção compartilhada; em qualquer idade a perda das habilidades.

Para este treinamento será implantado o manual de orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria, neste documento contém, informações pertinentes ao tema, como deve ser a detecção precoce, momentos de abordar a família e como proceder ao tratamento e encaminhamentos necessários.

RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 determina, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que

visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Tendo como base o que esta escrita na CF, é que percebemos a necessidade de qualificar e aperfeiçoar os profissionais da área da saúde, para um atendimento igualitário e qualificado para todas as crianças usuárias da atenção básica de saúde, visto que estas crianças não apresentam sintomas tão claros, sendo necessário observar ao longo do acompanhamento nas consultas de puericultura, sinais de alerta para o TEA.

O TEA, como assim é conhecido o Transtorno do Espectro Autista caracteriza-se pelo desenvolvimento atípico e inadequado das linguagens e comunicação – devido à demora na aquisição da linguagem e uso repetitivo da fala, meio social – no qual apresenta pouca reciprocidade ao que lhe apresentam – e emocional, além de apresentar interesses e atividades restritas. Dentro do Autismo Infantil, há dois subtipos: de auto e de baixo rendimento ou funcionamento, sendo o de baixo rendimento o subtipo clássico, conseqüentemente, o mais frequente, conhecido e estudado. Tais características comportamentais dificultam a relação do portador do autismo com as pessoas que o cercam sejam estas familiares ou profissionais de saúde, o que pode tornar difíceis e até desinteressantes, o tratamento e acompanhamento das crianças portadoras dessa condição. Nas últimas décadas, especialmente nos últimos vinte anos vêm ocorrendo aumento expressivo dos diagnósticos de transtornos de origem neurobiológica na infância. (NASCIMENTO et al., 2017).

No mês de setembro de 2019, foi realizado um encontro com os profissionais enfermeiros e médicos das unidades básicas de saúde do

município de Acopiara-Ce. Na ocasião repassamos o projeto de intervenção e detalhamos a relevância deste treinamento, como também a importância do diagnóstico precoce e tratamento/acompanhamento para as crianças diagnosticadas. Durante a oficina, planejamos colocar em prática o conhecimento obtido, que tais profissionais capacitados, atentassem aos sinais de alerta nas crianças atendidas, avaliassem atrasos de desenvolvimento durante puericulturas e orientassem os pais e familiares quanto a tal marcos. Foi reagendada outra oficina para acontecer nos próximos seis meses, de tal modo, os profissionais iriam discutir resultados obtidos e traçar novas metas de acordo com os dados.

Porém em fevereiro de 2021, foi identificado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, e desde então, entremos em pandemia em nossos pais, dessa forma, mudou o cenário quanto a promoção de saúde. Os programas de puericultura e consultas de rotina, foram extintas até controle sanitário e as reuniões de forma presencial mesmo que de caráter educacional, passaram a ser proibidas. Além disso, em maio do mesmo ano, a secretaria de saúde do município, solicitou minha transferência da UBD Moreiras 2, para uma unidade em zona rural. Utilizou-se uma sala da Secretaria Municipal de Saúde por ser um local estratégico, centralizado e fácil acesso. Dado o exposto o estudo e resultados do projeto de intervenção foram prejudicados e tiveram de ser adiados.

Mesmo diante das dificuldades encontradas, principalmente devido ao cenário atual, o projeto de intervenção, é eficaz e deve ser aplicado em outras realidades, para que dessa forma, o diagnóstico precoce do TEA, passe a ser uma realidade rotineira e tais crianças passem a ter intervenção e imediata, mudando prognóstico e melhorando sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que participaram do momento de encontros com educação continuada puderam compreender a necessidade de um diagnóstico precoce da TEA, que é um transtorno pervasivo e permanente, não havendo cura, ainda que a intervenção precoce possa alterar o prognóstico e suavizar os sintomas. Além disso, é importante enfatizar que o impacto econômico na família e no país, também será alterado pela intervenção precoce intensiva e baseada em evidência.

Os instrumentos utilizados pelos profissionais para a realização do matriciamento incluem a elaboração do projeto terapêutico singular no apoio matricial de saúde mental, a interconsulta, a visita domiciliar conjunta, o contato à distância, o genograma, o ecomapa, a educação permanente em saúde mental e a criação de grupos na atenção primária à saúde.

Acredita-se que é fundamental a educação continuada em saúde de forma integral e ampla, onde visa atender e integrar todos os instrumentos dos serviços de saúde, para que possa instigar a conscientização dos profissionais, da grande relevância do diagnóstico precoce.

REFERÊNCIA

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único De Saúde.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2015.

COUTINHO J. V. S. C. BOSSO R. M. V. **AUTISMO E GENÉTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.** *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v.8, n.1, Pub.4, Janeiro 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Transtorno do Espectro do Autismo.**

Manual de Orientação Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Nº 05, Abril de 2019.

IFPB. **Conhecendo o Transtorno do Espectro Autista**. Cartilha institucional. João Pessoa - 2017

MELLO A. M. R. S. **Autismo**. Guia Prático 7ª Edição. AMA - ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO AUTISTA. São Paulo, 2007.

MENDES K. D. S et al., Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 10 mar. 2019.

NASCIMENTO M. A. et al., **Autismo Infantil: Acolhimento e Tratamento pelo Sistema Único de Saúde**. Centro Universitário de Volta Redonda/RJ, Brasil. 2018.

CAPÍTULO 10

ESTUDO DE CASO ASSOCIADO AO KAHOOT!: UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM REUMATOLOGIA

<https://zenodo.org/records/10201972>

Camila Aparecida Pereira da Silva¹

Marco Felipe Macêdo Alves²

Lorena Alencar Sousa³

Joanderson Nunes Cardoso⁴

José Nairton Coelho da Silva⁵

Francisco Sormanni Farias de Lucena⁶

Jean de Sousa Pereira⁷

Cristiane Marinho Uchôa Lopes⁸

¹ Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais e Graduada em Biologia pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Mestranda em Ciências da Saúde pela UFCA. e-mail: camila.pereira@aluno.ufca.edu.br;

² Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Mestrando em Ciências da Saúde pela UFCA. Professor Substituto da Universidade Federal do Cariri - UFCA. Título de Especialista em Reumatologia pela Sociedade Brasileira de Reumatologia / Associação Médica Brasileira. Residência em Clínica Médica e Residência em Reumatologia pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. e-mail: marco.macedo@ufca.edu.br;

³ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte. Pós-graduação em Urgência e Emergência pela Universidade Regional do Cariri; Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Enfermeira emergencista pela Fundação Otilia Correia Saraiva. e-mail: lorena.sousa@aluno.ufca.edu.br

⁴ Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA); Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ; Especialista em Saúde Mental pela Faculdade FAVENI; Preceptor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ; e-mail: joandersonnunescardoso@gmail.com;

⁵ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Pós-graduação em Enfermagem em Emergência e UTI pela UNILEÃO. Pós-graduação em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). e-mail: nairton.silva@aluno.ufca.edu.br;

⁶ Bacharel em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE). Residência em Clínica Médica no Hospital Getúlio Vargas em Recife. Residência Médica em Nefrologia pelo Hospital de Base do Distrito Federal em Brasília. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri. Professor efetivo Universidade Federal do Cariri (UFCA). e-mail: sormanni.lucena@ufca.edu.br;

⁷ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Leão Sampaio. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Fisioterapeuta do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG/EBSERH). e-mail: jean.pereira@aluno.ufca.edu.br

⁸ Bacharel em Fisioterapia. Pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza e Doutora em Biotecnologia - RENORBIO pela Universidade Estadual do

RESUMO: As metodologias ativas de ensino são uma realidade cada vez mais presente em ambientes de ensino e contribuem para formação, motivação e engajamento dos alunos. O estudo de caso e a gamificação com uso de dispositivos móveis são dois exemplos de metodologias ativas. A artrite séptica é um problema de alta morbidade e mortalidade que deve ser prontamente reconhecido e tratado. Relatamos a experiência do emprego do estudo de caso associado à ferramenta *Kahoot!* para ensino da artrite séptica para alunos do Mestrado em Ciências da Saúde. Os estudantes foram divididos em grupos e receberam informações preliminares do caso, que foi adaptado de um relato de caso previamente publicado, e foram convidados a realizar perguntas que simularam o primeiro atendimento. Após receber os dados e chegar ao diagnóstico, os alunos pesquisaram sobre o tema e responderam a perguntas no *Kahoot!* sobre artrite séptica. Após as respostas, seguia-se a explicação sobre o tema. Os alunos tiveram, em sua maioria, desempenho satisfatório e mantiveram-se focados durante a aplicação da metodologia. Conforme a literatura, o *Kahoot!* é uma metodologia ativa que é aceita e recomendada por estudantes, que aumenta o engajamento e desperta a autocrítica. O estudo de caso permite o ensino teórico-prático dos assuntos, a partir da utilização de casos reais. Esse foi o primeiro relato de experiência de ensino da artrite séptica através dessas metodologias de ensino.

Palavras-chave: Métodos de Ensino; Dispositivos Móveis; Estudo de Caso; Artrite Infecciosa; Reumatologia.

INTRODUÇÃO

As formas tradicionais de ensino, pautadas na pedagogia convencional, têm sido a base do sistema educacional por gerações, em todas as áreas de conhecimento, incluindo a área da saúde. Nesse modelo, o professor desempenha um papel central como detentor do conhecimento, enquanto os alunos ocupam uma posição passiva, sendo responsável apenas por receber esses conhecimentos e repeti-los (SILVA *et al*, 2020).

No entanto, à medida que novas formas pedagógicas evoluem, a nossa compreensão sobre os processos de aprendizagem se aprofunda, e dessa forma compreendendo a importância da

dialogicidade, criticidade, troca de experiências e construção de significados, concordamos com Freire, quando incita a desconstrução das formas tradicionais de ensino, de modo a incorporar novas tendências pedagógicas à práxis profissional docente (FREIRE, 2000).

As metodologias ativas de aprendizagem são estratégias utilizadas em ambientes de ensino, no qual o aluno assume papel central na aquisição do conhecimento. É uma metodologia que busca proporcionar ao discente um aprendizado dinâmico, participativo, crítico e acima de tudo autônomo (OLIVEIRA, MARQUES e SCHRECK, 2017; SILVA *et al.*, 2020). Essa transformação na dinâmica do ensino não somente fomentam a motivação e o engajamento dos estudantes, mas também os capacita a assumir a responsabilidade pelo próprio aprendizado, tornando-se protagonistas do seu processo educacional.

Dessa maneira o professor torna-se não meramente um espectador, mas desempenha o importante papel de facilitador do aprendizado, estabelecendo conexões e orientações que permitem ao aluno acessar e apreender conteúdos, perfazendo a mediação entre o aluno e o conhecimento (OLIVEIRA, MARQUES e SCHRECK, 2017).

Segundo Maranhão e Reis (2019) a adoção de metodologias ativas no contexto do ensino superior tem ganhado ampla aceitação devido ao caráter inovador dessas abordagens, que desempenham um papel fundamental na construção do conhecimento de maneira significativa.

Entre as principais metodologias ativas de ensino, destacam-se a Aprendizagem Baseada em Projetos, a Sala de Aula Invertida, a Gamificação, a Instrução entre Pares, a Aprendizagem Baseada em Problema e os Estudos de Caso (MARQUES *et al.*, 2021). Cada uma dessas metodologias ativas oferece oportunidades diferenciadas de desenvolver os alunos e estimular sua participação ativa no processo de aprendizagem.

O estudo de caso envolve uma análise aprofundada de situações específicas, problemas ou questões do mundo real. Nesse

método, os alunos são desafiados a examinar um caso, compreender seu contexto, identificar problemas e desenvolver soluções. O estudo de caso permite a prática do conhecimento teórico, promovendo a resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades críticas. Essa metodologia incentiva a reflexão, o debate e a colaboração, tornando o aprendizado mais envolvente e significativo (FERRARINI, SAHEB e TORRES, 2019).

Essas transformações na estrutura educacional e pedagógica, relacionam-se em grande parte com a mudança do perfil dos discentes. Segundo Cavaignac *et al.*, (2019), os indivíduos nascidos a partir do ano 2000 constituem a maior parte dos alunos das universidades, que nasceram em meio às tecnologias e compõem os chamados nativos digitais.

Essa mudança de perfil dos discentes condiciona não somente os modos de aprender, como também os modos de ensinar. Dessa forma é intuitivo que o professor como, instrutor, motivador e mediador da experiência educativa busque estratégias que incorporem as mudanças trazidas com a era digital em suas práticas pedagógicas.

Pois, para o aprendizado do sujeito, é importante a sua assimilação, compreensão e articulação com a aprendizagem partindo do seu contexto de vida, valorizando seus conhecimentos já construídos (SILVA *et al.*, 2020).

O *Kahoot!* é uma ferramenta interessante para a sala de aula por alguns motivos: é uma ferramenta de avaliação diagnóstica, na qual os alunos irão responder às questões de múltipla escolha, a partir dos conhecimentos prévios do tema. Além disso, funciona para a autoavaliação, em que o aluno poderá perceber quais são seus erros e acertos, bem como pontos de potencial melhoria (FERREIRA, 2022).

A partir deste panorama, os autores escolheram como estratégia de ensino a metodologia de Estudo de Caso associado ao uso do *Kahoot!*, utilizado através de um dispositivo móvel com integrante no desenvolvimento de uma aula sobre a utilização de metodologias ativas

na disciplina de Didática do Ensino Superior, ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

O tema utilizado foi a Artrite Séptica, pois é uma condição infecciosa que afeta as articulações, onde é considerada uma emergência médica, devido aos seus impactos nos indivíduos. A mortalidade dessa condição varia de 10 a 20% na literatura, sendo maior em indivíduos imunossuprimidos ou idosos. Além disso, 40% dos pacientes têm redução permanente da função articular, ocasionando em importante morbidade (Fernandez e Bezerra Neto, 2021). Portanto, trata-se de condição que deve ser prontamente reconhecida e tratada para melhores desfechos.

Assim, o objetivo deste artigo é relatar a vivência da metodologia aplicada, associação entre o Estudo de Caso e o uso do *Kahoot!*, como estratégia de ensino e aprendizagem experienciada no Mestrado em Ciências da Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência que discorre sobre uma vivência dos mestrandos do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, durante uso de metodologia ativa, uma atividade vinculada à disciplina Didática no Ensino Superior.

O processo de planejamento e execução da atividade ocorreu em 2023, seguindo uma série de etapas criteriosamente delineadas.

Foi realizada a formação de grupos e como primeiro passo para o desenvolvimento da aula foi realizado o planejamento das atividades, através de um plano de aula.

O tema da aula foi pensado de forma a combinar as trajetórias profissionais dos discentes que iriam conduzir a metodologia ativa: um médico reumatologista e uma bióloga pesquisadora na área de microbiologia. Desta forma, o tema escolhido foi artrite séptica.

O próximo passo foi a escolha do caso a ser estudado, objetivos, metodologia e avaliação do processo. Optou-se pela utilização de um caso real, de modo a refletir a realidade do cotidiano dos alunos do mestrado e para evitar possíveis erros de formulação e interpretação do caso. Foi abordado um caso clínico real de Artrite séptica por *Haemophilus influenzae* subtipo não b, publicado na Revista Arquivos Catarinenses de Medicina, elaborado por Crispim e colaboradores (CRISPIM *et al.*, 2012).

A base de dados utilizada para encontrar o caso foi o *Google Scholar* e os descritores foram “Artrite séptica + estudo de caso”.

Os objetivos de aprendizagem foram que o aluno pudesse, ao final da aula:

- 1) Conceituar artrite séptica;
- 2) Elencar os principais patógenos envolvidos na doença;
- 3) Reconhecer os principais sintomas que possam levantar a suspeita dessa doença;
- 4) Apresentar os principais métodos para diagnóstico;
- 5) Sintetizar as medidas de tratamento.

O desenvolvimento da aula foi dividido em quatro momentos, que serão desenvolvidos na sessão de resultados e discussão:

- 1 - Leitura e problematização;
- 2 - Levantamento de hipóteses;
- 3 - Aprofundamento do conhecimento;
- 4 - Avaliação.

O processo avaliativo foi realizado através das respostas dos integrantes às oito questões sobre o tema, através da utilização do aplicativo *Kahoot!*.

O *Kahoot!* é um *site* de livre acesso (Disponível em: <https://kahoot.com/>) no qual é possível montar questionários com perguntas de múltipla escolha e compartilhar com alunos para

respostas ao vivo. Cada pergunta conta com um enunciado e quatro alternativas. Pode, também, funcionar a partir de perguntas do tipo “verdadeiro ou falso”. A partir das respostas corretas, cada aluno irá somar pontuações e, ao final, é elaborado um pódio dos três participantes que mais pontuaram, a fim de possibilitar eventuais premiações. A ferramenta pode ser acessada de dispositivos móveis como celulares e *notebooks* com acesso à internet.

O público-alvo foi cinco estudantes da pós-graduação, do Mestrado em Ciências da Saúde de uma Universidade pública. Os instrumentos para apresentação da aula foram *notebook*, projetor e apontador a *laser*.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A primeira etapa da aplicação consistiu com a leitura e primeiras instruções sobre a execução da metodologia proposta. Foram distribuídas, para cada aluno, cópias do trecho inicial do relato de caso adaptado a partir do caso real (Apêndice 1). Nesse trecho, havia apenas informações preliminares sobre o caso, e os alunos, a partir da leitura, deveriam realizar perguntas direcionadas sobre a anamnese e o exame físico, simulando o primeiro atendimento do paciente.

A segunda fase compreendeu a etapa da criação de hipóteses. Os alunos foram instruídos a discutirem o caso até chegarem ao diagnóstico correto. Foram reservados para essa etapa cerca de vinte minutos.

Em seguida, teve início a terceira etapa da aplicação, que envolvia o aprendizado mais aprofundado sobre tema, na qual a turma foi convidada a realizar buscas em bases de dados sobre o tema do diagnóstico de forma individual. Esta etapa foi realizada em 10 minutos.

Posteriormente, os alunos acessaram o *Kahoot* e responderam às quatro primeiras perguntas sobre o tema. Essas perguntas

correspondiam à definição, epidemiologia e quadro clínico da Artrite Séptica. Cada pergunta deveria ser lida e respondida em 20 segundos. Esse momento constituiu a quarta e última etapa, a avaliação do aprendizado.

A partir dos dados respondidos na quarta pergunta (sobre diagnóstico), os alunos tiveram acesso ao resultado dos exames diagnósticos e ao fechamento do caso. Foram, então, realizadas as últimas oito perguntas, sobre o agente etiológico, o tratamento e o prognóstico da doença. Após cada pergunta, seguia-se de explicação sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho apresentou o relato de experiência da abordagem de estudo de caso associado ao uso do *Kahoot!* para ensino da Artrite Séptica.

Dos cinco participantes, a taxa de acertos foi, em ordem decrescente: 100%, 75%, 63%, 50% e 38%. O penúltimo aluno não respondeu a uma das perguntas, enquanto o último não respondeu a três perguntas. Foi relatado pelos alunos, que o tempo dado para leitura e resposta das questões foi curto (20 segundos) e foi, então, sugerido o aumento do tempo para 60 segundos nas próximas aplicações do referido questionário.

A taxa de acertos das questões foram, em ordem numérica da questão: 83%, 50%, 50%, 83%, 67%, 17%, 50% e 67%. A pergunta com menos acertos foi, portanto, a de número seis, que versou sobre o aspecto microscópico do principal agente etiológico envolvido na Artrite Séptica, o *Staphylococcus aureus*.

Alguns estudos apontam que a utilização de *smartphones* colabora para o envolvimento dos alunos (CAVAINAG *et al.*, 2019), além

da própria plataforma promover a interação entre aluno-aluno e aluno-professor, a competição e dinamicidade do processo de aprendizagem.

Estudos prévios com relatos de experiência sobre o uso dessa ferramenta em aulas do ensino superior mostram que o *Kahoot!* é uma estratégia de ensino que é aceita e recomendada pelos estudantes aos seus colegas (SOLANKI, KHAN e IQBAL, 2019). Em pesquisa envolvendo estudantes de Medicina, evidenciou-se que as sessões são capazes de motivar o estudo do assunto, de determinar quais assuntos precisam ser mais estudados, e a ter consciência do que foi aprendido. Dessa forma, é uma plataforma recomendada para o ensino médico (ISMAIL *et al.*, 2019)

No decorrer da aplicação dessa metodologia ativa foi observado que os discentes conseguiram manter uma concentração constante ao longo de todo o processo, relataram satisfação quanto ao aprendizado e com a ferramenta.

Segundo Kalleney (2020), durante a pandemia de COVID-19, devido ao isolamento social, as aulas presenciais foram suspensas e trocadas pelas aulas à distância. O *Kahoot!* foi utilizado com sucesso para ensino de histologia e biologia celular em sessões de aprendizagem à distância. A maioria dos alunos recomendou o uso do método com alto escore de satisfação com a plataforma. Assim, é uma ferramenta promissora para elevar a atenção e o engajamento dos alunos, seja presencial ou à distância.

Interessante salientar, um estudo que mostrou a correlação dos acertos no *Kahoot!* com as notas em avaliações somativas em estudantes do curso de Medicina, em avaliações teóricas ou em avaliações de imagem, bem como na nota final da disciplina (GARZA *et al.*, 2023).

O estudo de caso como abordagem de ensino envolve a abordagem teórico-prática de casos reais, que são situações de contexto real, e demanda a participação ativa do estudante na resolução de questões relativas a esse caso, de forma individual ou em

grupo. Os casos devem ser construídos ou adaptados com base em objetivos de aprendizagem. A partir das informações iniciais, os estudantes são indagados a solicitar novas informações adicionais e as discussões são direcionadas pelos professores (SPRICIGO, 2014).

O método de aprendizagem ativa de estudo de caso associado a dispositivos móveis já foi utilizado na literatura em curso para formação inicial de professores de Química. Porém, não foi usada a plataforma *Kahoot!* (RANGEL, MARCELINO e AZEVEDO, 2019).

Assim, este é um dos primeiros estudos que aborda o processo de ensino-aprendizagem através do estudo de caso associado à plataforma, bem como o ensino de artrite séptica, ou de assuntos da Reumatologia, por meio de metodologias ativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

186

A utilização de metodologias ativas de ensino é uma realidade crescente e necessária nas Instituições de Ensino Superior. Este trabalho demonstrou que a sinergia entre o estudo de caso e uso de metodologias digitais é uma abordagem metodológica que oferece diversos benefícios, como a aplicação prática do conhecimento, flexibilidade no aprendizado, motivação e engajamento dos estudantes, além de oferecer ao docente, uma forma de adaptar seus métodos de ensino e fornecer uma aula mais colaborativa, dinâmica e participativa.

Esse é o primeiro relato de experiência sobre o uso desse método de aprendizagem ativa com o tema Artrite Séptica.

REFERÊNCIAS

CAVAIGNAC, S. et al. Uso do kahoot e de estratégia de gamificação no ensino superior: relato de experiência da aplicação do peer instruction como

metodologia de ensino. **Ponto de Acesso**, v. 13, n. 3, p. 224, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/rpa.v13i3.35226>. Acesso em: 15 out. 2023.

CRISPIM, Morgana et al. Artrite séptica pelo *Haemophilus influenzae* subtipo não b: relato de caso. **ACM arq. catarin. med**, 2012. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/947.pdf>. Acesso em 27 de Setembro de 2023.

FERNANDES, Rafael N., BEZERRA NETO, Francisco A. **Artrite séptica bacteriana não gonocócica e osteomielite**. Em: SHINJO, Samuel K., MOREIRA, Caio. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2021.

FERRARINI, R; SAHEB, D; TORRES, P. Metodologias ativas e tecnologias digitais: **Revista Educação em Questão**, v. 57, n. 52, 18 mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/1981-1802.2019v57n52id15762>. Acesso em: 18 out. 2023.

FERREIRA, C.S. A avaliação formativa utilizando o *Kahoot!* e Mentimeter. Grupo de pesquisa em avaliação e organização do trabalho pedagógico, 2022. Disponível em: <https://gepa-avaliacaoeducacional.com.br/a-avaliacao-formativa-utilizando-o-kahoot-e-mentimeter/>. Acesso em: 24 de Outubro de 2023.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 29.ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2000.

GARZA, M. C. et al. Performance in Kahoot! activities as predictive of exam performance. **BMC Medical Education**, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10242591/>. Acesso em 24 de Outubro de 2023.

ISMAIL, Muhd Al-Aarifin et al. Using *Kahoot!* as a formative assessment tool in medical education: a phenomenological study. **BMC Medical Education**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6593549/>. Acesso em 24 de outubro de 2023.

KALLENY, Nagwa Kostandy. Advantages of Kahoot! Game-based formative assessments along with methods of its use and application during the COVID-19 pandemic in various live learning sessions. **Journal of Microscopy and Ultrastructure**, v. 8, n. 4, p. 175, 2020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883495/> Acesso em 24 de Outubro de 2023.

MARQUES, H. R. et al. Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Avaliação: **Revista da Avaliação da Educação Superior** (Campinas), v. 26, n. 3, p. 718-741, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772021000300005>.

OLIVEIRA, C. M., MARQUES, V. F., & SCHRECK, R. S. (2018). Aplicação de metodologia ativa no processo de ensino-aprendizagem: relato de experiência. **Revista Eletrônica Pesquiseduca**, 9(19), 674-684. Disponível em: <https://periodicos.unisantos.br/pesquiseduca/article/view/633>

RANGEL, F.C.S., MARCELINO, V.S., AZEVEDO, B. F.T. Metodologia de ensino estudo de caso associada ao uso de dispositivos móveis. **Repositório eduCAPES**, 2019. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/560825>. Acesso em 24 de Outubro de 2023.

SOLANKI, Pratik; KHAN, Omeair; IQBAL, Mohammed. Use of Kahoot! to promote interactivity and social learning during multiple-choice questions. **BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning**, v. 6, n. 1, p. 35, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35514459/> Acesso em 24 de Outubro de 2023.

SPRICIGO, C.S. **Estudo de caso como abordagem de ensino**. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2014. Disponível em: <https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/2017/10/estudo-de-caso-como-abordagem-de-ensino.pdf>. Acesso em 24 de Outubro de 2023.

SILVA, R. P. et al. Estratégias do uso de metodologia ativa na formação de acadêmicos de enfermagem: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 6, p. e16096354, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3543>. Acesso em: 15 out. 2023.

APÊNDICES

Apêndice I. Início do Relato de Caso adaptado a partir de Crispim et al., 2012.

Roberto Carlos é o auxiliar de serviços gerais de um grande hospital da cidade de Florianópolis, onde nasceu e foi criado. Apesar da proximidade com médicos nunca havia parado para uma consulta após as duas cirurgias que realizou em apenas um ano.

Na segunda-feira, após fazer a limpeza da sala de espera do hospital, começou a sentir calafrios, muitas náuseas e por pouco não vomitou próximo aos pacientes, ele sentiu alívio ao olhar o relógio e perceber que já era hora de ir pra casa. Quando chegou, os calafrios melhoraram, seguidos de suor frio pelo corpo. No dia seguinte, sentado junto a sua esposa Joana na mesa de café da manhã, ele disse o que havia acontecido no dia anterior e que no momento não estava se sentindo bem: os calafrios haviam voltado com muita intensidade, acompanhados de náuseas e dores nas articulações. Após isso, ele começou a falar palavras desconexas e suor frio, o que fez Joana levá-lo prontamente ao hospital.

Durante o percurso até o carro, ela notou que Roberto Carlos estava mancando de uma das pernas.

Roberto Carlos vem para atendimento no hospital onde você é o médico plantonista da emergência. Joana te conta toda essa história.

Agora é com você!

Anotações:

Apêndice II. Perguntas-chave utilizadas na plataforma on-line Kahoot!

1. O quadro clínico é melhor explicado pela(s) hipótese(s) diagnóstica(s) de:
 - a) Artrite por Chikungunya
 - b) Seps e Artrite Séptica
 - c) Artrite por Gota e Seps e
 - d) Lúpus Eritematoso Sistêmico
2. Não é fator de risco para artrite séptica:
 - a) Procedimentos articulares prévios
 - b) Tabagismo
 - c) Uso de drogas endovenosas
 - d) Imunossupressão
3. A artrite séptica, na maioria das vezes, apresenta-se como:
 - a) Monoartrite, principalmente em joelho
 - b) Febre e dores em várias articulações
 - c) Poliartrite, principalmente em punhos
 - d) Oligoartrite febril, principalmente em joelhos e tornozelos
4. Na suspeita de artrite séptica, qual exame é obrigatório?
 - a) Provas inflamatórias (PCR e VHS)
 - b) Hemoculturas
 - c) Ultrassonografia Articular
 - d) Artrocentese com estudo do líquido sinovial
5. Qual destes é o patógeno mais frequentemente responsável por artrite séptica?
 - a) *Staphylococcus aureus*
 - b) *Streptococcus pyogenes*
 - c) *Escherichia coli*
 - d) *Pseudomonas aeruginosa*
6. O *Staphylococcus aureus*, na coloração de Gram, tem o seguinte aspecto microscópico:
 - a) Cocos Gram positivos em cachos
 - b) Cocos Gram positivos em cadeia
 - c) Diplococos Gram negativos
 - d) Bacilos Gram negativos
7. Sobre o tratamento da Artrite Séptica, é correto afirmar que:
 - a) Devemos aguardar o resultado das culturas para iniciar o tratamento
 - b) Deve ser feito com anti-inflamatórios e medidas de suporte, apenas
 - c) Deve-se iniciar antibioticoterapia empírica logo após a coleta de culturas
 - d) A drenagem articular ou a artrocentese seriada são dispensáveis
8. Sobre o prognóstico da Artrite Séptica, é correto afirmar que:
 - a) Tende a ser bom, mesmo sem tratamento
 - b) Há alto risco de comprometimento articular se atraso no tratamento
 - c) A mortalidade é menor em pacientes idosos
 - d) É uma doença crônica, progressiva, com alta taxa de recorrência

CAPÍTULO 11

USO DE METODOLOGIA ATIVA PARA ELABORAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

<https://zenodo.org/records/10202003>

Joanderson Nunes Cardoso¹

José Nairton Coelho da Silva²

Lorena Alencar Sousa³

Camila Aparecida Pereira da Silva⁴

Francisco Sormanni Farias de Lucena⁵

Jean de Sousa Pereira⁶

Marco Felipe Macêdo Alves⁷

Cristiane Marinho Uchôa Lopes⁸

¹ Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA); Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ; Especialista em Saúde Mental pela Faculdade FAVENI; Preceptor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ; e-mail: joandersonnunescardoso@gmail.com;

² Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Pós-graduação em Enfermagem em Emergência e UTI pela UNILEÃO. Pós-graduação em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Venda Nova do Imigrante – FAVENI. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). e-mail: nairton.silva@aluno.ufca.edu.br;

³ Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais e Graduada em Biologia pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Mestranda em Ciências da Saúde pela UFCA. e-mail: camila.pereira@aluno.ufca.edu.br;

⁴ Bacharel em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE). Residência em Clínica Médica no Hospital Getúlio Vargas em Recife. Residência Médica em Nefrologia pelo Hospital de Base do Distrito Federal em Brasília. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri. Professor efetivo Universidade Federal do Cariri (UFCA). e-mail: sormanni.lucena@ufca.edu.br;

⁵ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Leão Sampaio. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Fisioterapeuta do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG/EBSERH). e-mail: jean.pereira@aluno.ufca.edu.br;

⁶ Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Mestrando em Ciências da Saúde pela UFCA. Professor Substituto da Universidade Federal do Cariri - UFCA. Título de Especialista em Reumatologia pela Sociedade Brasileira de Reumatologia / Associação Médica Brasileira. Residência em Clínica Médica e Residência em Reumatologia pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. e-mail: marco.macedo@ufca.edu.br;

⁷ Bacharel em Fisioterapia. Pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza e Doutora em Biotecnologia - RENORBIO pela Universidade Estadual do

RESUMO: No cenário do ensino superior, a busca por práticas pedagógicas inovadoras e eficazes tem se tornado uma prioridade fundamental. A utilização de jogos é uma das ferramentas que pode ser utilizada dentro do processo de ensino, onde proporciona a aprendizagem ativa e o engajamento. Diante disso, objetiva-se descrever a metodologia ativa utilizada para orientar a elaboração e construção da escrita de artigos sobre relatos de experiência na área da saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que discorre sobre uma vivência dos acadêmicos do Mestrado em Ciências da Saúde, durante uso de metodologia ativa como ferramenta para nortear a construção de um artigo sobre como escrever um relato de experiência. Foi utilizado um jogo de trilha no qual perguntas relevantes sobre a temática estavam distribuídas ao longo do percurso, e em seguida um momento com aula expositiva dialogada. Durante o desenvolvimento desta atividade, foi possível identificar diversas facetas no processo de aprendizado dos acadêmicos. A participação ativa e envolvimento dos participantes com entusiasmo e interesse na temática, trouxe clareza em relação à estrutura global de um relato de experiência, bem como a familiaridade com componentes-chave, da estrutura metodológica apresentada. A melhoria conceitual na compreensão da construção, discussão e aplicação do conhecimento foi evidenciado com o processo do jogo, bem como *feedback* positivo dos alunos. A utilização de metodologias ativas nesse contexto demonstra ser uma abordagem promissora para aprimorar a qualidade da educação, desenvolver habilidades acadêmicas e preparar os discentes para o desafio da construção de relatos de experiência de forma eficaz e significativa.

Palavras-Chave: Tecnologia Educacional; Aprendizagem; Inovação.

INTRODUÇÃO

Para descrever de forma precisa uma determinada vivência profissional, pode-se usar o método de relato de experiência, pois este tem potencial relevante para área de atuação do profissional. Pode ser apresentada por meio de uma narrativa de um autor ou uma equipe sobre uma experiência vivida no âmbito profissional, seja ela bem-sucedida ou não, mas que traga contribuições para a discussão, o compartilhamento e a proposição de ideias melhorando os cuidados na saúde (Abreu; Nóbrega – Therrien, 2021).

O relato de experiência apresenta o planejamento em conjunto com as metodologias utilizadas, as ações tomadas pelos idealizadores, além das considerações e impressões que a experiência trouxe aos participantes. A escrita é realizada de forma contextualizada, objetiva e com embasamento teórico. Em outras palavras, não se trata de uma narração emotiva e subjetiva, nem de uma simples expressão pessoal e aleatória (Bueno, 2010; Dias, *et al.*, 2017).

Não necessariamente as experiências apresentaram resultados positivos, porém, mesmo quando revelam desafios e dificuldades enfrentadas pelos participantes, os relatos de experiências são fundamentais para direcionar outros profissionais e apontar formas de trilhar novos caminhos diante dos desafios apresentados pelos autores do relato (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Apesar de ser bastante difundido pela comunidade acadêmica, existem algumas divergências de opiniões. Enquanto alguns defendem que a linguagem do relato de experiência precisa ser mais ampla, dando liberdade para que o autor descreva suas impressões com uma linguagem menos formal, outros afirmam que por se tratar de um texto científico, deve-se manter a impessoalidade e normas cultas da escrita (Ciarallo, 2019).

O que se salienta é que os relatos de experiência precisam refletir sobre as considerações dos autores para área de estudo que está sendo abordada. Deste modo, é imprescindível que o relato não seja raso no momento da descrição da situação vivenciada. A união de aparatos teóricos atrelados à realidade dos observadores e participantes da experiência demonstra novas reflexões sobre como estão sendo realizadas as ações no ambiente profissional. O que é mais esperado por estas reflexões é que sirvam sempre de subsídio para outros pesquisadores da área, ampliando cada vez mais o campo de estudo (Cruz *et al.*, 2020).

A utilização de metodologias ativas no processo de construção de relatos de experiência é de extrema relevância, tendo em vista que

essa abordagem pedagógica fomenta um aprendizado significativo e prático, capacitando os envolvidos a desenvolver habilidades essenciais de observação, reflexão e escrita científica. Além disso, estimulam o engajamento ativo dos alunos, promovendo a aplicação do conhecimento teórico na prática. Logo objetiva-se descrever a abordagem teórico-prática utilizada para orientar a elaboração e construção de relatos de experiência por meio de metodologias ativas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência (Moura, 2016 & Gaya, 2018), que discorre sobre uma vivência de mestrandos do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, durante uso de metodologia ativa como ferramenta para nortear a construção de um artigo científico do tipo relato de experiência, uma atividade vinculada à disciplina Didática no Ensino Superior.

O processo de planejamento e execução da atividade se desdobrou ao longo de dois meses consecutivos, setembro e outubro de 2023, seguindo uma série de etapas criteriosamente delineadas. No primeiro estágio, dedicado ao mês de setembro, foi voltado para "*Busca de estudos na Literatura*". Uma pesquisa exaustiva foi conduzida com o intuito de identificar estudos relevantes que fossem utilizados como embasamento sólido para construção da metodologia do "relato de experiência" que seria utilizada para estabelecer uma base conceitual robusta.

Na sequência, no mês de outubro, partiu-se para a "*Reunião de Planejamento*". Durante esta etapa, a equipe de execução, composta por três indivíduos, deliberou sobre a abordagem que guiaria a atividade. Foi decidido adotar uma estratégia lúdica que envolvesse ativamente os participantes, como a criação de um jogo de trilha, no qual perguntas relevantes sobre a temática seriam distribuídas ao longo do percurso.

Segundo David (2020), esse formato propicia não apenas a interação ativa dos participantes, mas também aprofunda a exploração da temática abordada.

A decisão de utilizar um jogo de trilha foi motivada pela sua facilidade de criação e pela capacidade de engajar níveis diferentes de especialidades, especialmente considerando que se tratava de uma turma de *Stricto Sensu*. Além disso, a escolha por esse formato de jogo se baseou na oportunidade de elaborar questões que estivessem alinhadas com o nível cognitivo dos participantes.

Com a estrutura do jogo delineada, a etapa seguinte envolveu a "*Elaboração do Jogo e das Perguntas*". A equipe responsável dedicou-se a criar o jogo de trilha e formular perguntas relacionadas à temática do estudo. Essas perguntas foram cuidadosamente planejadas para abranger os principais tópicos do conteúdo, relacionando à estrutura do relato de experiência, desde a elaboração da introdução, os elementos essenciais da metodologia, bem como sobre a apresentação dos resultados, estimulando assim, a reflexão crítica dos participantes.

O material utilizado no jogo consistiu em uma trilha impressa em papel A4, como ilustrado na Figura 1, posicionada no chão da sala de aula, acompanhada por um dado de seis faces.

Durante a "*Execução da Atividade*", quatro alunos se envolveram na experiência, onde cada um jogou de forma individual, cuja ordem inicial foi determinada por meio de uma sequência de sorteio aleatório por meio de "pedra, papel e tesoura".



Figura 1 - Trilha utilizada como metodologia ativa

No decorrer do jogo, o dado foi lançado, indicando o número de casas a serem avançadas pelo jogador. Quando um jogador parava em uma posição marcada por uma estrela amarela, era desafiado a retirar uma tirinha de papel que continha perguntas referente a temática do jogo, de como elaborar um artigo científico sobre relato de experiência. Caso a resposta fosse incorreta, o jogador precisava retroceder para a posição anterior.

O vencedor do jogo foi o primeiro a alcançar o final da trilha, enquanto os demais continuaram a competir para definir as colocações no pódio, tornando o “espírito de competitividade” como parte integrante do processo. Isso, adicionou um elemento emocionante à atividade, uma vez que os resultados finais não eram apenas determinados pelo conhecimento, mas também pela sorte ao jogar o dado, criando uma atmosfera de empolgação e imprevisibilidade. Essa abordagem promoveu não apenas o aprendizado, mas também o engajamento ativo dos participantes.

Após o jogo de trilha, também foi preparada uma “*Aula Expositiva*”, que teve como propósito, sintetizar os conceitos-chave apresentados ao longo da aplicação da dinâmica/jogo e facilitar a compreensão dos participantes nos pontos que ficaram alguma dúvida. Esse tipo de exposição teórica após uma aplicação de atividade lúdica em grupo, visa consolidar o conhecimento adquirido durante a atividade com o que se tem na literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A abordagem individualizada na aplicação do jogo permitiu que os participantes refletissem sobre suas habilidades, a tomada de decisões sob pressão e a resolução de problemas de maneira independente. Assim, a atividade não apenas promoveu a compreensão

da temática, mas também incentivou o autoconhecimento e o autodesenvolvimento de cada participante. Como afirma Lara *et al.* (2019), o uso de metodologias ativas nos programas de ensino surge como uma ferramenta de grande relevância para o aprimoramento do conhecimento, desenvolvimento de habilidades, pensamentos críticos, e modificações nos modelos padrões de aulas.

Dentre os variados tipos, podemos citar a adaptação de jogos tradicionais como jogos de trilha, um clássico entre os jogos de tabuleiro, que emerge como uma ferramenta versátil para o ensino na perspectiva ativa (Bezerra *et al.*, 2019).

Durante o desenvolvimento de todo o processo, foi possível identificar diversas facetas no processo de aprendizado dos mestrandos que participaram da atividade, na qual a metodologia ativa com o jogo de trilha foi empregada com o propósito de ensinar os passos para elaboração artigos com ênfase em relatos de experiência. Esse tipo de metodologia pode ser utilizado em diversas disciplinas e com vários conteúdos, como mostra o resultado apresentado por Souza (2012), que utilizou o modelo no ensino de matemática e percebeu um maior engajamento e aprendizado dos alunos do 1º ano na rede municipal em Belo Horizonte.

Na aplicação do jogo de trilha, os resultados desse estudo apontam para uma série de descobertas importantes relacionadas ao processo de ensino e ao aprendizado dos mestrandos. Uma das principais fragilidades no conhecimento identificadas foi a ausência de clareza em relação à estruturação de um relato de experiência. Mussi, Flores e Almeida (2021), aponta que, a compreensão da construção de um texto acadêmico e científico é elemento essencial para a contribuição com a ciência de forma clara e acessível.

Essas fragilidades iniciais realçaram a importância de fornecer orientações e apoio mais eficaz para elaboração desse tipo de estudo, visando capacitar os alunos a compreender e aplicar os conceitos teóricos na prática da escrita.

Conhecer o percurso metodológico, favorece uma melhor compreensão do caminho a seguir, chegando ao alcance dos objetivos propostos (Bloise, 2020). Entender sobre o método de relato de experiência, torna-se necessário para que as ações de caráter relevante desenvolvidas na sua vida profissional e que tenha gerado resultados positivos, possam ser publicizadas, e assim outras pessoas possam ter como base para melhoramento da proposta (Córdula & Nascimento, 2018).

A falta de familiaridade com os componentes chave dos relatos de experiência e a incerteza quanto à formação necessária, representam uma barreira ao desenvolvimento de habilidades acadêmicas. Para o alcance desses desafios, é necessário a adoção de estratégias de ensino que abordem especificamente essas questões, fornecendo diretrizes e oportunidades de práticas (Arrigo *et al.*, 2022).

No entanto, apesar das fragilidades iniciais, constatou-se uma participação entusiástica dos mestrandos na atividade proposta. Os alunos demonstraram um alto grau de interesse e engajamento, tanto durante o jogo em forma de trilha quanto na aula expositiva. Essa participação ativa e envolvimento dos alunos sugerem que as metodologias ativas, como o jogo e a aula expositiva, foram eficazes em envolver os alunos e despertar seu interesse pelos tópicos, mesmo quando enfrentavam desafios conceituais. Isso corrobora com a ideia de Tavares (2014) que afirma que neste tipo de estratégia de ensino, as aulas participativas estimulantes e capaz de desenvolver a criatividade e a curiosidade dos estudantes, algo notado com esse novo grupo de estudantes pesquisados.

Por outro lado, a experiência relevou a participação entusiástica dos mestrandos na metodologia em formato de trilha e na aula expositiva.

Um dos resultados mais notáveis foi o progresso significativo na compreensão conceitual dos mestrandos ao longo da atividade. As discussões e o esclarecimento de dúvidas durante a aula expositiva

contribuíram de maneira expressiva para a clareza conceitual. Isso indica que a abordagem teórico-prática adotada foi eficaz em melhorar a compreensão dos alunos sobre os elementos-chave dos relatos de experiência. Como aborda Marques *et al.* (2021), esse alto grau de interesse e engajamento demonstra que as abordagens ativas de ensino podem ser eficazes em promover a participação dos alunos e interesse pelo assunto, bem como a aplicabilidade em sua esfera acadêmica e profissional

A análise relatada por Silva e colaboradores (2021), na aplicação de jogos de tabuleiro no ensino de química, aponta a importância de os docentes buscarem trazer o aluno cada vez mais para o protagonista do seu processo de aprendizagem na contemporaneidade, e ele torna-se um mediador. A aplicação no ensino de química, gerou muita participação, colaboração e uma melhor fixação do conteúdo, tornando-o mais interessante.

Houve um progresso notável na compreensão conceitual do mestrando, indicando que as estratégias utilizadas foram eficazes em melhorar o conhecimento dos alunos. O esclarecimento de dúvidas durante a aula expositiva, discussão e aplicação da prática, se mostrou valiosas na promoção de clareza conceitual, para o alcance desse progresso. Oportunizar espaços de contextualização e trocas de conhecimentos, tira dúvidas, é uma maneira valiosa de aprender, crescer e colaborar, sendo um dos pilares da construção do conhecimento e enriquecimento das relações humanas (Kilgour; Grundy; Monrouxe, 2016).

Os elogios à abordagem da aula, incluindo o jogo em forma de trilha, a exposição dialogada, refletiram a satisfação dos alunos com o método de ensino. Além disso, os *feedbacks* emergem como uma fonte valiosa de informações sobre a eficácia da metodologia, permitindo a identificação de áreas específicas que podem ser melhoradas. Essa capacidade de identificar áreas para melhoria é fundamental para o desenvolvimento contínuo do processo de ensino (Silva *et al.*, 2020).

Os mestrandos foram capazes de aplicar o conhecimento adquirido na prática, produzindo relatos de experiência de alta qualidade, seguindo o processo metodológico aprendido, fruto das discussões, resolução de dúvidas e construção do conhecimento coletivo. Isso demonstra a eficácia do ensino em capacitar os alunos a transferir seu aprendizado para contextos práticos, e essa relação ganha significado quando é aplicado na prática (Farias & Neto, 2022).

Os resultados deste estudo indicam que abordagens ativas de ensino, enfatiza a participação dos alunos, discussão e esclarecimento de dúvidas, podem ser eficazes na promoção do aprendizado e na melhoria da compreensão conceitual, assim como revela Miranda e Vieira (2019) em seu relato de experiência da aplicação de jogos didáticos no ensino de Geografia.

A necessidade de planejamento, preparação e conhecimento é requisito indispensável na aplicação de metodologias ativa no ensino, visto as necessidades de modificação nos formatos de ensino atuais (Stürmer, 2021). O fornecimento de orientações, complementações e mediação durante a aplicação foi elemento como potencializar da experiência. Os comentários dos alunos é um recurso valioso para orientar futuras melhorias no processo educacional.

Adicionalmente, a análise dos resultados revelou áreas que podem ser aprimoradas. Isso incluiu o reconhecimento da necessidade de elaborar perguntas de forma mais completa durante a aula, bem como ajustes na abordagem para futuras turmas com base no *feedback* dos participantes. Essa retroalimentação crítica será fundamental para a contínua evolução e aprimoramento dessa metodologia ativa na construção de relatos de experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ressalta a importância do uso de metodologias ativas no processo de construção de relatos de experiência, a abordagem pedagógica lúdica, como a utilização de um jogo de trilha, mostrou-se eficaz em envolver os discentes, fomentando o interesse e o engajamento em tópicos desafiadores. Os resultados também destacaram a melhoria na compreensão conceitual dos alunos e a aplicação prática do conhecimento adquirido na elaboração de relatos de experiência de alta qualidade.

Além disso, a retroalimentação dos alunos revelou áreas para aprimoramento, destacando a importância contínua de adaptar e evoluir as estratégias de ensino. Portanto, a utilização de metodologias ativas nesse contexto demonstra ser uma abordagem promissora para aprimorar a qualidade da educação, desenvolver habilidades acadêmicas e preparar os discentes para o desafio da construção de relatos de experiência de forma eficaz e significativa.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. M. B.; NÓBREGA - THERRIEN, S. M. Aprendizagens didáticas pela alteridade: experiência autoformadora na supervisão no PIBID Educação Física do IFCE. **Cenas Educacionais**, v.4, p.e10655, 2021.

ARRIGO, V. Desenvolvimento do conhecimento pedagógico do conteúdo (pck) de uma licencianda em química no estágio supervisionado. **Educação em Revista**. 2022. v. 38, p. 1-24. 2022.

BEZERRA, T. G.; et al. As contribuições do jogo da trilha para a aprendizagem das quatro operações matemáticas dos alunos do 6º ano do ensino fundamental. **REAMEC - Rede Amazônica de Educação em Ciências e Matemática**, v. 7, n. 1, p. 22-36, 2019. DOI: 10.26571/REAMEC.a2019.v.7.n.1.p22-36.i7123.

BLOISE, D M. **A importância da metodologia científica na construção da ciência.** *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. v.6, p. 105-122. 2020.
DOI:10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/metodologia-cientifica

BUENO, W. C. Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. *Informação & Informação*, v.15, n.1esp, p.1-12, 2010.

CIARALLO, G. **Caminhos da produção do saber acadêmico-científico:** características, planejamento e estruturação do trabalho acadêmico. Brasília: UnICEUB, 2019.

CÓRDULA, E. B. L.; NASCIMENTO, G. C. C. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. *Revista Educação Pública*, v. 18, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-produo-do-conhecimento-na-construo-do-saber-sociocultural-e-cientifico>.

CRUZ, R. M. et al. Redação científica de artigos: problemas comuns. *Revista Psicologia Organização e Trabalho*, v.20, n.3, p.1-2, 2020.

DAVID. Uso do jogo “Quiz da Trilha Ambiental” como metodologia ativa de ensino e aprendizagem em educação ambiental. *UFPE.BR*, 2020.

DIAS, A. M. I.; THERRIEN, J.; FARIAS, I. M. S. As áreas da educação e de ensino na Capes: Identidade, tensões e diálogos. *Revista Educação e Emancipação*, v.10, n.1, p.34-57, 2017.

FARIAS, D. C. C.; NETO, J. B. A relação teoria-prática na formação inicial docente: concepções de estudantes e egressos de um curso de licenciatura. *Revista Formação em Movimento*. 2022. v.4, i.1, n.8, p. 531-558, 2022.

GAYA, A. C. A., & GAIA, A. R. Relato de experiência: roteiros para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos de licenciatura. *Curitiba: CRV*, 2018.

HENDGES, A. P. Estágio não formal: vivenciando experiências com a Educação Especial. *Revista Insignare Scientia -RIS*, v.2, n.3, p.21-30, 2019.

KILGOUR, J. M.; GRUNDY, L.; MONROUXE, L. V. A Rapid Review of the Factors Affecting Healthcare Students' Satisfaction with Small-Group, Active Learning

Methods. **Teach Learn Med.** 2016. v. 28, n. 1, p. 15-25. DOI: 10.1080/10401334.2015.1107484. PMID: 26787081.

LARA, E. M. O. *et al.* O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface (Botucatu)**. 2019. v. 23, p. 1-15. 2019. <https://doi.org/10.1590/Interface.180393>

MARQUES, H. R. Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. **Revista de Avaliação da Educação Superior**. 2021. v. 26, n. 3, p. 718-741. 2021.

MIRANDA, M. R. B; VIEIRA, J. L. S. O jogo didático de trilha como estratégia de ensino de geografia. **Revista de Estudos Geoeducacionais**. 2019. v. 10, n. 22, p. 1-13, 2019.

MOURA, J. B., & LACERDA, N. A. (2016). Relatos de Experiência. **Edufpi**. [free e-book].
<http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/parfor/arquivos/files/Livro%20Rel%20exp%20eit%20prod%20texto%20Parfor.pdf>

MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, v.17, n.48, p.60-77, 2021.

SILVA, I. F.; SANTOS, W. C.; SANTANA, A. S. Jogos de cartas e tabuleiro no ensino de química: construção, aplicação e classificação quanto à espécie e nível de interação. **ENCITEC-Ensino de Ciências e Tecnologia em Revista**. 2021. v. 11, n. 3, p. 251-266. DOI:<http://dx.doi.org/10.31512/encitec.v11i3.62>

SILVA, L. K. R. *et al.* Jogos de tabuleiros: uma ferramenta facilitadora do processo de ensino aprendizagem de química. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. 2020. v. 3, n. 2, p. 107-113. 2020. ISSN 2595-4407

SOUZA, A. **Jogo de trilha: suas contribuições na educação matemática**. Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Docência da Educação Básica da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

STÜRMER, A. B. Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político-pedagógico ao cotidiano da sala de aula. **Revista de Educação Ciência e Tecnologia**. 2021. v.10, n.2, 2021.

TAVARES, G. I. A.; SILVA, J. W. F.; ALMEIDA, K. R. **A Importância das Oficinas Pedagógicas no Ensino de Geografia**: Uma Proposta do Pibid na Escola Estadual Ana Júlia de Mousinho. Anais do Congresso Nacional de Educação (CONEDU), 2014, Campina Grande – PB.

CAPÍTULO 12

COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA (CEP): UM ESTUDO OBSERVACIONAL E DESCRITIVO

<https://zenodo.org/records/10202026>

Anderson Deywid Tintino de Sousa¹

Antonio Yony Felipe Rodrigues²

Ana Bárbara Sousa Alfaia³

Francisco Davi Landim de Macêdo⁴

Luiz Paulo Bezerra de Sousa⁵

Camila Bezerra Nobre⁶

¹ Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio/ IDOMED de Juazeiro do Norte, CE. Participante da Liga do Coração do Cariri (2023), da Liga Acadêmica de Habilidade e Simulação Realística (2023) e da Liga Acadêmica de Neurociências (2023). e-mail: andersondeywid71@gmail.com;

² Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio/ IDOMED de Juazeiro do Norte, CE. Participante da Liga Acadêmica de Neurociências (2023), Liga Acadêmica de Fisiologia e Farmacologia Médica (2022), Liga Acadêmica de Medicina Esportiva (2022), Liga Acadêmica de Habilidades e Simulações Médicas (2021 - 2022); Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física; Pós graduação em Fisiologia do Exercício e grupos especiais; Docente dos Cursos de Licenciatura e Bacharelado em Ciências Biológicas da Universidade Regional do Cariri - URCA; Bacharelado em Psicologia e em Licenciatura em Educação Física pela Centro Universitário Dr. Leão Sampaio- UNILEÃO; e Licenciatura em Educação Física do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia, campus Juazeiro do Norte - IFCE. e-mail: yonyrodrigues@hotmail.com;

³ Acadêmica do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio/ IDOMED de Juazeiro do Norte, CE (2021-2027). Participante da Liga Universitária de Patologia do Cariri. e-mail: alfaia Barbara@gmail.com;

⁴ Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio/ IDOMED de Juazeiro do Norte, CE (2021-2027). Participante da Liga Acadêmica de Neurociências. e-mail: davilandim33@gmail.com;

⁵ Acadêmico do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio/ IDOMED de Juazeiro do Norte, CE. Participante da Liga Acadêmica de Habilidades e Simulações Realísticas. e-mail: lpbezerra280@gmail.com;

⁶ Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Mestre em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Biotecnologia pela Universidade Estadual do Ceará/Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). Docente do curso de Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio/ IDOMED de Juazeiro do Norte, CE. e-mail: camila.nobre@estacio.br.

RESUMO: Dentre as diversas patologias hepáticas conhecidas, a Colangite Esclerosante Primária (CEP) se destaca por produzir uma estenose da árvore biliar tanto intra, quanto extra-hepática. Na CEP há o envolvimento do componente imunológico, associado à etiologia multifatorial e multigenética. O objetivo deste relato foi descrever o quadro de Colangite Esclerosante Primária (CEP) relacionada ao quadro de Doença Hepática Crônica (DHC). Relato de caso: a referida investigação iniciou no final da segunda década do século XXI culminando no diagnóstico quase dois anos após o seu início. Hoje a paciente segue em acompanhamento e tratamento regular. A CEP é uma hepatopatia grave, que não há tratamento eficaz, porém, transplante de fígado, tido como tratamento padrão-ouro, vai depender das condições de saúde do paciente. A probabilidade de a CEP estar associada à Doença Inflamatória Intestinal (DII) é bastante alta, cerca de 75% dos casos de CEP. Por seu caráter autoimune, a CEP também pode agravar patologias como pancreatite autoimune.

Palavras-Chave: Colangite Esclerosante Primária; Hepatologia; Doença Inflamatória Intestinal.

INTRODUÇÃO

Dentro das síndromes que acometem o trato digestório, a Síndrome Colestásica (SC) pode se desenvolver como um conjunto de sinais e sintomas indicativos da ocorrência de colestase. Tais condições podem modificar a composição, produção e secreção biliar, além de proporcionar a destruição progressiva dos ductos biliares, podendo agravar o quadro ocasionando cirrose biliar.

Dentro das SC, a Colangite Esclerosante Primária (CEP) é um exemplo de patologia, porém sua incidência é tão desconhecida quanto à sua prevalência. Estima-se que na região ocidental do mundo encontram-se de 6 a 8 casos/100.000 habitantes. A CEP ocorre, numa proporção estimada, em uma quantidade maior de pacientes do sexo masculino, na 3ª e 4ª década de vida, portadores de Doença Inflamatória Intestinal (DII), mais especificamente, associada a Retocolite Ulcerativa (RCU). Já no sexo feminino, o prognóstico se apresenta bastante positivo pois 2/3 dos casos são assintomáticos (SANTOS, 2016).

A CEP é uma patologia de etiologia imunológica, ou seja, autoimune, podendo haver relação genética e exposição aos fatores

ambientais, como alterações da microbiota intestinal, toxinas entéricas e infecções viróticas. Manifestações iniciais dessa afecção varia desde sintomas inespecíficos como fadiga, astenia e perda de peso até quadros mais característicos de colestase com icterícia, prurido, colúria. Caracterizada por apresentar lesões dos canalículos biliares de calibres maiores e menores localizados tanto na região intra-hepática, quanto na região extra-hepática, ou ainda em ambas as regiões. Apresenta uma fisiopatologia de inflamação crônica das vias biliares sendo sucedida do aparecimento de fibrose decorrendo de alterações morfoanatômicas do lúmen ductal resultando em canais tortuosos e obstrução de segmentos da árvore biliar, dificultando, assim, o escoamento da bile (BISPO et al., 2007).

O diagnóstico de CEP é realizado através da análise de alterações séricas e radiológicas, contiguamente ao descarte de causas infecciosas, inflamatórias (DII, RCU) ou tóxicas, as quais possam causar modificações estruturais dos canalículos biliares (COLANGIOCARCINOMA). Os principais exames que possam complementar o diagnóstico positivo de CEP são: marcadores bioquímicos de colestase, a Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM), busca de autoanticorpos (colocando em destaque os Anticorpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos (ANCA); Fator Antinuclear (FAN); os Anticorpos Anti-Músculo Liso (ASMA) e demais exames para a exclusão de causas secundárias, como colangite biliar primária e hepatite autoimune, além de causas secundárias que possam vir a desenvolver o quadro de CEP como imunodeficiências, doença de Hodgkin, colangite associada a IgG4 (BROLLO, SOARES e VILHORDO, 2018).

Busca-se evitar a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica quando se intitula o diagnóstico de CEP ou pelo menos se desconfia que seja, pois por ser invasivo, pode haver o risco de ocorrer pancreatite aguda, colangite e sepse, não sendo, portanto, empregado numa possível investigação inicial (BITTENCOURT, 2023).

Até os dias atuais, não existe um tratamento específico para CEP, o tratamento é baseado na clínica do paciente, buscando melhora dos sinais e sintomas, além do rastreamento de síndromes associadas e reposição nutricional. O uso de ácido ursodesoxicólico (AUDC) foi avaliado em vários estudos, com resposta significativa sobre o quadro clínico. Em casos mais tardios, com evolução crônica do quadro, pode-se avaliar a possibilidade de transplante hepático (ESCALA MELD). O prognóstico é individual (MINCIS, MINCIS e CALICHMAN, 2010).

Este relato do caso teve por objetivo descrever quadro de Colangite Esclerosante Primária (CEP) relacionada ao quadro de Doença Hepática Crônica (DHC).

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo observacional do tipo descritivo no qual foi relatado um caso de colangite esclerosante primária em uma paciente apresentando Doença Hepática Crônica (DHC). Para a confecção do referencial teórico e para a fundamentação dos resultados e discussões, foi feita uma busca nos bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Biblioteca Virtual da Saúde (MEDLINE)* e *PubMed*. Foram utilizados os seguintes descritores: *Cholangitis, Sclerosing; Chemical and Drug Induced Liver Injury, Chronic. Liver Diseases*. A referida busca foi restrita ao período de 2006 a 2023.

RELATO DE CASO

Paciente, 59 anos, sexo feminino, residente na zona rural de um município do estado do Ceará, foi atendida e realizou acompanhamento em uma Policlínica situada em um outro município do estado do Ceará.

Este acompanhamento ocorre desde agosto de 2016, onde procurou a unidade de saúde apresentando um quadro de icterícia, colúria e acolia fecal associada à dor em região de hipocôndrio direito de intensidade elevada. A paciente relatou, naquele momento, que esses sinais e sintomas surgiram há três meses.

Nesta primeira consulta, a profissional médica gastroenterologista solicitou alguns exames laboratoriais e de imagens, como Ultrassonografia de Abdômen Total (USG ABD) que apresentara sinais de colecistite litiásica.

Desde então, foram realizadas 21 consultas para acompanhamento do quadro de saúde da paciente, sendo que o diagnóstico sindrômico elencado foi Doença Hepática Crônica (DHC), decorrente de uma Colangite Esclerosante Primária (CEP).

A suspeição de CEP surgiu na sexta consulta que, em termos cronológicos, quase 12 meses após a primeira consulta. Esta suspeição, tornou-se definitivamente o diagnóstico de CEP na décima consulta, agora perfazendo dois anos de acompanhamento e investigação desde a primeira consulta.

Tendo o diagnóstico de CEP confirmado, a conduta médica tornou-se mais eficaz culminando em melhoria dos sinais e sintomas, bem como, o espaçamento entre as consultas de acompanhamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A CEP é uma hepatopatia colestásica crônica que pode ser caracterizada por estenoses envolvendo os ductos biliares decorrentes de processos inflamatórios, fibrosantes e crônicos. Devido a estas estenoses, a trama biliar pode obliterar ocasionando cirrose biliar, hipertensão portal e o óbito do indivíduo por insuficiência hepática. Endoscopicamente, pode-se perceber a presença de varizes esofagogástricas, gastropatia da hipertensão portal e, em alguns

pacientes, retração da papila duodenal (MINCIS, MINCIS e CALICHMAN, 2009).

A patogenia da CEP ainda não é totalmente elucidada. Todavia, tal qual a maioria das doenças autoimunes, acredita-se que sua origem é mais disposta em indivíduos com predisposição genética depois de serem expostos a fatores ambientais ainda não explicitados (GIDWANEY et al., 2017). Hipóteses presumem que a exposição crônica, de indivíduos predispostos geneticamente a esses fatores externos, contribui para a lesão crônica dos colangiócitos, ocasionando colestase, fibrose e inflamação (LAZARIDIS e LARUSSO, 2016).

Modificações da microbiota intestinal, infecções virais e toxinas entéricas podem servir de estímulo para o desenvolvimento da CEP. Tais fatores estão fundamentados no eixo intestino-fígado criado pelo sistema porta. Sistema responsável por cerca de 75% do suprimento sanguíneo hepático, que realiza papel expressivo na translocação de várias substâncias capazes de causar doenças êntero-hepáticas (DEAN et al., 2020).

Geralmente a CEP tem quadro assintomático, porém pode vir a apresentar sinais e sintomas em alguns casos. Os sinais mais comuns no diagnóstico são a hepatomegalia e a esplenomegalia, que se manifestam em uma fase mais avançada, em que já existe hipertensão portal. Os sintomas, quando manifestos, são a dor abdominal, o prurido, a icterícia, e a fadiga. O prurido, devido à colestase, pode divergir de leve a incapacitante, ocasionando escoriações severas e minoração da qualidade de vida (MATIAS, 2022).

Além disso, referente ao quadro nutricional, a CEP prolongada provoca o escoamento indevido da bile para o interior do lúmen intestinal, gerando dificuldade de absorção de alguns macronutrientes. A diminuição da absorção dos lipídeos, pode gerar um quadro de esteatorreia, que está diretamente associada com a deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K) e de alguns minerais notados nos indivíduos (MAZZONI et al., 2021).

Referente aos pacientes sintomáticos, os sinais e sintomas ligados à hipertensão portal e cirrose hepática descompensada raramente são encontrados nas fases iniciais, manifestam-se mais no tardar do curso da doença. A elevação de marcadores hepáticos (gamaGT, fosfatase alcalina, bilirrubina e transaminases) se fará presente tanto dentro do quadro dos pacientes sintomáticos, como dos assintomáticos (BRITO e AIRES, 2006)

A maioria dos pacientes tem lesões macroscópicas e microscópicas visíveis à colangiografia. As macroscópicas, observadas através da colangiorressonância magnética (colangioRM) e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), se caracterizam pela presença de áreas de estenose relacionadas a dilatações segmentares, a determinadas irregularidades da parede do ducto, assim como gerações de cálculos intra-hepáticos. As lesões microscópicas correspondem a inflamação dos pequenos ductos, correlacionada à fibrose obstrutiva concêntrica, modificação da membrana basal das células dos ductos interlobulares e porventura perda desses ductos biliares (COELHO, SOARES e MATHIAS, 2022).

Em relação à paciente, a investigação para possível diagnóstico de CEP iniciou no mês de abril de 2017, tendo o seu diagnóstico confirmado no mês de maio de 2018. Vale ressaltar que neste período foram agendadas novas consultas e novos retornos, porém, a paciente não se destinava à unidade de saúde.

No mês de agosto de 2019, a paciente realizou uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) onde foram constatadas varizes esofágicas de fino calibre, sinais estes, que corroboram com a hepatopatia crônica.

Em sua última consulta, datada do mês de junho de 2023, a paciente apresentou um USG ABD Total evidenciando sinais de Doença Hepática Crônica, com o baço anatômico e morfologicamente dentro dos parâmetros normais e sem sinais de ascite e/ou peritonite.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CEP é uma hepatopatia caracterizada por colestase crônica de etiologia desconhecida, multifatorial, poligênica e imunomediada. A probabilidade da CEP estar associada à Doença Inflamatória Intestinal (DII) é bastante alta, cerca de 75% dos casos de CEP.

Por seu caráter autoimune, a CEP também pode agravar patologias como pancreatite autoimune; em cerca de 10% a 30% dos casos, pode haver o desenvolvimento de colangiocarcinoma em um período de 12 meses de evolução, ou em 50% dos casos num período de cinco anos, por conseguinte avaliar a necessidade de transplante. Além disso, seu diagnóstico é basicamente de exclusão, fazendo-se uma investigação minuciosa e seu tratamento baseado nas queixas e na clínica do paciente de forma individual, pois ainda não se tem um tratamento específico para essa afecção. Estudos sobre essa patogenia continuam sendo realizados a fim de se entender mais sobre essa doença e tentar entender seu surgimento, desenvolvimento e prognóstico.

REFERÊNCIAS

BISPO, M et al. Colangite esclerosante primária: uma forma de apresentação potencialmente fatal. *GE – J Port Gastrenterol.* 14: p.236-240, 2007.

BITTENCOURT, PL. **Colangite esclerosante primária**. Programa de Educação Médica Continuada – Sociedade Brasileira de Hepatologia / Federação Brasileira de Gastroenterologia. Acessada em: 06/11/2023, disponível em: [17.pdf \(sbhepatologia.org.br\)](#)

BRITO, RE; AIRES, RS. Colangite esclerosante primária: relato de caso e revisão da literatura. *Estudos.* v. 33, n. 11/12, p. 903-908, nov/dez. Goiânia, GO. 2006.

BROLLO, FM; SOARES, DCB, VILHORDO, DW. **Colangite aguda: uma emergência potencialmente fatal.** 2018. Acessado em:06/11/2023. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882568/colangite-aguda-uma-emergencia-potencialmente-fatal.pdf>

COELHO, HSM; SOARES, JAS, MATHIAS, MSL. Colangite esclerosante primária. **Med. Ciên. E Arte.** v. 01, n. 02, p. 63-74, abr/jun, Rio de Janeiro, 2022.

DEAN G, et al. The Role of the Intestine in the Pathogenesis of Primary Sclerosing Cholangitis: **Evidence and Therapeutic Implications.** **Hepatology**, 2020; 73(3): 1127-1138

DEAN G, et al. The Role of the Intestine in the Pathogenesis of Primary Sclerosing Cholangitis: Evidence and Therapeutic Implications. **Hepatology**, 73(3), p.1127-1138, 2020.

GIDWANEY NG, et al. Pathogenesis and clinical spectrum of primary sclerosing cholangitis. **World journal of gastroenterology**, 23(14): p.2459-2469, 2017.

LAZARIDIS KN; LARUSSO NF. Primary Sclerosing Cholangitis. **New England Journal of Medicine**, 375(12), p.1161-1170, 2016.

MATIAS, EA. **Atualização sobre Colangite Esclerosante Primária: Aspectos Clínicos. Diagnósticos e Terapêuticos.** 2022. 58 páginas. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina da Universidade Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2022.

MAZZONI BP, et al. Metabolic and nutritional repercussions of liver disease on children: how to minimize them? **Revista Paulista de Pediatria**, 2022

MINCIS, M; MINCIS, R; CALICHMAN, S. Colangite esclerosante primária (CEP). **GED.** 29 (2): 50-55, 2009.

SANTOS, PAM. **Colangite esclerosante primária: um estudo retrospectivo no CHUC.** 2016. 47 páginas. Dissertação para obtenção do Grau de Mestra em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal, 2016.



InovePrimer
Um passo a frente na sua ideia

ISBN 978-65-87229-67-6



9 786587 122967 6