

ISSN 2236-5109

REVISTA FOCANDO A ESPECIALIZADO



Volume 1 • Número 3 • Janeiro - Junho 2012

**ed
cits**
Editora da UESC

REVISTA FOCANDO O
20 ANOS 2000-2020

A **Revista Focando a Extensão**, publicação semestral editada pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Santa Cruz, tem por finalidade publicar artigos inéditos de extensão universitária nas áreas temáticas: Comunicação; Cultura; Direitos Humanos e Justiça; Educação; Meio Ambiente; Saúde; Tecnologia e Produção; Trabalho.



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

JAQUES WAGNER - GOVERNADOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO - REITORA

EVANDRO SENA FREIRE – VICE-REITOR

RAIMUNDO BONFIM DOS SANTOS – PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO

COORDENAÇÃO EDITORIAL

RAIMUNDO BONFIM DOS SANTOS

Comissão Editorial

Alvany Maria dos Santos Santiago

Ana Inês Sousa

Aretusa de Oliveira Martins

Gisele Quimelli

José Roberto dos Santos

Maridalva de Souza Penteadó

Raimunda Silva d'Alencar

Roberta Dias

Samuel de Oliveira Mattos

Assistência Editorial:

Alessandra Almeida Barreto

José Wanderley Souza Oliveira

//

revistaextensaouesc@gmail.com

www.uesc.br/revistaextensao

ISSN 2236-5109

REVISTA FOCANDO A
eaii
eats

Volume 1 • Número 3
Janeiro - Junho 2012

Ilhéus, Bahia



2014

Direitos desta edição reservados à
PROEX - Pró-Reitoria de Extensão
Universidade Estadual de Santa Cruz
Rodovia Jorge Amado, km 16 - 45662-000 Ilhéus, Bahia, Brasil
Tel.: (73) 3680-5025 - Fax: (73) 3680-5225
<<http://www.uesc.br/proex>> e-mail: <proex@uesc.br>

PROJETO GRÁFICO E CAPA

George Pellegrini

DIAGRAMAÇÃO

Deise Francis Krause

REVISÃO

Genebaldo Pinto Ribeiro
Maria Luiza Nora
Roberto Santos de Carvalho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista focando a extensão / Universidade Estadual de Santa
Cruz. -- Vol. 1, n. 3 (2012) -- Ilhéus, BA :
v. : il.

Semestral.
ISSN 2236-5109

1. Extensão universitária -- Periódicos. I. Universidade
Estadual de Santa Cruz.

CDD 378.155405

Editorial

A saúde pública no Brasil está passando, nesta oportunidade, por momentos difíceis, com reiteradas críticas pela incapacidade do governo e dos arranjos sociais em atender demandas e necessidades exacerbadas das pessoas, especialmente as dos segmentos populares da sociedade. As limitações motivam a existência de filas intermináveis, prolongadas esperas, atendimentos precários e parciais, resultando em sofrimento, dor e diminuição de tempo de vida, além de outros efeitos.

Saúde e vida estão intrinsecamente ligadas, e a deterioração de uma afeta profundamente a outra, provocando impactos que colocam em xeque a contradição existente: de um ângulo pelo elevado estágio da ciência e tecnologia e, de outro, pela pauperização acentuada, limitando a socialização na apropriação dos resultados científicos. A contradição é ensejada pela existência de estoque de conhecimentos (ciência, tecnologia e seus produtos) indispensáveis à vida, contrapondo com a pobreza e a inexistência de recursos que impedem o acesso e a utilização dos bens disponíveis.

Assim, os resultados da ciência produzidos socialmente e acumulados historicamente, em especial no campo da saúde, não estão disponibilizados à sociedade de forma empoderada. A desigualdade na distribuição é acentuada. Os segmentos privilegiados acabam tendo acesso a atendimento à saúde com qualidade, enquanto às populações da base da pirâmide social lhes é oferecida, na maioria das vezes, saúde de qualidade precária.

A desigualdade na apropriação dos bens da saúde revela a face cruel do modelo vigente, e atinge, principalmente, as pessoas mais humildes, marcando-as de forma impiedosa e, às vezes, até ceifando-lhes a própria vida. Isto porque os menos privilegiados ficam à margem do sistema, e muitas pessoas necessitadas,

em alguns lugares, morrem em hospitais públicos ou a caminho, pois faltam remédios, materiais, equipamentos e até pronto-atendimento indispensáveis à vida. Enfim, falta saúde de qualidade.

E é nesse contexto injusto e perverso que se encontra o extensionista que milita na área da saúde. Das suas ações no campo da transferência de conhecimentos e ação direta, muito tem sido feito em favor da vida humana. Do seu desprendimento, dedicação e ação, a sociedade tem colhido resultados que projetam as ações extensionistas e ajudam a dignificar a vida, mediante trabalho no campo socioeducativo.

Assim, pelas razões expostas, a Revista Focando a Extensão dedica o seu terceiro número à temática SAÚDE, e busca, com isto, externar o reconhecimento a todos os colegas extensionistas que militam na área. Daí, agradecemos aos autores que enviaram os seus artigos e trabalhos, como também aos nossos pareceristas, cujas colaborações foram significativas e viabilizaram a produção da Revista.

Na oportunidade, externamos, também, os nossos agradecimentos a todos os colegas e servidores que, de forma direta e indireta, contribuíram para a construção desta publicação.

Raimundo Bonfim dos Santos
Pró-Reitor de Extensão

Sumário

- 9 EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITABUNA, BAHIA, BRASIL: DA PESQUISA À EXTENSÃO
Elizabeth Xaud Maron Setenta, Jamile de Souza Barreto, Adriana Xaud Maron Setenta
- 17 DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER INFANTOJUVENIL: EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ILHÉUS-BAHIA
Gesael Passos, Larissa Passos, Thassiane Stolze, Crislena Brasil, Antonio Oliveira, Leonardo Freitas, Allyson Almeida Amaral, Fernanda Souza, Semírames Bittencourt, Thiago Nogueira, Tereza Cristina Cardoso Fonseca
- 27 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO ADSCRITA À UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEOTÔNIO VILELA II SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE
Nayara de Jesus Oliveira, Endy de Santana Alves Dórea, Sales Silva Nascimento, Fabia Carolina Matos Fidelis, Agno José Benício de Almeida Cajueiro, Regina Lúcia Lino Vieira, Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro
- 35 ORIENTAÇÃO À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM ILHÉUS (OPEFI)
Carla Alves dos Santos, Hueine Oliveira Sousa do Nascimento, Regiane Cristina Duarte
- 43 DESVELANDO AS VIVÊNCIAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
Lorena D'Oliveira Gusmão, Andressa Raisa de Carvalho Silva, Thamirys Freitas Nolasco
- 49 ATIVIDADES FISIOTERAPÊUTICAS NA PROMOÇÃO DE VIDAS SAUDÁVEIS – OFICINA CORPO EM MOVIMENTO
Roberta Leane Oliveira Araújo Santos, Elis Maria Nunes Cerqueira, Geovana Souza Oliveira, Kláudia Maia da Silva, Maria Lays Souza Ganem Silva, Murilo de Jesus Santos, Nádia Menezes Teixeira, Vanessa Belane Santos de Morais

EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITABUNA, BAHIA, BRASIL: DA PESQUISA À EXTENSÃO

Elizabeth Xaud Maron Setenta¹

Adriana Xaud Maron Setenta²

Jamile de Souza Barreto³

Resumo: Este artigo apresenta um sumário da situação epidemiológica da tuberculose em Itabuna, Bahia, como experiência do projeto de extensão: *O controle da tuberculose: desafios para educação e as práticas do trabalho em saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz – BA*. Objetiva descrever e analisar o perfil clínico e epidemiológico dos casos notificados de tuberculose à Secretaria Municipal de Saúde entre janeiro de 2007 e dezembro de 2010, e evidenciar a intervenção educativa acerca da temática. O produto científico da pesquisa articulado à educação e apoiado na amplitude da extensão acadêmica permite disseminar o conhecimento com intenção de também produzir, na sociedade, relações de transformação de pensar e fazer saúde. A pesquisa exploratória de abordagens qualitativa e quantitativa, retrospectiva do Sistema de Informação em Saúde, permitiu análise para além da epidemiologia. Os resultados apontam para aumento na incidência no ano 2010 em relação aos anteriores estudados, predomínio para o sexo masculino, adultos jovens e de cor parda, com escolaridade até o ensino fundamental. A forma clínica pulmonar multibacilar prevalece sobre as demais, com positividade de 75% dentre 67% do total de casos notificados que realizaram exame bacteriológico. A maioria dos casos clínicos, 65%, evoluiu para a cura, 12,5% abandonaram o tratamento e os óbitos corresponderam a 2,1%. O estudo afetou a concepção extensionista do projeto e ampliou sua ação educativa com intervenções sobre seus resultados, na perspectiva de novas possibilidades de enfrentamento desta realidade no âmbito do setor saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia. Extensão. Pesquisa.

Abstract: This article shows a summary of Tuberculosis epidemiological situation in Itabuna, Bahia, as an experience of the extension project *The control of Tuberculosis: challenges for the education and the work practices in health of the Universidade Estadual de Santa Cruz*. It has the goal to describe and analyze the clinical and epidemiological profile from cases notified to the Municipal Secretariat of Health, from January, 2007 to December, 2010, and to evidence the educational intervention about the issue. The product search scientific articles to education

1 Mestra em Administração de Serviços de Enfermagem pela UFBA, docente do Curso de Enfermagem da Uesc, das disciplinas: Enfermagem em Saúde Coletiva e Saúde Ambiental.

2 Discente de medicina da UNIG.

3 Discente de enfermagem da UESC.

and supported in the breadth of academic extension allows to disseminate knowledge with intention to also produce processing relationships in society to think and do health. The exploratory research with qualitative and quantitative approaches, a Health Information System retrospective, allowed the analysis beyond the epidemiological. The results point to increased incidence in the year 2010 in comparison to the previous studies, with the predominance of males, young adults and mulattos, in relation to education, the disease happened mostly until primary school. Multibacilliform, predominates above the others, with positivity of 75 % among 67% of the total notified cases that performed bacteriological examination. Most clinical cases 65%, evolved to healing, 12,5% left treatment and the deaths made a total of 2,1%. The study affected the project extensionist conception and enlarged its educational action with intervention in the results, with the perspective of new confrontation possibilities of this reality having as a scope the health sector.

Keywords: Tuberculosis. Epidemiology. Extension. Research.

Introdução e objetivos

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e se constitui ainda como grave problema de saúde pública, preocupando autoridades sanitárias mundiais devido à sua crescente incidência em diferentes grupos populacionais (ROUQUAYROL, 1999).

O Brasil ocupa o décimo quinto lugar entre os vinte e um países em desenvolvimento, responsáveis por 80% do total de casos novos no mundo. Por ano, no país, são notificadas 85 mil novas ocorrências que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), deverão estar subnotificadas em até 70% e podem chegar a 100 mil (BRASIL, 2002).

Dados de 2008 indicam a região Nordeste

no terceiro lugar em relação à taxa de incidência por região, estando a região norte, na primeira posição, e em segundo, a Sudeste. O estado da Bahia, no ano referido, notificou 6.873 casos de tuberculose, com taxa de incidência por 100.000 habitantes equivalente a 47,4% (BRASIL, 2011).

Várias causas podem ser apontadas para essa situação epidemiológica histórica; inicialmente, o mito criado segundo o qual seria doença da antiguidade e, portanto, estaria controlada, com consequente postura dos serviços de saúde e do aparelho educacional de saúde, que pensam pouco na sua magnitude. Além disso, é considerada uma doença socialmente determinada, resultante da organização dos processos de produção e de reprodução social, o que torna mais difícil o seu controle devido às condições social e econômica desfavoráveis da maioria da população, aliada às carências de políticas públicas para o seu controle.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), criado em 1999, definiu o problema como prioridade entre as políticas governamentais de saúde pública, e um conjunto de ações descentralizadas, sob responsabilidade das três esferas de governo, estabeleceu diretrizes e metas confirmadas atualmente, tais como implantá-lo em 100% dos municípios, diagnosticar no mínimo 90% dos casos esperados e tratar 85% deles para reduzir em 50% a incidência, e a mortalidade em dois terços (BRASIL, 2010).

O município de Itabuna, Bahia, até 2009, tinha no antigo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) a única referência assistencial para a doença. Atualmente, a referência é o Centro de Saúde Dr. José Maria de Magalhães Netto, sede inicial de atuação do projeto de extensão *O controle da tuberculose: desafios para educação e as práticas do trabalho em saúde*, da Universidade Estadual de Santa Cruz, Bahia. Esta unidade mantém a referência para diagnóstico e tratamento dos casos complexos com pneumologistas. No entanto, obedecendo ao PNCT, descentralizou esse serviço para trinta e duas (32) Unidades Básicas de Saúde, incluindo vinte (20) Unidades do Progra-

ma de Saúde da Família (USF).

O referido projeto de extensão, para contribuir com a reorganização desse serviço, ampliou a sua experiência na pesquisa do conhecimento epidemiológico, e, também, atualizou os profissionais e trabalhadores de saúde desses serviços, na atenção básica, através da Educação Permanente, entendendo que o contexto institucional e político carecia de uma análise mais detalhada do problema para subsidiar novas perspectivas e projetos.

A necessidade de mudança nos processos de trabalho dos profissionais de saúde através da ampliação da informação é evidente, uma vez que a melhoria do cuidado tem relação proporcional direta com o conhecimento acerca do perfil clínico e epidemiológico de sua clientela, com resultado de maior abrangência e eficácia das medidas de prevenção, controle e tratamento (BRASIL, 2002).

A experiência da pesquisa, no mesmo território da extensão focada na educação, permite interferências na realidade e continuadas alterações visando à melhoria, às transformações e à superação de desafios através de um trabalho conjunto.

O presente trabalho objetivou descrever e analisar, epidemiologicamente, os casos notificados de tuberculose no município de Itabuna, de janeiro de 2007 a dezembro de 2010, e evidenciar a importância das intervenções educativas realizadas sobre os resultados.

Metodologia

Este é um estudo exploratório descritivo, de abordagens qualitativas e quantitativas, caracteriza-se como epidemiológico e retrospectivo, com a finalidade de conhecer o comportamento da tuberculose no município de Itabuna, mediante exploração de informações e resultados já concluídos nos bancos de dados reais do Sistema de Informação em Saúde.

Correspondeu ao período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010 e, para aprofundar o conhecimento sobre os resultados evidenciados no decorrer das fases exploratórias e de análise

dos dados, foi usada a abordagem qualitativa, que permitiu analisar também informações e resultados baseados no contexto técnico, político e gerencial real, ultrapassando a esfera do que pode ser visto através de dados quantificados (DEMO, 1999).

Nessa perspectiva, a metodologia qualitativa é usada indiretamente para a compreensão do contexto da pesquisa, enquanto a abordagem quantitativa apoia todo o processo do estudo (MINAYO, 1998).

Situado ao sul do estado da Bahia e distante 450 km da capital, Salvador, o cenário da pesquisa, Itabuna, possui uma população de 204.667 habitantes, dos quais, 97,5% residem na zona urbana e 2,5% na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Dispõe dos serviços de saúde oferecidos por nove hospitais, com um total de 1.047 leitos, 32 unidades na rede de serviços básicos de saúde com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado.

A pesquisa incluiu todos os sujeitos inscritos no PCT durante o período, e os dados foram coletados do site da Diretoria de Informação em Saúde, a partir do documento de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan.

Foram analisados descritivamente na série histórica, e os resultados comparados com os da literatura específica. Utilizou-se variáveis de inclusão na coorte, tais como, incidência, mortalidade, sexo, idade, raça, escolaridade, procedência, forma clínica, exames diagnóstico (Baciloscopia, Raio X de tórax), realização do teste HIV, tipo ou condição de entrada no PCT, evolução clínica e situação de encerramento do caso.

Na perspectiva de atender aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo se baseou na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, fundamentado nos referenciais de autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Análise e discussão dos resultados

No período estudado, foram notificados 582 casos, dos quais 97,8% provenientes da zona urbana e periurbana do município, significativamente maior que os da zona rural, com 2,2%, explicado pela condição de trans-

missão facilitada em aglomerado populacional urbano.

Os resultados inerentes às características dispostas no QUADRO 1 apresentam um comportamento de endemicidade, com semelhança no perfil do número de casos notificados na Bahia e em Itabuna mantendo-se com poucas variações.

QUADRO 1 – Distribuição dos casos notificados de tuberculose segundo ano e coeficiente de incidência no município de Itabuna e no estado da Bahia, Brasil, 2007–2010

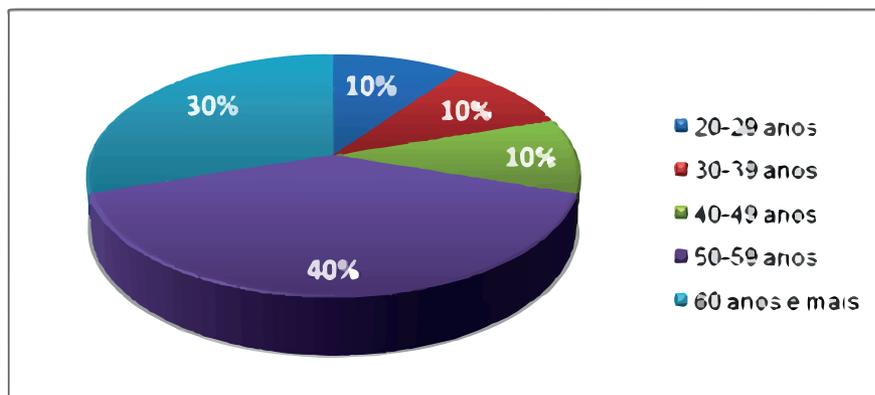
Ano	BAHIA		ITABUNA	
	Notificação	Incidência	Notificação	Incidência
2007	6.919	49,1	150	72,7
2008	6.873	47,4	132	62,2
2009	7.309	59,9	149	69,7
2010	6.796	48,5	151	73,8

Fonte: Sesab/DIS, 2011.

A maioria dos casos, 95%, reside em Itabuna, e os 5% restantes provêm de cidades circunvizinhas menores. Embora o PCT exista em todos esses municípios, explica essa demanda a busca por melhores serviços de saúde, aliada à preocupação que trazem em relação ao estigma da doença, na tentativa de esconder, até mesmo da família, a sua condição mórbida.

Referente à mortalidade, o GRÁFICO 1 demonstra que, entre os grupos etários classificados para a análise, os de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos representaram, cada um deles, 10%, respectivamente, o grupo de 50 a 59 anos correspondeu a 40% e o de 60 anos e mais a 30% dos casos de óbitos (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2011).

GRÁFICO 1 – Mortalidade da tuberculose por faixa etária, no município de Itabuna, estado da Bahia, Brasil, 2007–2010



Fonte: Sesab/DIS, 2011.

A condição de letalidade ainda pode ser considerada controlável, porém, o significativo percentual de mortes na faixa etária do adulto e do idoso, em relação aos demais grupos, revela importância para o comportamento da forma clínica tardia, de difícil controle para a saúde pública.

O estudo verificou o predomínio de casos entre o sexo masculino, com 63%, em relação ao feminino, com 37%. Com alto potencial de reprodução da endemia no espaço urbano, o sujeito do sexo masculino, de cor parda, representou o grupo populacional mais acometido e com maior vulnerabilidade de infectar-se. Fatores sociais comportamentais de maior exposição social, como alcoolismo crônico, com consequente desnutrição, a infecção pelo HIV e a condição social desfavorável concorreram para esse resultado.

Na estratificação para análise da etnia, se incluiu também a variável de cor da pele, em função da dificuldade na pesquisa do dado. Houve predomínio da cor parda, 70,2%, seguido de ignorados ou sem registro, 10,3%, e com poucas alterações na etnia negra, 9,2%, e branca, 8,9%. A etnia amarela ou vermelha obteve menor percentual, com 0,3%. Como estudos sobre essa doença não apresentam re-

lação biológica com o fator racial, o resultado da análise se amparou no perfil econômico, no social e na situação epidemiológica da realidade social comportamental desses indivíduos.

Segundo indica o GRÁFICO 2, o adulto jovem, na faixa etária de 20 a 59 anos, representa 83,2% dos casos notificados e demonstra o período produtivo do ciclo vital humano como o mais atingido pela doença, seguido do idoso na faixa etária de 60 anos e mais, e do adolescente entre 10 e 19 anos. Os resultados se assemelham aos achados na pesquisa em nível nacional, com 87.912 casos no ano de 2010, dos quais 69.007 ou 78,5% na faixa etária entre 20 e 59 anos, e o grupo com 60 anos ou mais ocupou a segunda colocação, correspondendo a 12,8% dos casos.

Determinadas características sociais favorecem a complexidade do estudo e controle da tuberculose, envolvem grupos populacionais com maior incidência bacilífera, como no grupo etário de 15 a 39 anos, que traduz melhor os casos derivados de infecções recentes. Nessa população, o grupo etário de predomínio no estudo se relaciona com aspectos comportamentais, do uso das drogas, fragilidade social da maioria e comprometimento do estado nutricional e imunológico.

GRÁFICO 2 – Distribuição dos casos notificados de tuberculose segundo a faixa etária, no município de Itabuna, estado da Bahia, Brasil, 2007–2010



Fonte: Sesab/DIS, 2011.

A população idosa possui maior susceptibilidade para doenças de transmissão por via aérea, com sistema respiratório deficiente, para contrair novas infecções ou mesmo reativar, na forma da tuberculose tardia, a infecção longamente inativa, ambas afetadas pelo processo de envelhecimento imunológico (CHAIMOWICZ, 2001).

O perfil demográfico municipal da população idosa se assemelha ao nacional, indica registro crescente, somando 20.303 idosos em 2007, para 22.487 em 2010. Comparado com a população geral do período, de 836.902 habitantes, 86.301 idosos correspondem a 10,3% do total de habitantes (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2011).

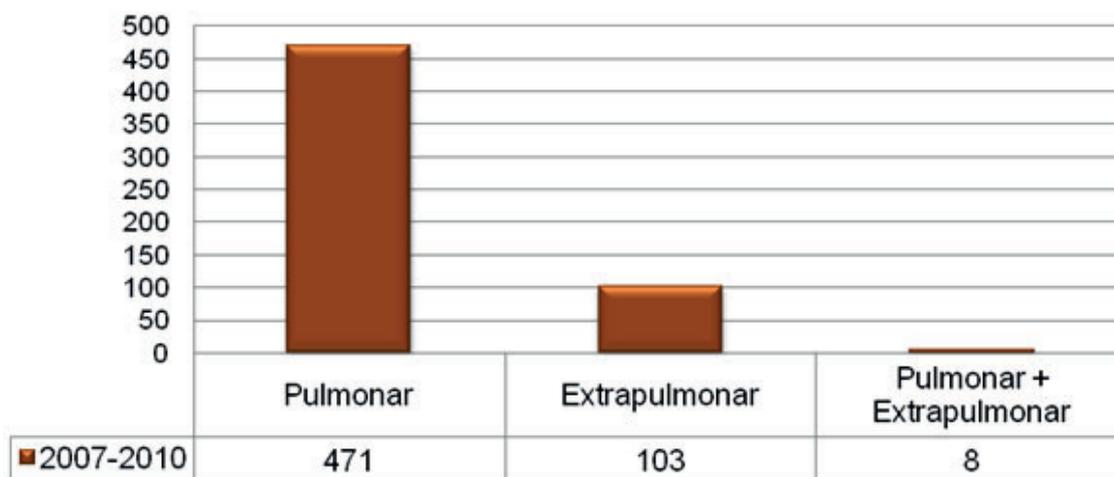
Concernente à escolaridade, o grupo com escolaridade ignorada ou sem registro no SINAN, dessa informação, obteve alto percentual, 31%. Os escolarizados até o ensino fundamental da 1ª à 8ª série, com relevância de 48,9%, e predomínio da 5ª à 8ª série. Com baixa escolaridade, além da pouca informação sobre a doença, o sujeito compromete a adesão ao tratamento, fator importante para manutenção

da prevalência. Os estados imunológicos e nutricionais guardam íntima relação com a situação econômica e educacional desfavorável. Esse resultado é também reflexo desse conjunto de condições para maior vulnerabilidade.

A distribuição dos casos notificados segundo a forma clínica da doença, no GRÁFICO 3, indica a pulmonar com predomínio sobre as demais, com 81%, coincidindo com a distribuição estimada para o país pelo Ministério da Saúde (MS), de 90%. Apresentaram formas extrapulmonares, 17,7%, e 1,3% as formas pulmonar e extrapulmonar simultaneamente.

A tuberculose pulmonar explica a sua maior incidência porque, além do trajeto transmissional, há o fato de os pulmões serem órgãos de grande aporte de oxigênio, local de preferência para instalação da bactéria aeróbia estrita. Em relação às formas extrapulmonares mais frequentes, como a pleural e do sistema linfático, a facilidade e eficiência do diagnóstico possibilitam detectá-las precocemente. Aliado a isso, o município investe na boa cobertura vacinal com BCG nos indivíduos ao nascer, o que previne outras formas mais graves, como a Meníngea e a Miliar.

GRÁFICO 3 – Distribuição dos casos notificados de tuberculose segundo sua forma clínica, no município de Itabuna, estado da Bahia, Brasil, 2007–2010



Fonte: Sesab/DIS, 2011.

Para o diagnóstico bacteriológico, o primeiro exame direto da secreção pulmonar ou baciloscopia, 67% dos casos o realizaram, desses, 75% obtiveram resultado positivo, e 25%, negativo, o que demonstra baixo percentual de casos evidenciados e diagnosticados corretamente, e alta positividade nas amostras examinadas, com ocorrência das formas multibacilares ou com grande população bacteriana favoráveis à transmissibilidade.

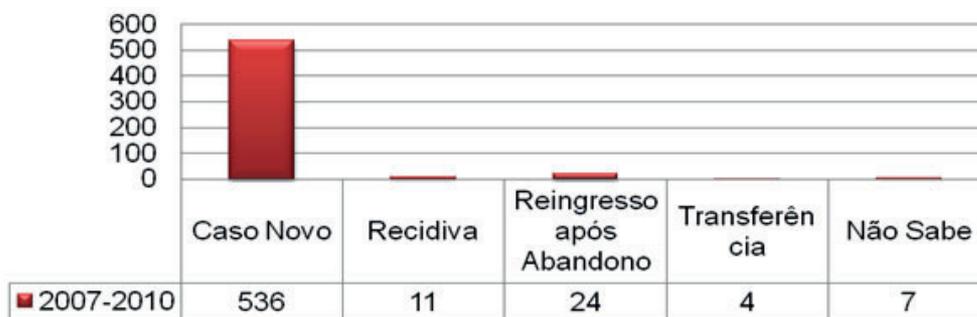
A utilização da radiologia torácica em 61,6% dos casos sugeriu, em 91% desses, imagens da lesão tuberculosa no pulmão, enquanto 38,3% não o realizaram ou não existia informação. Se considerada a relevância da forma pulmonar e do exame para diagnóstico e avaliação da sua progressão, os resultados contrariam sua essencialidade, expressam o baixo uso e deve ser analisada também a dificuldade

do seu acesso nos serviços públicos de saúde.

Em relação à realização do teste sorológico, Elisa anti-HIV, apenas 13,74%, do total, o realizaram, destes, 31,25% resultaram em positivos. Destaca-se a pequena amostra submetida ao teste, confrontada com o alto percentual de 54,46% que não o fizeram. Considerando a orientação do MS de indicação do teste para todos os casos confirmados, o seu uso é ínfimo. Observa-se na importante positividade da amostra o grave compartilhamento epidemiológico da coinfeção TB-HIV e suas semelhanças nos ambientes sociais de reprodução.

Na classificação epidemiológica por tipo de inclusão no PCT, disposta no GRÁFICO 4, 92% foram casos novos, 1,9% retratamento após recidiva, 4,2% retratamento após abandono, e 0,7% transferência para outros servi-

GRÁFICO 4 – Distribuição dos casos notificados de tuberculose segundo tipo de entrada, no município de Itabuna, estado da Bahia, – Brasil, 2007–2010



Fonte: Sesab/DIS, 2011.

ços de saúde. O alto percentual de casos novos indica importante incidência da doença.

A situação de encerramento a partir da evolução do caso clínico correspondeu à cura de 65,6%, abandono de tratamento em 12,5% e óbito em 2,1% do total. Se considerarmos o preconizado pelo MS, curar minimamente 85% dos casos confirmados ainda é uma baixa taxa, isso aliado aos resultados referentes ao abandono do tratamento comprometem o controle da doença no município. São informações relevantes que direcionam a análise

para além da epidemiologia e da área da saúde, envolvendo discussões e estratégias de ampliação das políticas sociais e permitindo estabelecer a intersectorialidade dos serviços de saúde públicos e privados.

Considerações finais

O perfil epidemiológico da tuberculose em Itabuna é analisado na sua complexidade biológica, social e econômica e, na atualidade, se insere em um contexto próprio, considerando-se

também a transição demográfica de envelhecimento populacional.

O percentual de casos evidenciados e que se submetem a diagnóstico, tratamento e situação de encerramento são pouco efetivos e contrariam objetivos do MS de cumprir as metas mundiais pactuadas junto à OMS. A taxa de abandono, de 12,5%, ainda é superior aos 10% preconizados como tolerados, e se constitui ameaça para a multirresistência bacilar aos quimioterápicos.

Com a ampliação dos serviços de controle da tuberculose no município, emergem necessidades: de inclusão de elementos essenciais das políticas públicas para sustentação técnica e política para além da expansão quantitativa quanto ao alcance das metas, para diagnóstico precoce, prevenção da tuberculose primária e atenção sobre populações mais vulneráveis. Uma medida sugerida é conceber estratégias regionalizadas respeitando o perfil social, cultural e econômico da população mais vulnerável, utilizar amplamente seu sistema de informações em saúde e avançar no acesso às novas tecnologias de enfrentamento do problema utilizadas no país.

Nesse sentido, ações de educação permanente foram executadas em Unidades de Saúde da Família, através do referido projeto de extensão, e foram considerados os resultados da pesquisa como contribuição ao processo de descentralização que se iniciava. A experiência evidenciou a ampla capacidade de contribuição dessa prática para os profissionais e trabalhadores responsáveis por cuidar dessa população, e a necessidade de ampliação da ação para os demais níveis de atenção da rede de serviços, numa perspectiva de luta que parte da atenção primária de saúde, mas no caminho da ação integrada.

Finalmente, se afirma a força do binômio academia – serviço através da ação extensionista, essencial para afetar a comunidade local com o conhecimento técnico-científico das ciências da saúde, aliado à solidariedade e ao compromisso social. E, assim, persistiremos na difícil luta contra a tuberculose.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – Datasus. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil. Brasília, DF: Datasus 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CHAIMOWICZ, F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 81-87, fev. 2001.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da Ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. (População, Censos demográficos). Brasília, DF: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z.; VERAS, F. M. F.; FAÇANHA, M. C. Doenças transmissíveis e modo de transmissão. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (Sesab). Diretoria de Informação em Saúde (DIS). **Informações de Saúde**. Doenças de Notificação. Tuberculose. Salvador: DIS, 2011. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dis/>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER INFANTOJUVENIL: EXPERIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ILHÉUS-BAHIA

Gesael Passos
Larissa Passos
Thassiane Stolze
Crislena Brasil
Antonio Oliveira
Leonardo Freitas
Allyson Almeida Amaral¹
Fernanda Souza
Semírames Bittencourt
Thiago Nogueira²
Tereza Cristina Cardoso Fonseca³

Resumo: Capacitar os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Ilhéus, Bahia, para identificar, precocemente, os sinais e sintomas do câncer infantojuvenil e estabelecer uma rede de referência com a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), chaves do Projeto Detecção Precoce: o caminho mais curto para a cura do câncer infantojuvenil, possibilitou a capacitação de profissionais da Atenção Primária através da metodologia da problematização, com exibição de vídeos, depoimentos e discussões sobre o tema. Assim, foram realizados pré-testes e pós-testes para avaliar o conhecimento inicial dos participantes adquirido durante o processo, e contabilizados os encaminhamentos de casos suspeitos do câncer infantojuvenil entre os anos de 2009 a 2011. Foram capacitadas, em 2010, todas as equipes da ESF das zonas urbana e rural de Ilhéus (23) e 193 profissionais de saúde. O índice geral de acertos dos pré-testes foi de 73,5%, e pós-testes, 83,5%. Em 2009, foram encaminhados três casos de câncer. Já em 2010, foram sete casos, destes seis tiveram diagnóstico confirmado de neoplasia. Em 2011, até junho foram cinco casos. Destes, quatro tiveram diagnóstico confirmado. Houve aumento do conhecimento dos profissionais capacitados acerca do câncer infantojuvenil e nos encaminhamentos de casos suspeitos ao UNACON.

Palavras-chave: Câncer infantojuvenil. Atenção primária à saúde. Capacitação em serviço.

1 Acadêmicos de Medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz.

2 Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz.

3 Mestranda em Pediatria pela UFP, docente da Universidade Estadual de Santa Cruz e coordenadora do Núcleo de Estudos e Orientação em Oncologia Pediátrica.

Abstract: To train professional teams from the Family Health Strategy (FHS) in Ilheus-BA to identify early signs and symptoms of childhood cancer and establish a referral network with the Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) the project “Detecção Precoce: o caminho mais curto para a cura do câncer infantojuvenil” conducted the training of primary care professionals through the methodology of questioning and screening of videos with interviews and discussions on the subject. Were performed pre and post-tests to assess the participants’ initial knowledge and acquired during the process and accounted for referrals of suspected cases of childhood cancer in the years 2009 to 2011. Results: We trained in 2010, all teams of the urban and rural FHS (23) and 193 health professionals. The overall rate of correct pre-test was 73.5% evolving to 83.5% post-tests. In 2009, three suspected and confirmed cases of cancer were referred. Already in 2010 were 7 cases, 6 of these had a confirmed diagnosis of cancer. In 2011, from January to June, 5 were referred and four of these were confirmed. Conclusion: Increased knowledge of trained professionals about childhood cancer and referrals of suspected cases to the UNACON.

Keywords: Childhood cancer. Primary Health Care. Service Training.

Introdução e objetivos

Atualmente, o câncer, de forma geral, atinge mais de dez milhões de pessoas e causa seis milhões de mortes por ano (DINIZ et al., 2005), o que demonstra a relevância dessa patologia na sociedade. Nesse contexto, o câncer infantojuvenil, que ocorre na faixa etária de 0 a 19 anos, é a principal causa de morte por doença entre crianças a partir de um ano até o final da adolescência (BRASIL, 2009a). Segundo o Instituto Nacional do Câncer

(INCA) (2009b), são estimados cerca de 9000 casos novos por ano no país e aproximadamente 35% dessas crianças e adolescentes morrem sem acesso ao diagnóstico e, conseqüentemente, ao tratamento.

A rede de Atenção Básica, sendo a porta de entrada para o sistema de saúde, deve estar preparada para reconhecer os sinais e sintomas que podem indicar o câncer infantojuvenil e para realizar a adequada referência aos serviços de média e alta complexidade. Para tal, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a diagnosticar precocemente a doença, o que possibilitaria que mais de 70% das crianças e adolescentes tivessem possibilidade de cura (BRASIL, 2009a). Além do conhecimento técnico, imprescindível na suspeição dos casos de câncer, esses profissionais devem estar capacitados para receber as crianças e prestar-lhes cuidados adequados, tanto no âmbito das alterações físicas impostas pela doença, quanto nos aspectos psicológicos que envolvem o paciente e sua família diante do diagnóstico e tratamento.

Apesar de a possibilidade de cura do câncer infantojuvenil, nos países desenvolvidos, girar em torno de 70% (BRASIL, 2008), em serviços de oncologia no Brasil essa realidade tem sido muito distante, pois mesmo em grandes centros, como no estado de São Paulo, a taxa de cura atinge o percentual de apenas 40% (MIRRA et al., 2004). Essa informação indica que o diagnóstico precoce não está, de maneira geral, sendo realizado de forma efetiva devido à provável falta de informação por parte dos profissionais de saúde, que prestam cuidados às crianças. Diante dos sintomas apresentados pelas mesmas, são aventadas inúmeras possibilidades diagnósticas, sendo que o câncer, na maior parte das vezes, configura a última doença a ser pesquisada. Isto tem como consequência o encaminhamento de pacientes ao centro de tratamento já com doenças em estado avançado, com chances de cura significativamente reduzidas.

Alguns trabalhos já foram desenvolvidos demonstrando a importância do diagnóstico precoce no câncer infantojuvenil, como exemplifica o de Rodrigues e Camargo (2003), realizado no Hospital do Câncer de São Paulo, em que os autores concluíram que o atraso do diagnóstico ocorre devido a diversos fatores, como a falta de manifestação pelos pacientes, a falta de atenção da família, razões socioeconômicas e a falta de conhecimento básico por parte dos médicos não especialistas. Destacando este último fator, o estudo demonstra que muitas famílias responsabilizam os médicos pelo atraso, pois relataram que seus filhos só foram diagnosticados depois de passar por mais de um médico, e que, no momento da consulta, tinham que insistir sobre alguns sinais que observavam, pois os médicos, muitas vezes, diziam “não há nada de errado com seu filho”, e só ouviam as queixas da criança e davam importância à preocupação dos pais após a instalação de quadros graves, como insuficiência renal e insuficiência respiratória e/ou complicações tardias do câncer.

Com o intuito de tornar conhecidos, pelos profissionais da atenção primária de saúde, os sinais e sintomas de alerta que podem levar à suspeita de neoplasias na infância, o Núcleo de Extensão e Orientação em Oncologia Pediátrica (Neoop) da Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) criou o projeto Detecção Precoce: o caminho mais curto para a cura do câncer infantojuvenil. Este projeto realizado, no ano de 2010, incluiu a capacitação de profissionais médicos e não médicos que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) na cidade de Ilhéus acerca do câncer infantojuvenil e a criação de uma rede de referência e contrarreferência com a Unidade de Referência em Oncologia (Unacon) presente no município vizinho.

Tal projeto tem como objetivo aumentar o número de casos diagnosticados precocemente do câncer infantojuvenil, reduzindo o tempo entre o aparecimento dos sinais e

sintomas, o diagnóstico, o encaminhamento para um serviço especializado com o intuito de contribuir para o aumento da possibilidade de cura de crianças e adolescentes com câncer. É válido ressaltar que, para isso, foram estabelecidas importantes parcerias da Uesc com o Instituto Ronald McDonald, a Prefeitura Municipal de Ilhéus e o Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Itabuna, sem as quais seria impossível a realização do presente trabalho.

Metodologia

O *Projeto Detecção Precoce: o caminho mais curto para a cura do câncer infantojuvenil* foi desenvolvido durante o ano de 2010 através das seguintes etapas de capacitação: dos discentes de medicina, enfermagem e psicologia do Neoop sobre temas de Oncologia Pediátrica, em reuniões semanais, e a realização de capacitações das Equipes de Saúde da Família de Ilhéus, duas vezes por semana, nas quais, no dia de atividades, era aplicado um questionário (pré-teste) na abertura dos blocos, buscando avaliar o nível de conhecimento prévio dos participantes e, também, ministrado o conteúdo. Posteriormente, os questionários previamente aplicados foram reaplicados e havia uma avaliação comparativa do conhecimento adquirido ao longo do treinamento (em caráter de pós-teste), visando estruturar uma rede de referência e contrarreferência dos casos suspeitos de câncer infantojuvenil entre as USF e o Centro de Referência em Oncologia Pediátrica da região.

A primeira etapa de execução do projeto – Capacitação dos Discentes do Neoop – foi realizada sob supervisão das instrutoras de medicina, enfermagem e psicologia, na qual os próprios integrantes do núcleo efetuaram a capacitação dos colegas ministrando palestras sobre as doenças oncológicas infantis, sobre o cuidado da enfermagem aos pacientes oncológicos, bem como os temas psicológicos rela-

cionados ao assunto. Essa capacitação ocorreu nas reuniões semanais do grupo, durante o ano de 2010 (março a novembro), de forma intercalada entre os três cursos, objetivando uma abordagem multidisciplinar constante. Desse modo, os discentes de medicina foram responsáveis pelos temas que abordavam a epidemiologia do câncer infantojuvenil, mecanismos de proliferação celular, hematopoiese, imunologia dos tumores e a clínica e o tratamento dos principais cânceres infantojuvenis.

Os discentes de enfermagem apresentaram temas referentes ao papel do enfermeiro na detecção precoce do câncer infantojuvenil, bem como a importância da equipe multidisciplinar, a assistência humanizada, os principais cuidados, orientações e tratamentos para a criança e o adolescente com câncer, bem como as principais emergências oncológicas. Já os discentes de psicologia apresentaram como deve ser feita a comunicação do diagnóstico; os aspectos psicossociais da criança com câncer; o papel da família e dos cuidadores; a importância dos grupos de apoio; a importância do brincar, mesmo estando no hospital; aspectos deontológicos em pacientes terminais e impactos psicológicos em pacientes que conseguiram a cura.

As etapas de capacitação das Equipes de Saúde da Família foram realizadas ao longo dos meses de 2010, graças à parceria entre o Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Itabuna (GACC), a Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc), através do Núcleo de Estudo e Orientação em Oncologia Pediátrica (Neoop), e o Instituto Ronald McDonald, sendo este último de grande importância, pois através do Programa Diagnóstico Precoce, desde 2008, disponibiliza suporte financeiro, estrutural e consultoria para todo Brasil, viabilizando a execução de propostas de capacitação de profissionais do Programa de Saúde da Família, buscando o diagnóstico precoce de cânceres infantojuvenis através da diminuição do tempo entre o aparecimento de sinais e sintomas do câncer e a identificação/tratamento num centro especializado,

aumentando a expectativa de cura.

Foi realizada a capacitação de 23 Equipes de Saúde da Família, sendo seis da USF da zona oeste de Ilhéus, quatro da USF da zona central, 13 da USF da zona norte, num total de 241 profissionais: técnicos em enfermagem, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas, auxiliares de dentista e agentes comunitários de saúde. Foram considerados capacitados os profissionais com 75% de presença. A equipe técnica do projeto decidiu distribuir as equipes em sete turmas, agrupadas de acordo com proximidade entre as Unidades de Saúde da Família (USF):

- turma 1: Nossa Senhora da Vitória I, II e III e Ilhéus II (4 ESF – 37 profissionais);
- turma 2: Basílio I e II, Alto do Coqueiro e Conquista (4 ESF – 35 profissionais);
- turma 3: Barra, Iguape, e mais dois pediatras da rede básica (2 ESF – 22 profissionais);
- turma 4: Teotônio Vilela I, II, III, e IV e mais um pediatra da rede básica (4 ESF – 41 profissionais);
- turma 5: Salobrinho I e II e mais dois pediatras da rede básica (2 ESF – 18 profissionais);
- turma 6: Sambaituba/Aritaguá, Inema/Pimenteira, Banco Central, Couto/Santo Antônio (4 ESF – 44 profissionais);
- turma 7: Nelson Costa I e II, Castelo Novo, mais três pediatras da rede básica (3 ESF – 34 profissionais).

O conteúdo das capacitações foi elaborado pela equipe técnica do projeto (coordenação médica, de enfermagem e de psicologia do Neoop e a comissão científica do Instituto Ronald McDonald), sendo as aulas ministradas por profissionais ligados ao Neoop, havendo duas médicas, duas enfermeiras e duas psicólogas. As

aulas seguiram a metodologia da problematização, na qual, para melhor aprendizado, são utilizadas ferramentas próximas da realidade dos indivíduos envolvidos, havendo, em todas as palestras, depoimentos de familiares de crianças com câncer, casos clínicos e discussões sobre as temáticas, de modo a tornar as capacitações dinâmicas e mais efetivas, ocorrendo para todos os profissionais da mesma USF, enfatizando a importância do trabalho em equipe, de modo que todos trocassem experiências.

Foram também aplicados os pré e pós-testes, respectivamente respondidos no início e fim das aulas, para avaliar o aprendizado dos participantes, gerando um retorno à equipe técnica responsável sobre a efetividade da capacitação. O conteúdo dos pré e pós-testes foi elaborado pela comissão científica do Instituto Ronald McDonald, em parceria com a comissão técnica dos projetos aprovados no edital de 2010. Foram idealizados dois modelos de testes (com diferentes questões), divididos em duas categorias: Categoria 1, composta pelos médicos e pediatras do PSF, avaliados através de 15 questões objetivas, e a categoria 2, composta pelos enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnicos, auxiliares de enfermagem e outros, avaliados com 16 questões objetivas.

Ambos os testes foram corrigidos pela comissão técnica do projeto, sendo os dados analisados por parâmetros comparativos e descritivos a partir da tabulação em planilhas do programa Microsoft Office Excel, sendo avaliadas as variáveis: tipo de teste, categoria, média de notas a partir da porcentagem de acertos obtidos, e as questões com maior e menor número de acertos. Os resultados computados foram enviados para o banco de dados do Instituto Ronald McDonald para posterior análise e discussão.

A programação dos dias de capacitação foi a seguinte:

- primeiro dia: realizou-se a abertura

com uma dinâmica de grupo, sendo aplicado, posteriormente, o pré-teste. Ministradas as aulas sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica e sobre Epidemiologia do câncer infantojuvenil;

- segundo dia: aula sobre sinais e sintomas para profissionais não médicos;
- terceiro dia: aula sobre sinais e sintomas para médicos;
- quarto dia: aula sobre os cuidados necessários para a atenção à saúde da criança e do adolescente com câncer;
- quinto dia: aula sobre PSF e o cuidado da criança e do adolescente com câncer;
- sexto dia: aula sobre a organização do sistema de referência e contrarreferência para a assistência à criança e ao adolescente com câncer na área de abrangência do projeto. E aula sobre a importância dos grupos de apoio como o GACC Sul-Bahia. E aplicação do pós-teste;
- sétimo dia: solenidade de conclusão do curso com entrega dos certificados e do fluxograma de encaminhamento às ESF no dia 23 de novembro de 2010.

Desse modo, as palestras e a aplicação dos pré e pós-testes foram divididas entre seis encontros organizados durante 42 semanas (38horas/46 horas-aula por semana) para a execução do projeto, sendo que a capacitação de cada uma das sete turmas foi feita em seis semanas. Houve, ainda, um último encontro com todos os profissionais que participaram do curso, com entrega de certificados por aluno e por USF. Este encontro ocorreu no dia 23 de novembro de 2010, dia mundial do combate ao câncer infantojuvenil, contando com presença de personalidades da região, representantes da Universidade Estadual de Santa Cruz e da Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus, quando ocorreu o encerramento oficial do projeto.

Análise e discussão dos resultados

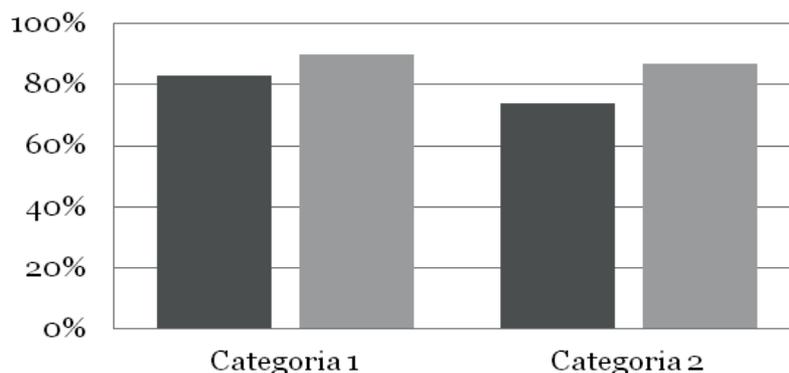
Foram capacitadas, em 2010, todas as Equipes de Saúde da Família de Ilhéus, totalizando um número de 193 profissionais de saúde. Destes, x % faziam parte da categoria 1 (médicos) e x % da categoria 2 (enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnicos, auxiliares de enfermagem e outros).

Na categoria 1, 13 pessoas responderam ao pré-teste, e a média das notas obtidas foi 8,03 (83% de acertos), sendo a menor nota 6,66 e a maior 9,60. A questão com menor índice de acertos, nesta etapa, foi a de número 8, que questionava a conduta correta no atendimento a uma criança com nódulo supraclavicular. O pós-teste foi respondido por 11 pessoas, alcançando a nota média de 8,99 (90% de acertos),

com a menor nota sendo 8,33 e a maior 10,00 (FIGURA 1). Nesta etapa, a questão que teve um menor número de acertos foi uma proposição sobre os cuidados de suporte durante o tratamento do câncer infantojuvenil.

Na categoria 2, 158 pessoas responderam ao pré-teste, sendo a média de notas da prova 7,45 (74% de acertos). A maior nota foi 10, no entanto foi obtida por apenas 3 participantes (1,9%), e a menor foi 2,63. A questão com menor número de acertos foi a proposição 16, que questionava se a anemia era ou não uma causa de leucemia. A média das notas no pós-teste da categoria 2 foi 8,68 (87% de acertos), tendo sido respondido por 150 pessoas (FIGURA 1). A menor nota nesta etapa foi 5,27, enquanto a maior nota novamente foi 10, desta vez obtida por 27 participantes (18%).

FIGURA 1 – Média de acertos



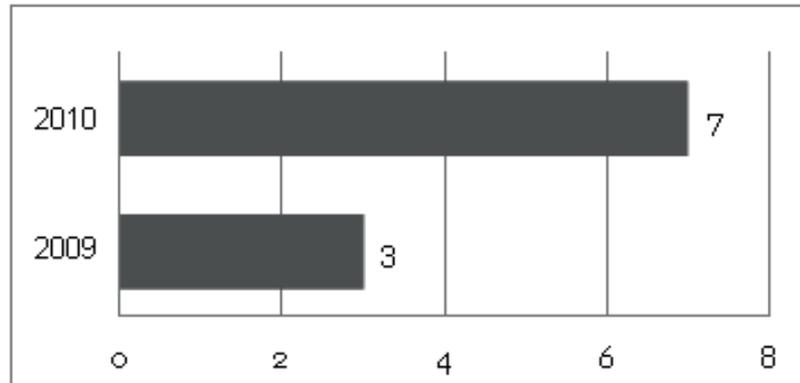
Fonte: Dados de pesquisa.

Legenda: ■ Pré-teste ■ Pós-teste

Quanto aos resultados relacionados à estruturação da rede de referência entre as USF e o centro de referência, sete casos foram encaminhados de Ilhéus em 2010, dos quais seis obtiveram o diagnóstico confirmado de neo-

plasia. Comparativamente, no ano de 2009, apenas três casos haviam sido encaminhados (FIGURA 2). E já no primeiro semestre de 2011, cinco casos foram encaminhados, tendo sido firmados quatro diagnósticos.

FIGURA 2 – Casos encaminhados para o centro de referência



Fonte: Dados de pesquisa.

Com base nos resultados obtidos, percebe-se que houve uma melhora significativa nos resultados dos testes após a realização da capacitação, mostrando que os profissionais adquiriram mais conhecimentos sobre oncologia pediátrica.

No pré-teste, pode-se analisar que as notas dos profissionais não médicos eram muito heterogêneas, havendo tanto notas altas quanto baixas, o que pode ser atribuído à grande heterogeneidade existente neste grupo (dentistas, enfermeiros, agentes comunitários, técnicos e auxiliares de enfermagem), os quais possuem níveis de conhecimento e formação diferentes.

Já no pós-teste, aplicado à mesma categoria, percebe-se que houve uma grande melhora nesse distanciamento. A menor nota do pós-teste passou de 2,63 (pré-teste) para 5,27, havendo uma diferença significativa entre os resultados. Pode-se dizer, ainda, que o número de profissionais com pouco conhecimento sobre oncologia pediátrica foi reduzido, mostrando a grande eficácia do método educativo. No entanto, é importante notar que ainda existem notas abaixo da média sete, o que revela a necessidade de uma educação continuada em oncologia pediátrica para obtenção de melhores resultados. Tal ação é relevante principalmente porque são esses os profissionais que se encontram na porta de entrada do Sistema Único de

Saúde (SUS) e que têm o contato com a doença (câncer ou não) em sua fase inicial, sendo, portanto, o momento mais oportuno para o diagnóstico precoce.

A questão de menor acerto entre os não médicos foi a que abordava a relação entre anemia e leucemia. No pré-teste houve um grande número de profissionais (68) que relacionavam a anemia como uma causa da leucemia, e não como uma consequência. Isso demonstra que havia um real desconhecimento da fisiopatologia deste câncer, que é a neoplasia, mais prevalente na infância, diferentemente do resultado encontrado no pós-teste, onde a maioria acertou a questão.

Entre os médicos, o que chamou a atenção inicialmente foi o baixo número de participantes na capacitação. Tal dado pode ser atribuído a dois fatores principais: a baixa adesão dos médicos a trabalharem na Estratégia de Saúde da Família (por inúmeras questões) e a não visualização da oncologia pediátrica como um conhecimento básico do profissional médico. Embora isso tenha ocorrido, percebeu-se que já havia um conhecimento razoável em oncologia pediátrica, o que mostra uma média de 8,03 no pré-teste. Embora isso tenha ocorrido, ainda se pode evidenciar um despreparo destes médicos, visto que muitos deles ainda não sabiam tomar condutas

corretas frente aos sinais de malignidade, sendo evidenciado pela oitava questão, que arguia sobre a conduta diante de um linfonodo palpável supraclavicular, a qual teve 67,5% de erro.

Houve também uma melhora na média deste grupo (de 8,03 para 8,99) comparando-se o pré-teste com o pós-teste, o que demonstra que a capacitação realmente foi válida. Um tópico importante em relação às questões referentes aos sinais de alarme, com maior porcentagem de erros no pré-teste, passou a apresentar maior proporção de acertos no pós-teste.

Além dos resultados positivos deste projeto, coletados objetivamente, percebeu-se que essas ações desencadearam uma maior discussão sobre a oncologia pediátrica entre os profissionais da saúde do município de Ilhéus e a difusão desse conhecimento tem permitido um melhor referenciamento de casos suspeitos de câncer para os centros de alta complexidade em oncologia pediátrica, como Itabuna, Bahia.

Com relação aos organizadores e executores do projeto, pode-se também perceber grande aprendizado e uma experiência única. Para os alunos de medicina, psicologia e enfermagem que atuaram nestas ações possibilitou-se um enriquecimento em termos de formação profissional, visto que a oncologia pediátrica é pouco contemplada dentro dos currículos das universidades públicas e privadas brasileiras.

A aproximação de alunos e profissionais destas três áreas também permitiu a troca de informações e experiências, auxiliando muito na quebra das relações centradas de poder biomédico e a construção de conhecimentos de integrados. Além disso, o projeto, como uma prática social, permite aos alunos vivenciar, exercer e compartilhar seus saberes com o objetivo de promoverem o bem-estar social.

Considerações finais

O diagnóstico precoce é essencial em casos de câncer infantojuvenil e influi diretamente

no tratamento e prognóstico. Dessa forma, o Neoop tem contribuído para a formação de profissionais (médicos, enfermeiros e psicólogos) aptos a diagnosticar e reconhecer precocemente os sinais do câncer na infância, aprendendo a entender a criança em todos os seus aspectos, desde o biológico até o psicossocial, contando com a participação de uma equipe multidisciplinar.

Com o objetivo de expandir essa ideia e transmitir essas informações a outros profissionais, foi proposto o programa “Detecção precoce do câncer infantojuvenil” para os profissionais de saúde da rede de Atenção Básica de Ilhéus-BA com o principal intuito de sensibilizá-los sobre a importância dos sinais de alerta para o câncer em crianças, já que estes podem ser inespecíficos. Torna-se, portanto, imprescindível o conhecimento acerca das neoplasias da infância e a relação dos sintomas com a doença, além da importância da criação de uma rede de referência e contrarreferência para os serviços especializados na área de oncologia pediátrica.

Dessa forma, o grupo do Neoop, em parceria com outras instituições, como a Universidade Estadual de Santa Cruz, a Secretaria de Saúde do Município de Ilhéus, Prefeitura Municipal de Itabuna e Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Itabuna, conseguiu implantar o programa durante o ano de 2010, capacitando profissionais, que, alocados em Programas de Saúde da Família, se tornam aptos a diagnosticar precocemente o câncer e proporcionar o acesso aos níveis intermediário e superior de saúde.

Após avaliar o conhecimento desses profissionais antes e após o curso, pôde-se aferir que o trabalho realizado foi relevante, visto que as comparações dos testes feitos antes e depois do programa mostraram divergências claras, quebrando paradigmas e desmistificando os fatores relacionados à doença propriamente dita, ao tratamento e ao prognóstico. Tal padrão de desconhecimento pode ser notado não somente em profissionais da região, mas

acredita-se que a formação em universidades, no Brasil, no caso de médicos e enfermeiros, não possui matérias específicas para oncologia pediátrica, dificultando, assim, o conhecimento dos formandos, que ingressarão no mercado de trabalho desconhecendo os sinais de alerta para o câncer infantojuvenil.

Portanto esse trabalho aumentou o número de crianças atendidas em uma unidade de referência para a oncologia pediátrica em Itabuna, vindas de Ilhéus, Bahia, sugerindo que houve aumento na atenção dos profissionais aos sintomas de alarme, visando assim reduzir a quantidade de crianças que chegam a tais centros com a doença em forma avançada ou fora de possibilidade terapêutica, já que a detecção precoce leva a uma maior possibilidade de cura, ao aumento da sobrevida, reduzindo sequelas e melhorando a qualidade de vida desses pacientes acometidos pelo câncer infantojuvenil.

Tanto as crianças quanto os profissionais foram beneficiados com tal programa, direta ou indiretamente. Os primeiros vão ter uma assistência mais integral, com maior possibilidade de diagnóstico precoce de câncer e poderão ser direcionados a um centro de referência, caso acometidos pela patologia. Já os segundos poderão proporcionar um atendimento de qualidade para os pacientes, reduzindo a mortalidade infantojuvenil pelo diagnóstico e tratamento precoces de crianças com câncer.

O projeto em questão é um modelo que pode ser implantado em outras regiões da Bahia, ou mesmo do Brasil, de forma a trazer uma mudança epidemiológica nas taxas de cura de tal patologia no país. Para que isso aconteça, torna-se imprescindível a união e ações de diversas Universidades em prol do diagnóstico precoce do câncer, com atos, muitas vezes, simples, como a criação de núcleos de estudo em oncologia pediátrica. Além da necessidade de parcerias com as secretarias de saúde ou mesmo com o Ministério da Saúde, bem como de outras instituições, objetivando capacitar permanentemente esses profissionais.

Referências

ALENCAR, D. M. Sinais e sintomas do câncer infantil. In: CONGRESSO BAIANO DE ONCOLOGIA INFANTO-JUVENIL, 1., 2004, Ilhéus. **Palestra...** Ilhéus: [s.n.], 2004.

ANTONELI, C. B. G. Sinais de alerta – Pode ser câncer. In: CONGRESSO BAIANO DE ONCOLOGIA INFANTO-JUVENIL, 1., 2004, Ilhéus. **Palestra...** Ilhéus: [s.n.], 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente** / Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. Rio de Janeiro: INCA, 2009a.

_____. **Estimativa 2010:** Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2009b.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil:** dados dos registros de base populacional e de mortalidade / Instituto Nacional de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

DINIZ, A. B.; REGIS, C. A.; BRITO, N. P.; CONCEIÇÃO, L. S.; MOREIRA, L. M. A. Perfil epidemiológico do câncer infantil em população atendida por uma unidade de oncologia pediátrica em Salvador – Bahia. **Revista de Ciências Médicas Biológicas**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 131-139, maio-ago. 2005.

LISSAUER, T. CLAYDEN, G. **Manual ilustrado de Pediatria**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1998.

LOGGETTO, S. Quais são as crianças que têm maior predisposição em ter câncer? In: CONGRESSO BAIANO DE ONCOLOGIA INFANTO-JUVENIL, 1., 2004, Ilhéus. **Palestra...** Ilhéus: [s.n.], 2004.

MENDONÇA, N. Alerta, pode ser câncer. In: CONGRESSO BAIANO DE ONCOLOGIA INFANTO-JUVENIL, 1., 2004, Ilhéus. **Palestra...** Ilhéus: [s.n.], 2004.

MIRRA, A. P.; OLIVEIRA, M. do R. D. de; VENEZIANO, D. B. **Incidência, mortalidade e sobrevida do câncer da infância no Município de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Departamento de Epidemiologia, 2004. (Registro de Câncer de São Paulo).

MURAHOVSKI, J. **Pediatria, diagnóstico e tratamento**. São Paulo Ed. Sarvier, 1981.

RIES, L. A. G. et al. (ed.). **Cancer Incidence and survival among children and adolescents: United States SEER Program 1975-1995**. Bethesda: National Cancer Institute, 1999. (SEER Program. NIH Pub. No. 99-4649).

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 29-34, jan.-mar. 2003.

SILVA, M. D. S. Orientação aos familiares das crianças em tratamento de câncer pela equipe de enfermagem do PSF. In: CONGRESSO BAIANO DE ONCOLOGIA INFANTO-JUVENIL, 1., 2004, Ilhéus. **Palestra...** Ilhéus: [s.n.], 2004.

WERNECK, N. E. C. **O combate ao câncer infanto-juvenil no Brasil** – Uma visão social. Rio de Janeiro: Fábrica de Livros, 2002.

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO ADSCRITA À UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TEOTÔNIO VILELA II SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Nayara de Jesus Oliveira¹
Endy de Santana Alves Dórea²
Sales Silva Nascimento³
Fabia Carolina Matos Fidelis⁴
Agno José Benício de Almeida Cajueiro⁵
Regina Lúcia Lino Vieira⁶
Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro⁷

Resumo: Considerando a importância dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) na realização do controle social e, uma vez criado o CLS do bairro Teotônio Vilela, Ilhéus, Bahia, o presente trabalho tem por objetivo analisar a percepção da população adscrita à área da Unidade de Saúde da Família Teotônio Vilela II (USF II), sobre sua participação nas reuniões do CLS, descrevendo seu conhecimento sobre o CLS e os fatores que interferem em sua participação no mesmo. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com 28 moradores da área de abrangência da USF II durante o mês de janeiro de 2011, através de entrevista semiestruturada. Os dados colhidos foram submetidos ao método de análise de conteúdo de Bardin. Observou-se que a maioria da população adscrita à área da USF II não tem conhecimento do que seja um CLS, nem da existência dele no bairro. Além disso, há um grande descrédito da população quanto à eficácia do CLS. Percebe-se que há uma necessidade de esclarecimento para a população sobre o que é um Conselho Local de Saúde e sua funcionalidade, bem como a divulgação da existência do mesmo no bairro, e a demonstração de sua importância como instrumento na melhoria de saúde da comunidade.

Palavras-chave: Controle social. Conselho Local. Percepção da comunidade.

1 Discente do Curso de Enfermagem da Uesc. *E-mail:* <nayaraj.oliveira@yahoo.com.br >.

2 Discente do Curso de Medicina da Uesc. *E-mail:* <endysantana@yahoo.com.br>.

3 Discente do Curso de Medicina da Uesc. *E-mail:* <salesnascimento10@hotmail.com>.

4 Discente do Curso de Enfermagem da Uesc. *E-mail:* <fabiakarolina@hotmail.com>.

5 Enfermeiro da Unidade de Saúde Teotônio Vilela II. *E-mail:* <agnobenicio@hotmail.com>.

6 Docente do Curso de Enfermagem de Uesc. *E-mail:* <reginalinovieira@gmail.com>.

7 Docente do Curso de Medicina de Uesc e Coordenadora do Projeto PET-Ilhéus. *E-mail:* <adelia@uesc.br>.

Abstract: Considering the importance of Local Health Councils (LHC) in the realization of social control and, once created LHC neighborhood Teotônio Vilela, Ilhéus, Bahia, this paper aims to examine the perception of the enrolled population to the area of Health Unit Teotônio Vilela Family II (HUT II) on their participation in meetings of the LHC, describing their knowledge of the LHC and the factors that interfere with their participation. We conducted a qualitative study of 28 residents of the area covered by the HUT II during the period January 2011 through semi-structured interview. The data were subjected to the method of content analysis of Bardin. It was observed that the majority of the enrolled population to the area of HUT II is not aware of what a LHC, nor of his existence in the neighborhood, in addition, there is great distrust of the population about the effectiveness of the LHC. It is noticed that there is a need for clarification to the public about what is a Local Health Board and its functionality, as well as disclosure of the existence in the same neighborhood, and demonstration of its importance as a tool in improving community health.

Keywords: Social control. Local Council. Perception of the Community.

Introdução e objetivos

No âmbito da Sociologia, a expressão “controle social” geralmente é caracterizada como o conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (ALVAREZ, 2004). Na teoria política, o significado de “controle social” é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o con-

trole da sociedade (ou os setores organizados da sociedade) sobre as ações do Estado (CORREIA, 2004).

Segundo definição apresentada na IX Conferência Nacional de Saúde, controle social é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (BRASIL, 1992). O conceito de controle social está intimamente relacionado à participação popular e compreende as várias ações que diversas forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.) (VALLA, 1998).

Com o fim da ditadura militar, através do fortalecimento da sociedade civil, no período entre 1985 e 1988, foi originado um amplo movimento pela Constituinte, responsável pela nova Carta Constitucional (1988), que introduziu vários dispositivos centrados na garantia de direitos sociais (COTTA et al., 2010). Conforme a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído e organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade (BRASIL, 2003a). Esta regulação constitucional do Sistema Único de Saúde se completa em 1990, com a edição das Leis n.ºs. 8.080 e 8.142.

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o SUS obedecendo a princípios doutrinários e operacionais, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, equidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1990a). A “participação da comunidade ou participação social” é definida como a possibilidade de indivíduos e da coletividade fortale-

cerem sua capacidade de percepção, opinarem e participarem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais são beneficiados, através de um pensamento reflexivo e crítico sobre a realidade, ou seja, a aquisição de *empowerment* (COTTA et al., 2010).

A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Cria, também, a Conferência e o Conselho de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b). O Conselho de Saúde é um órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários com distribuição paritária, ou seja, 50% de representantes dos usuários em relação às outras categorias (BRASIL, 1990b; BRASIL 2003b). Os Conselhos de Saúde têm função ampla, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, além de decisões quanto às prioridades sanitárias e à fixação de diretrizes para a atuação do Executivo na atenção à saúde da população (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; PEDROSA, 1997).

Os Conselhos de Saúde são considerados os principais órgãos de controle social, sendo um espaço de articulação política onde os atores principais negociam as situações em busca de soluções para os problemas de saúde da população dos bairros, distritos e municípios (COTTA et al., 2010). Outra forma de controle social – as Conferências de Saúde – são fóruns de representação ampla e democrática dos diversos segmentos sociais com a função de avaliar e propor diretrizes à formulação de políticas de saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) (ASSIS; VILLA, 2003).

Atualmente, os 5.564 municípios brasileiros possuem Conselho Municipal de Saúde, uma vez que sua constituição é um dos requisitos básicos para o recebimento de recursos

do Fundo Nacional de Saúde, segundo consta na Lei 8.142. Além disso, uma das formas de controle social está na participação da população no Conselho Local de Saúde. Então, objetivando a adequação municipal à Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, houve a criação do Conselho Local de Saúde do bairro Teotônio Vilela, regulamentada através da Resolução n.º 02, de 13 de janeiro de 2009, do Conselho Municipal de Saúde de Ilhéus.

A formação de Conselhos Locais de Saúde (CLS), no entanto, ainda é incipiente, sua difusão é recente e com poucas experiências registradas. Então, diante do exposto, este estudo tem o objetivo de analisar a percepção da comunidade do bairro Teotônio Vilela sobre sua participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde no município de Ilhéus, Bahia, conhecendo, assim, os fatores que determinam a participação da comunidade nas reuniões do CLS, órgão de vital importância para o exercício do controle social na área da saúde. Visa contribuir para que haja uma maior participação da comunidade nas reuniões do CLS, além de fazer com que as pessoas reflitam sobre sua própria participação nas reuniões.

Metodologia

O presente estudo possui uma natureza qualitativa exploratória e utiliza como sujeitos a população adscrita à Unidade de Saúde da Família Teotônio Vilela. Foram realizadas 28 entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado, no mês de janeiro de 2011. A coleta desses dados foi realizada através de visitas domiciliares feitas pelos bolsistas do PET Saúde, em companhia dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os dados colhidos foram registrados através da transcrição das falas dos entrevistados.

O questionário utilizado foi composto de 8 questões subjetivas e 1 objetiva, e os entrevistados foram eleitos aleatoriamente a cada 5

domicílios, todos maiores de 18 anos.

Os entrevistados foram submetidos a um termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando-se o Código de Ética, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a aplicação de pesquisa em seres humanos.

Para análise dos dados obtidos, foi utilizada como referencial teórico a análise de conteúdo de Bardin.

Análise e discussão dos resultados

Segundo Bardin (2009), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na pré-análise, escolhemos o controle social sobre os sistemas locais e municipais de saúde para serem submetidos à avaliação. Formulou-se, como hipóteses, o desconhecimento da população local da USF Teotônio Vilela sobre a existência do CLS e de sua importância, e o descrédito da população quanto à eficácia do Conselho Local de Saúde.

Durante a pesquisa foi constatado que 22 pessoas não sabiam nada sobre CLS, o que pode ser comprovado pelas seguintes respostas:

“Não sei” (Entrevista 3, F).

“Já ouvi falar, mas não sei falar sobre o Conselho” (Entrevista 18, F).

“Nunca ouvi falar” (Entrevista 27, F).

Os relatos descritos acima sugerem total desconhecimento acerca da existência do CLS. Isso denota que existe uma falha no cumprimento da Resolução n.º 333/03, evidenciada pela falta de divulgação sobre o que é o Conselho e sua funcionalidade. Entretanto 6 pessoas identificaram o significado do CLS, com destaque para as seguintes palavras:

“É uma entidade formada pela população e poder público, Secretaria de Saúde, usuários e representantes das organizações sociais do bairro” (Entrevista 16, F).

“O Conselho Local de Saúde serve para orientar a população sobre a saúde” (Entrevista 17, M).

“O Conselho é um instrumento na reivindicação dos direitos à saúde” (Entrevista 2, M).

Dentre os entrevistados, 16 não sabem que, na comunidade, existe um CLS, o que impede e compromete a participação destes nas reuniões do Conselho. Foi notado que os poucos entrevistados que têm algum conhecimento sobre o CLS estão envolvidos em trabalhos diretamente relacionados com a saúde. Dos 28 entrevistados, ficou evidente que 21 deles nunca participou de uma reunião do CLS:

“Não fui a nenhuma reunião” (Entrevista 5, F).

“Propriamente do Conselho de Saúde não fui a nenhuma reunião” (E. 20, F).

“Nenhuma” (Entrevista 26, F).

Dos relatos acima, conclui-se que existe pouco ou nenhum envolvimento da população acerca dos assuntos tratados nas reuniões do CLS.

Ainda sobre esses 28 entrevistados, apesar de a maioria desconhecer a existência de um CLS no bairro, todos acham importante a criação de um no local em que moram:

“Sim para ajudar, explicar mais para a população sobre a saúde” (Entrevista 23, F).

“Claro, porque é melhoria para a saúde das pessoas através de investimentos em medicação” (Entrevista 22, F).

“Tem muita necessidade criar um aqui” (Entrevista 19, F).

“É importante ter. É uma obrigação porque o bairro Teotônio Vilela não é um bairro, é uma cidade” (Entrevista 1, F).

“Com certeza. Porque a nossa comunidade é grande e carente. Eu acho que um dos maiores bairros é o Vilela” (Entrevista 4, M).

“É necessário para melhorar a saúde das pessoas no bairro” (Entrevista 24, F).

“Sim, é importante para buscar melhorias no atendimento” (Entrevista 15, F).

Mesmo sabendo pouco a respeito do CLS, as pessoas o consideraram importante para a melhoria do sistema de saúde do bairro. Elas acreditam que o conselho trará mudanças positivas, como por exemplo: melhoria no atendimento e na gestão, mais recursos materiais, atendendo assim às carências da população.

Observa-se, entretanto, que mesmo esperando que o conselho traga benefícios à saúde, a comunidade desconhece a sua real função. Esse fato contraria a Portaria n.º 399/06 (2006), que assume a participação e o controle social como diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e entende o controle social como movimento de repolitização da saúde, decorrente de estratégia de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania, pelo diálogo com a sociedade, para além dos limites institucionais do SUS, para que os papéis dos diferentes atores sejam plenamente exercidos.

Com relação à participação da população nas reuniões do Conselho Local de Saúde, apenas 7 dos 28 entrevistados, já participaram uma ou mais vezes, tendo como principal motivação a busca de melhorias para a saúde, como pode ser evidenciado pelas respostas:

“Três vezes, foi espontâneo, para saber como é realizado e se as reivindicações são atendidas” (Entrevista 9, M).

“Sim. Vou em todas as reuniões, até porque sou secretária, não posso faltar. A motivação vem de ver melhorias para a qualidade de vida da população” (Entrevista 16, F).

“Sim, participo. Vou sempre. Vou porque gosto de saber das coisas, gosto porque traz

benefícios pra gente “ (Entrevista 18, F).

Ainda sobre a parcela da comunidade que esteve presente nas reuniões, observou-se, através das falas, que tiveram participação ativa, discutindo as necessidades de saúde da população, reivindicando seus direitos e questionando sobre os temas abordados em pauta:

“Dei a sugestão a respeito da criação de outros PSFs”. (Entrevista 2, M).

“Opino, discuto, interajo, ouço as reclamações da comunidade” (Entrevista 16, F).

“Dei a opinião sobre os problemas da unidade e do bairro” (Entrevista 25, F).

Dessa forma, é possível ter a efetividade do controle social através da organização dos membros da sociedade civil, juntamente com a gestão local do município, com o objetivo de atender às demandas e aos interesses coletivos, contribuindo para o fortalecimento do setor público (ASSIS; VILLA, 2003).

Quanto à contribuição deles nas reuniões, 27 pessoas consideraram importante a sua contribuição nas reuniões do CLS, no seu funcionamento, para sugerir melhorias no atendimento, na infraestrutura do bairro, aumento no número de profissionais, disponibilidade de medicamentos, aumento de cotas para marcação de consultas médicas e exames especializados, ou seja, buscando a qualificação dos serviços prestados e o aumento da eficácia do Conselho:

“Posso contribuir indo na rádio, na TV, a gente tem que ajudar o bairro” (Entrevista 1, F).

“Pode. Porque todas as pessoas são formadoras de opinião. As pessoas participando das reuniões podem incentivar o movimento” (Entrevista 2, M).

“Sim, como voluntária. Participar de reuniões para falar sobre a saúde, até mesmo na minha rua, para falar sobre a saúde” (Entrevista 4, F).

“Sim. Várias necessidades, como falta de

materiais, para os serviços de saúde” (Entrevista 9, M).

“Fazer uma relação de problemas e levaria para a reunião” (Entrevista 10, M).

“Iria dar opinião para ter mais médicos especialistas” (Entrevista 11, F).

“Daria opinião para uma melhor gestão da saúde” (Entrevista 12, M).

“Daria opinião para melhorar a saúde, como demora na marcação de exames, falta de medicamento” (Entrevista 14, F).

“Na questão, posso ajudar na questão das opiniões, das idéias, no encaminhamento das reivindicações e na divulgação das ações e na importância do próprio Conselho” (Entrevista 16, F).

E dentre as respostas, destacou-se uma entrevistada que reconheceu a importância da pesquisa em curso para a melhoria do Conselho: “Eu acho que posso contribuir, pois até com o próprio questionário que estou respondendo, pode trazer melhorias para o Conselho” (Entrevista 20, F).

Sobre isso, o Ministério da Saúde tem, como algumas de suas diretrizes, o incentivo à pesquisa para promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas, a busca dos seus resultados no planejamento e na implementação das políticas de saúde, com o objetivo de contribuir para que o SUS aperfeiçoe sua gestão e os serviços oferecidos à população, tornando esse sistema mais eficiente na execução de suas atribuições.

Considerações finais

Com este estudo, observou-se que a maioria da população adscrita à área da USF II não tem conhecimento do que seja um Conselho Local de Saúde, nem da existência dele no bairro. Além disso, há um grande descrédito da população quanto à eficácia do CLS.

Percebe-se que há uma grande necessidade

de esclarecimento para a população sobre o que é um Conselho Local de Saúde e sua funcionalidade, bem como a divulgação da existência do mesmo no bairro, e a demonstração de sua importância como instrumento na melhoria de saúde da comunidade.

Diante dos resultados da pesquisa, é demonstrada uma falha na efetivação da Resolução n.º 333/03, que dispõe como sendo da competência dos Conselhos o estabelecimento de ações de informação, educação e comunicação em saúde e a divulgação de suas funções e competências, seus trabalhos e decisões tomadas por todos através dos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões; ficou evidenciada também a ineficácia em apoiar e promover a educação para o controle social, sendo esses importantes fatores que dificultam a participação da população nas reuniões.

Referências

ALVAREZ, M. C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.18, n.1, p.168-176, mar. 2004.

ASSIS, M. M. A, VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 376-82. maio-jun. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990[a]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Portal Saúde, [200-?]. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: [200-].

- _____. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003[a].
- _____. **Portaria n.º 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: [200-].
- _____. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1992.
- _____. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 236, 4 dez. 2003[b]. Seção 1, p. 57.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [200-]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: [200-].
- CORREIA, M. V. C. Controle social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJC; Ministério da Saúde: Fiocruz, 2004.
- COTTA, R. M. M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010. Quadrimestral.
- FRANCESCHI JUNIOR, A.; FARIAS, L. C.; VERDI, M. Comunidades saudáveis: a efetivação do controle social no Sistema Único de Saúde através dos conselhos locais de saúde. **Extensio**. Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis, v. 3, n 4, p. 1-9, maio 2006. Disponível em: <<http://www.extensio.ufsc.br/>>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- MOREIRA, M. R; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 795-806, maio-jun. 2009.
- OLIVEIRA, M. L; ALMEIDA, R. S. Controle social e gestão participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.141-153, jan.-mar. 2009.
- PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p.741-748, out.-dez.1997.
- SILVA, A. X. et al. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3 p. 683-688, maio-jun. 2007.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

ORIENTAÇÃO À PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM ILHÉUS (OPEFI)

Carla Alves dos Santos¹
Hueine Oliveira Sousa do Nascimento²
Regiane Cristina Duarte³

Resumo: A atividade física, no Brasil, passa por mudanças de foco no decorrer dos anos. Atualmente, destacam-se: falta de um estilo de vida ativo, a inatividade física, o stress e a alimentação inadequada. Estes fatores, isolados, somados ou intermitentes provocam doenças crônico-degenerativas (obesidade, hipertensão, aterosclerose, doença cardiovascular, diabetes, etc.), levando milhões à morbimortalidade. Partindo da necessidade de reverter tal quadro, surge o projeto extensionista Orientação à Prática de Exercícios Físicos em Ilhéus (Opefi), cujo objetivo é orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios e propiciar, aos seus praticantes (de ambos os gêneros, de 18 a 65 anos), o combate ao sedentarismo, auxiliando na prevenção e no tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Os métodos que estão sendo utilizados neste projeto são: uma anamnese, medidas antropométricas, aplicação de questionário internacional (Physical Activity Questionary); e oferecimento regular de atividades físicas três vezes por semana durante 50 minutos. As atividades são: alongamento; ginástica aeróbica; step; e orientação a caminhada. A estatística obedecerá ao pacote computadorizado Statistical Package for the Social Science. Como este projeto está em seu início, ainda estamos em fase de adaptação, mas alguns dos resultados esperados são total aderência ao projeto e melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Atividade física. Saúde. Qualidade de vida.

Abstract: Physical activity in Brazil is going through changes in focus over the years highlight today: lack of an active lifestyle, physical inactivity, stress and inadequate nutrition. These factors alone, plus cause intermittent or chronic degenerative diseases (obesity, hypertension, atherosclerosis, cardiovascular disease, diabetes, etc.), Bringing millions morbidity and mortality. Starting from the need to reverse this situation arises the project extension orientation physical exercise in Ilhéus – OPEI, whose goal is to guide and encourage regular and proper exercise. In addition to providing its practitioners (both sex from 18 to 65 years) against sedentary lifestyle, assist in

1 Graduada em Educação Física.

2 Graduanda em Educação Física.

3 Docente, mestranda em Ciências Biológicas pela Universidade Vale do Paraíba e doutoranda em Biotecnologia pela Unaerp.

the prevention and treatment of chronic non-communicable and degenerative diseases. The methods being used in this project is a case history, anthropometric measurements, application questionnaire International Physical Activity Questionnaire was offering and regular physical activity three times a week for 50 minutes. The activities are stretching, aerobics, step and direction to walk. A computerized statistical package shall comply with the Statistical Package for Social Science. As this project is in its infancy we are still in the process of adaptation, but some of the expected results are complete adherence to the project and improve the quality of life.

Keywords: Physical activity. Health. Quality of life

Introdução e objetivos

A atividade física, no Brasil, passa por mudanças de foco no decorrer dos anos. No século XIX, a atividade física surge ora como alicerce médico, ora como promotora da aparência física, ora como princípios esportivos de competição. Finalmente, na virada do século, a atividade física ganha olhares relacionados à saúde, à “ausência de doença” (MEZOMO, 1994), e também como promotora de qualidade de vida.

Corroborando com fatores históricos, os séculos XX e XXI destacam-se pela falta de um estilo de vida ativo, associado à inatividade física (sedentarismo), ao *stress* da vida moderna e à alimentação inadequada. Tudo isso, isolado, somado ou intermitente, tem provocado, na sociedade contemporânea, o surgimento das doenças crônico-degenerativas, (obesidade, hipertensão, aterosclerose, doença cardiovascular, diabetes e osteoporose), levando milhões de pessoas à incapacidade física ou, muitas das vezes, até à morte. Portanto para reduzir ou até mesmo reverter tal quadro, o projeto de

extensão pretende atender: às necessidades da comunidade no que diz respeito à orientação para a prática de exercícios físicos; demonstrar, à comunidade local, a importância da prática regular de exercícios físicos e a aquisição de um estilo de vida saudável para a melhoria da qualidade de vida.

Idealizamos este projeto para proporcionar a integração entre alunos de graduação e a comunidade, para estabelecer um elo de comunicação entre a Uesc e a comunidade da região, facilitando o acesso a informações atualizadas e sedimentadas cientificamente sobre exercícios físicos e saúde, e ajudar no engajamento de pessoas, com diferentes condições orgânicas da comunidade, em um programa de exercícios físicos. Além disso, oferecer ao futuro professor de Educação Física mais opções no mercado de trabalho; proporcionar a chance de aprofundamento nos estudos sobre exercícios físicos e saúde e a oportunidade de vivenciar situações práticas de orientação da comunidade para uma vida ativa e saudável. Finalizando, criar um ponto de referência na Uesc para os interessados em discutir, informar-se e refletir sobre os benefícios da prática regular de exercícios físicos para a saúde e melhoria da qualidade de vida.

Partindo de tais primícias e necessidades, “nasceu” o projeto extensionista Orientação à Prática de Exercícios Físicos em Ilhéus (Opefi), projeto cujo objetivo é orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios para voluntários de Ilhéus, além de propiciar, aos seus praticantes, de forma indireta, o combate ao sedentarismo, auxiliando na prevenção e no tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis.

Metodologia

O espaço físico escolhido para a realização dos exercícios físicos é um dos estacionamentos localizados na avenida Soares Lopes, centro, na

cidade de Ilhéus, Bahia. O local conta com ampla ventilação por estar próximo a uma praia de mar aberto. Para fins de delimitação do grupo de trabalho, o público alvo atendido neste projeto são indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos, que comparecerem ao espaço físico nos horários pré-estabelecidos.

Os métodos que estão sendo utilizados neste projeto são: (1) uma anamnese, como uma forma de contato inicial necessário para obter o máximo de informações possíveis para a própria prescrição dos exercícios físicos. Na anamnese busca-se informações sobre o objetivo do avaliado com o exercício físico; história de atividades e exercícios físicos, pregressa e atual; história de patologias crônico-degenerativas na família; história de patologias pessoais, pregressa e atual; utilização de medicamentos; hábitos como tabagismo, etilismo, etc. (2) As medidas antropométricas utilizadas na avaliação dos participantes do projeto (peso, estatura, circunferência abdominal (CA), circunferência do quadril (CQ), idade, sexo) foram e serão coletadas por discentes do curso de Educação Física da Uesc vinculados ao projeto de extensão como estagiários. Para tal, foi criada uma padronização de procedimentos de coleta de dados, previamente estabelecida, no sentido de minimizar os possíveis erros intra e interavaliadores. (3) Aplicação de questionário Internacional Physical Activity Questionary "IPAQ" (PARDINI et al., 2001), o qual, a partir de respostas dadas individualmente por cada praticante, tem-se a estimativa do controle da prática da atividade, das condições físicas, considerando-se também os fatores de riscos coronarianos. (4) São oferecidas orientações gratuitas sobre a caminhada como prática de atividade física com horários pré-agendados; atividades físicas três vezes por semana, com aulas, de 50 minutos, de alongamento, ginástica aeróbica; ginástica de *step* e ginástica localizada.

É importante ressaltar que o indivíduo que estiver participando do projeto extensionista assina o termo de consentimento livre esclarecido, o qual indica o propósito dos questioná-

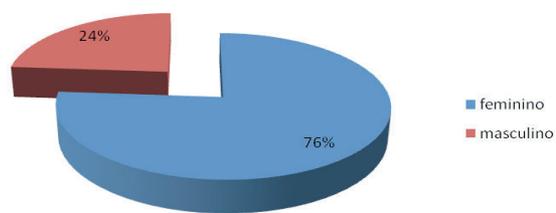
rios e a utilização dos dados em publicações, sendo-lhe garantido o anonimato. Todos os dados terão tratamento estatístico das informações obedecendo ao pacote computadorizado Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 7.51.

Análise e discussão dos resultados

Os dados apresentados abaixo são preliminares (iniciais), porém é um marco inicial importante. A partir destes, realizamos planejamentos e replanejamentos de nossas atividades, lembrando que todas as atividades propostas no projeto respeitam primícias da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME), ou seja, a prescrição adequada de atividade física contemplando as variáveis tipo, duração, intensidade e frequência semanal. Portanto estas variáveis nos planos de aulas de 50 minutos ministradas são planejadas para aprimorar e preservar a saúde e a qualidade de vida dos participantes. A própria SBME confirma esse posicionamento sobre atividade física e saúde quando afirma, no relatório de 2006, que

os malefícios do sedentarismo superam em muito as eventuais complicações decorrentes da prática de exercícios físicos, os quais, portanto, apresentam uma interessantíssima relação risco/benefício (SBME, 2006, p. 79).

FIGURA 1 – Gênero dos praticantes do Opefi



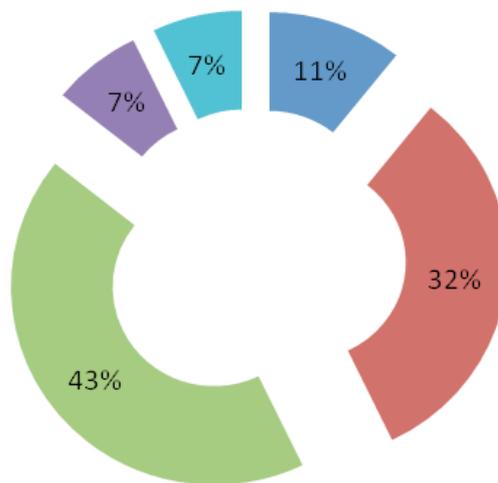
Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: ■ Feminino ■ Masculino

Historicamente as diferenças biológicas entre os sexos mantêm a simbologia da mulher como um ser dotado de fragilidade e emoções, e do homem como força e razão, isso por meio das normas, dos objetos, do espaço físico e das técnicas do corpo, a exemplo as ginásticas (SOUSA; ALTMANN, 1999). Nossos dados iniciais de certa forma reafirmam que ainda existe o pré-conceito em relação ao tipo “ideal” de atividades físicas para mulheres e para homens. Os dados da FIGURA 1 mostram a grande maioria (76%) de mulheres praticantes em nosso projeto, fato que tentamos amenizar, já que possuímos um diferencial para a prática de exercícios físicos. O espaço (estacionamento) ao ar livre aberto ao público adaptado para prática do projeto também é propício à observação. Tal fato talvez seja o fator que justifique o número reduzido de praticantes homens.

Outro ponto que podemos destacar é o tipo de exercícios propostos neste projeto que, historicamente, são classificados como delicados e destinados às mulheres. Mas para tal contexto, justificamos que a proposta deste projeto não se resume ao estético, mais característico do interesse feminino, muito menos às atividades vigorosas (de força) que também não deixam de ser caracterizadas como estéticas, historicamente, que seria da característica masculina. Importante ressaltar que propomos exercícios físicos de baixa intensidade, longa duração e regular frequência semanal, princípios básicos para iniciantes (de ambos os gêneros) na prática de exercícios físicos, como também para promoção da saúde, portanto não justifica o menor número de participantes masculinos. Mas este será mais um paradigma que o projeto irá possivelmente ajudar a quebrar quando tornar-se conhecido e divulgado na comunidade.

FIGURA 2 – Estatura (metros) média dos praticantes do Opefi



Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: ■ 1,40–1,50 ■ 1,51–1,60 ■ 1,61–1,70
 ■ 1,71–1,80 ■ 1,81–1,90

Um dado também captado neste estudo refere-se à investigação da estatura considerada atualmente uma importante alternativa no monitoramento de mudanças nos padrões econômicos de saúde e nutrição, comparadas às obtidas com indicadores econômicos (FOGEL et al., 1982; TANNER, 1982; FLOUD, 1984; FLOUD et al., 1990). Atualmente, os aumentos observados em estatura comumente têm sido atribuídos a melhorias nas condições sanitárias, econômicas e sociais (KAC, 1999). Apesar da literatura utilizar a estatura como monitoramento de mudanças nos padrões, esta também pode ser utilizada, juntamente com outros dados (índice de massa corporal – IMC), como uma medida de saúde se estudada em relação ao peso. Portanto esta variável em nosso trabalho está sendo captada para cruzamento de dados sobre idade e peso, obtendo índice de massa corporal (IMC) em relação à idade. Os dados (FIGURA 2) preliminares já nos mostram que 75% dos praticantes estão entre 1,51 e 1,70 m de estatura, sendo em mé-

dia 1,60 para mulheres e 1,71 para homens.

Com relação à variável peso corporal dos participantes, 68% (FIGURA 3) estão com sobrepeso, um estágio anterior ao da obesidade, porém gostaríamos de destacar que estes dados são iniciais, mas nem por isso deixam de ser alarmantes, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação da população adulta (WHO, 1995) podem ser consideradas: magreza severa, magreza moderada, magreza leve, peso adequado, sobrepeso grau I, sobrepeso grau II, sobrepeso grau III e obesidade. A partir destes referenciais ao cruzar nossos dados (idade, peso e estatura) com os dos riscos de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (participantes e/ou de revisão bibliográfica), os participantes, nesta fase do projeto, se enquadram mais uma vez como aqueles que necessitam de prevenção e, não por coincidência, justamente o resultado pretendido neste projeto (exercícios físicos como prevenção).

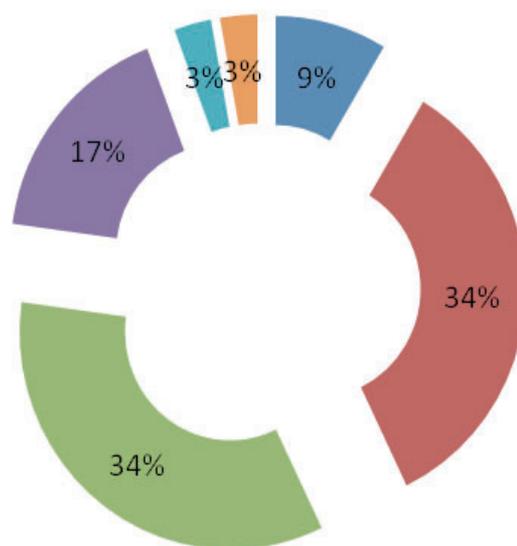
O QUADRO 1 retrata os índices referenciais que a Organização Mundial de Saúde utiliza em relação ao peso ideal pelo IMC; assim nossos dados tanto os que se referem aos homens como às mulheres estão acima do peso ideal (TABELA 2). Tal fato nos permitiu planejar, inicialmente, nossos exercícios com baixa intensidade e alto número de repetições, devido à necessidade de diminuir o peso atual dos participantes para melhoria do IMC.

Segundo Thomas e La Fontaine (1998), um dos maiores benefícios da atividade física regular é a melhoria do perfil lipídico a longo prazo; o tipo de exercício que mais atua no metabolismo de lipoproteínas é o aeróbio (BLAIR et al., 1996), pois eleva a concentração sanguínea da HDL-c e sua subfração HDL2, cujo aumento vem sendo associado inversamente às coronariopatias (COUILLARD et al., 2001).

Além disso, reduz de forma consistente as concentrações plasmáticas dos triglicerídeos, embora a diminuição do colesterol total e LDL-c seja controversa, pois é mais eficiente

quando associada à perda de peso e à restrição energética, pois praticantes de atividade aeróbia apresentam concentrações mais baixas de LDL3 do que sedentários, e esta subfração vem sendo associada às coronariopatias (THOMAS; LA FONTAINE, 1998).

FIGURA 3 – **Peso corporal (kg) médio dos praticantes do Opefi**



Fonte: Dados da pesquisa...

Legenda: ■ 40-50 ■ 51-60 ■ 61-70 ■ 71-80 ■ 81-90 ■ 101-110

QUADRO 1– **Demonstrativo da relação peso e IMC ideais, segundo a OMS**

Situação	IMC em adultos
Abaixo do peso ideal	Abaixo de 18,5
No peso ideal	Entre 18,5 e 25
Acima do peso ideal	Entre 25 e 30
Obeso	Acima de 30

Fonte: Organização Mundial da Saúde, ano.

Quando a variável é medida antropométrica, os dados trazidos pela literatura recente nos dizem que autores como Cabrera *et al.* (2005) utilizam-os e classificam-os como indicadores antropométricos de obesidade

central (RQC e CA) e de obesidade global (IMC). Nosso estudo pretende trabalhar na mesma linha e também utilizará esses dados iniciais na mesma forma de caracterização. Os dados coletados da circunferência abdominal foram e serão utilizados neste projeto porque são mais simples para mensurar e interpretar, e a literatura também consegue uma boa associação como a mortalidade (WOO; HO; SHAM, 2001). Entretanto, outros estudos identificam o RQC como melhor preditora da mortalidade principalmente em mulheres. Por isso também optamos por este dado, pelo fato de ele nos ajudar nas inferências sobre a qualidade do trabalho oferecido neste projeto e para alcance do nosso objetivo, que é a prevenção de fatores de risco.

QUADRO 2 – Demonstrativo da média de índice de massa corporal dos participantes do Opefi

Gênero	Peso	Estatura	IMC
Homens	76,20 ± 1,71	1,71 ± 0,10	26,01 ± 2,28
Mulheres	60,27 ± 8,84	1,60 ± 0,07	23,64 ± 2,79

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Dados apresentados em média ± desvio padrão.

Um ponto importante a ser destacado é a heterogeneidade do grupo de participantes, já que não houve nenhum tipo de seleção ou exigência para aderir ao projeto. No QUADRO 3 identificamos por faixa etária os participantes, o que possibilitou caracterizar onde se encontrava o maior número de participantes do grupo.

Segundo Fonseca et al. (2008), é considerado adulto o indivíduo na faixa etária entre 19-42 anos de idade, além disso, também afirma, a partir de estudos epidemiológicos, que este grupo de indivíduos tem alguma relação com os fatores de riscos cardiovasculares e o desenvolvimento da doença arterial coronariana. Dentre eles destacam-se a hipertensão arterial, a dislipidemia, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade, particularmente a de distribuição

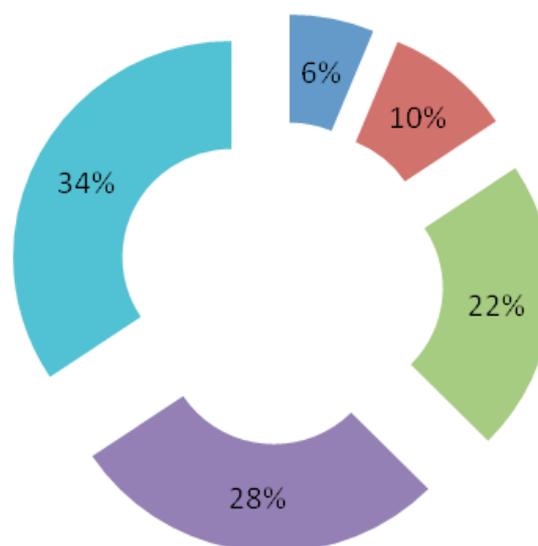
visceral ou central. Assim, nossos dados iniciais nos permitem inferir que estamos atingindo o público alvo proposto, a faixa etária supracitada. Foi possível, também, identificar que a simples oferta de exercícios físicos orientados ao público conta com a participação daqueles que desejam a melhoria da qualidade de vida, inconscientemente essa faixa etária faz uma relação com o risco de adquirirem doenças cardiovasculares.

QUADRO 3 – Faixas de idade média de participantes do Opefi

Faixas etárias	Quantidade
18-20 anos	2 pessoas
21-30 anos	7 pessoas
31-40 anos	3 pessoas
41-50 anos	8 pessoas
51-60 anos	9 pessoas
61-65 anos	3 pessoas
Total	32 pessoas

Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 4 – Medida da circunferência abdominal (cm) dos participantes do Opefi



Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: 50-60 61-70 71-80 81-90 91-100

Conforme proposto pela OMS (COCHRAN, 1953), a medida da circunferência da abdominal “CA” ideal está em ≤ 102 cm para homens e ≤ 88 cm para mulheres. Já Pereira *et al.* (2008), optam por postura mais rígida e mais adequada ao novo estilo de vida do século XXI, adotando com alto fator de risco indivíduos com circunferência abdominal (CA) > 80 cm, independente do sexo. Assim, independente do período ou da flexibilidade dos nossos dados, 62% do grupo de participantes foram classificados em situação de risco, risco este relatado como doenças crônico-degenerativas, (obesidade, hipertensão, aterosclerose, doença cardiovascular, diabetes e osteoporose) não transmissíveis. Tais dados reforçam a necessidade proposta por este projeto.

Destacamos que mesmo não fazendo distinção (exceto por faixa etária) de participantes, o projeto já está atingindo parte da população que necessita de conscientização e de prática de atividades físicas orientadas como promotora de saúde. No caso, nossos dados indicam que 62% dos participantes ficaram acima de 80 cm de circunferência abdominal, e encontram-se no grupo de risco. Nossas atividades deverão (projeto em fase inicial) agir numa tentativa de reverter o possível quadro de ausência de saúde que poderá se estabelecer ou já está estabelecido.

Segundo dados da Applied Body Composition Assessment (1996), é possível classificar RCQ pela idade em: baixo, moderado, alto e muito alto. Nossos dados (QUADRO 4) do grupo de participantes, tanto homens como mulheres, encontram-se na faixa de classificação de moderado. Resultado que nos deixa um pouco mais tranquilos porque não se encontram na faixa de risco quanto a esta variável. Mas é importante destacar que isso não desqualifica nossas atividades porque está, dentro de nossa proposta de atuação, a prevenção.

QUADRO 4 – Média da relação circunferência cintura/quadril dos participantes do Opefi

Gênero	Circunferência cintura	Circunferência quadril	Relação circunferência cintura/quadril
Homens	96,90 ± 11,39	103,20 ± 5,94	0,94 ± 0,09
Mulheres	81,69 ± 11,76	101,58 ± 5,91	0,81 ± 0,12

Fonte: Dados apresentados pelos autores.

Nota: Dados apresentados em média ± desvio padrão.

Este estudo sempre apresentará algumas limitações referentes à seleção de participantes, porque inclui somente pessoas de 18 a 65 anos de idade que voluntariamente se apresentaram para a prática de exercícios proposta neste projeto. Uma segunda limitação é que se trata de um público flutuante, que nem todos têm uma regularidade (frequência semanal de pelo menos 90%) na prática e/ou avaliações, fatos que já foram identificados. Além disso, a variabilidade e heterogeneidade presentes durante o transcorrer do projeto. Entretanto, apesar disto nossos resultados permitirão algumas conclusões que representarão características do público atendido.

Considerações finais

Como este projeto está em seu início, estamos em fase de adaptação, os dados são preliminares, porém já podemos inferir que a grande maioria dos participantes apresenta um perfil de quem necessita de atividades físicas para auxiliá-los na redução de peso, circunferência abdominal e diminuição da relação cintura/quadril (perfis antropométricos).

Outro ponto é que os tipos de atividades

propostas, mesmo no início das atividades, estão, juntamente com o tempo, repetições e frequência de execução, adequadas, já que a maioria do público se encontra fora do recomendado pela OMS.

Concluindo, uma pequena parte dos participantes que se encontra dentro dos padrões antropométricos, também está ajustada com o projeto, já que segue os princípios da promoção da saúde pela prevenção.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). **Manual para teste de esforço e prescrição de exercício**. Rio de Janeiro: Reventer, 1996.

_____. **Textbook of medical physiology**. Philadelphia: Saunders, 1986.

BOUCHARD, C. et.al. **Exercise, fitness and health**. Champaign, [s.n.], 1988.

BROOKS, G. A.; FAHEY, T. D. **Exercise physiology and human bionergetics and its applications**. New York: Wiley & Sons, 1984.

CASSEL, C. **The practical guide to aging: what everyone needs to know**. 3rd ed. New York: University Press, 1999.

COCHRAN, W. G. **Sampling techniques**. New York: John Wiley & Sons, 1953.

FREITAS, R. H.; COSTA, R. V. C. **Ergometria e reabilitação em cardiologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

GANONG, W. F. **Fisiologia Médica**. Tradução D. Hazan. São Paulo: Atheneu, 1972.

GUYTON, A. G. **Fisiologia humana**. Tradução J. R. MAGALHÃES, M. T. A. SILVA. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981.

KANDEL, E. et. al. **Principles of neural sciences**. 3rt. ed. Norwalk: [s.n.], 1991.

MION Jr., D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos, 1999.

MOUNTCASTLE, V. B. **Fisiologia médica**. Tradução João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978.

PARDINI, R.; MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; FIGUEIRA JR., A.; RASO, V. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 45-52, jul.-set. 2001.

ROBERGS, R. A.; ROBERTS, S. O. **Exercise physiology: exercise performance and clinical applications**. St. Louis: Mosby, 1997.

MAGALHÃES, J. R.; SILVA, M. T. A.; McARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Exercise physiology, nutrition and human performance**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1985.

WEUVE, J.; KANG, J. H.; MANSON, J.E.; BRETELIER, M.M. B.; WARE, J. H.; GRODSTEIN, F. Physical activity, including walking, and cognitive function in older people. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, Vol. 292, no.12, p.1454-1461, Sept. 22-29, 2004.

WOO, J.; HO, S. C.; SHAM, A. Longitudinal changes in body mass index and body composition over 3 years and relationship health outcomes in Hong kong Chinese age 70 and older. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s.l.], Vol. 49, no. 6, p. 737-746, June 2001.

DESVELANDO AS VIVÊNCIAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena D'Oliveira Gusmão¹
Andressa Raisa de Carvalho Silva²
Thamirys Freitas Nolasco³

Resumo: Este artigo descreve a experiência vivenciada no Projeto de Extensão intitulado *Oficina de Orientação Sexual*, que objetivou promover a amadurecimento sociopessoal do adolescente quanto à vida sexual, pensando-se num futuro livre de situações indesejadas, intuindo, desta forma, que estes passem a ter uma vida sexual responsável, baseada no respeito e na segurança, por meio de discussões de temáticas como Puberdade, Aparelho Reprodutor, Fecundação, Gestação e Parto, Aborto, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Métodos Contraceptivos e Violência Sexual. As ações foram efetivadas em parceria com a equipe de uma Unidade Básica de Saúde do município de Guanambi, Bahia. Os beneficiários diretos deste projeto foram adolescentes de 12 a 18 anos, adscritos na unidade referida. As atividades ocorreram em três momentos: preparação dos monitores, envolvimento dos pais e execução das oficinas. As oficinas e as dinâmicas de grupo foram as estratégias metodológicas escolhidas por possibilitarem a troca de experiências. Tendo em vista as ponderações dos adolescentes nas temáticas abordadas, o aprendizado e as expressões sobre suas vivências, e observando o crescimento pessoal, acadêmico e reflexivo das autoras, é possível dizer que a experiência foi extremamente enriquecedora, estabelecendo uma relação de cumplicidade entre educadores e adolescentes e, portanto, favorecendo a troca de experiências e conhecimentos.

Palavras-Chave: Educação sexual. Sexualidade. Adolescentes.

Abstract: This article describes their experience in Extension Project titled *Workshop on Sexual Orientation*. The project aimed to promote social and personal maturity and the teen's sex life, thinking in a future free from unwanted situations, realizing in this way that they become responsible sex lives based on respect and safety, through discussions of topics such as puberty, reproductive system, fertilization, pregnancy and childbirth, abortion, sexually transmitted diseases, contraception and sexual violence. The actions were effective

1 Graduada em Enfermagem pela FTC e especialista em Terapia Intensiva pelo IBPEX.

2 Graduanda em Enfermagem pela Uneb.

3 Graduanda em Enfermagem pela Uneb.

in partnership with the team of a Basic Health Unit of the municipality of Guanambi - BA. The direct beneficiaries of this project were adolescents aged 12 to 18 years, the unit referred to serfs. The activities took place in three stages: preparation of displays, parental involvement and implementation of workshops. Workshops and group dynamics were chosen to methodological strategies as they allow the exchange of experiences. Given the weighting of the adolescents in the themes, learning and the expressions on their experiences, and observing the personal growth, academic and reflective of the authors, one can say that the experience was extremely enriching, establishing a relationship of complicity between educators and adolescents and, therefore, facilitating the exchange of experiences and knowledge.

Keywords: Media texts. Sex Education. Sexuality. Adolescents.

Introdução e objetivos

A adolescência é uma fase extremamente marcante e definitiva para o processo de evolução humana, bem como muito discutida por vários autores, sendo [...] entendida como uma fase de indefinição, de transição, e ainda, um período passível de conflitos e crises, porém um período de busca de liberdade (SILVA, M. S.; SILVA, M. R. da; ALVES, 2004).

De acordo com Brasil (2000), a adolescência abrange, em termos de idade, dos 10 aos 19 anos, e caracteriza-se como uma fase de crescimento e desenvolvimento intensos, manifestados por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. Ressalta-se que, em conformidade com a Organização Mundial da Saúde, essa etapa compreende dos 10 aos 20 anos, e segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, dos 12 aos 18.

O desenvolvimento e a maturidade do adolescente sofrem muitas influências, sendo que

a influência do grupo é normalmente a mais preponderante. Em se tratando da sexualidade, não é diferente e, mesmo que o adolescente possua o despertar para o agir sexual e seja, naturalmente, um ser sexualizado, em geral ele não apresenta a completa maturidade e a responsabilidade para vivenciá-la com segurança.

A sexualidade se desenvolve durante toda a vida humana e a maneira como se dá este desenvolvimento pode variar conforme a cultura, a época e as pessoas. Entretanto, é válido salientar que a adolescência é um momento decisivo e o mais importante do desenvolvimento sexual humano, pois é nela que a sexualidade se genitaliza, ocorrendo intensas transformações biopsicossociais que proporcionam, ao adolescente, a possibilidade de repensar identificações e aquisições anteriores, reestruturando assim a própria identidade. Sabe-se que a sexualidade é dinâmica e assume novas formas a cada etapa do desenvolvimento humano, estando presente em todos os momentos de nossa existência, permeando as relações com outros e consigo mesma (MINAS GERAIS, 2006).

Desta maneira, entende-se que a sexualidade não é apenas sexo, mas envolve vários aspectos, inclusive de afetividade. A Organização Mundial da Saúde ([200-], p. 1) afirma que

a sexualidade é um aspecto central do bem-estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Portanto levar o adolescente a pensar e a rever os próprios conceitos e valores, fazendo-o ser capaz de decidir e refletir sobre “porque sim” ou “porque não” é fundamental para a construção de seu projeto de vida. Dentro desse contexto, o projeto começou a ser delineado com o intuito de abordar a Educação Sexual na Unidade Básica de Saúde, rompendo os limites da família e da escola e dividindo com elas a responsabilidade desta orientação.

Desta maneira, justifica-se o projeto em questão, o qual objetivou principalmente a concretização de um espaço propício ao questionamento dos adolescentes e à socialização de experiências, favorecendo ao adolescente o reconhecimento do próprio corpo e a conscientização acerca da importância de uma conduta preventiva vinculada ao início da atividade sexual, por meio da adoção de um comportamento sexual responsável, com respeito e segurança, refletindo sobre os diversos tabus e preconceitos que envolvem este tema, promovendo o amadurecimento sociopessoal do adolescente quanto à vida sexual, pensando-se num futuro livre de situações indesejadas.

Ressalta-se ainda que para a formação acadêmica adequada é imprescindível a interação com a sociedade, e a atividade de extensão configura-se como a prática acadêmica na qual a Universidade responde às demandas da população, possibilitando uma completa formação profissional.

Metodologia

Esta é a descrição de um relato de experiência sobre atividades educativas voltadas para a promoção da saúde de adolescentes, realizadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Guanambi, Bahia, localizado no sudoeste baiano, a aproximadamente 800 km da capital Salvador, ocorridas no período de fevereiro a junho de 2011. Estas atividades de educação em saúde foram realizadas durante a vigência do projeto de extensão intitulado *Oficina de Orientação Sexual*, promovido pela Universidade do Estado da Bahia (Uneb), *Campus XII*.

Suplicy (2005) expõe que a orientação sexual provê as lacunas de informação, remove os preconceitos e agita os conflitos dos adolescentes, abrindo um espaço no qual eles podem demonstrar suas angústias e medos. O objetivo principal da educação sexual é preparar os ado-

lescentes para uma vida sexual segura, esclarecendo questões relacionadas ao sexo, livre de preconceitos e tabus, chamando-os à responsabilidade de cuidar de seu próprio corpo para que não ocorram situações futuras indesejadas.

O projeto foi desenvolvido em três etapas distintas, sendo que a primeira se baseou na preparação da equipe envolvida com o projeto. Para tanto, foi realizada uma capacitação com os monitores, para que estes pudessem lidar com as manifestações da sexualidade dos adolescentes, o que firmou a busca e estimulou leituras aprofundadas de todos os conteúdos que seriam abordados.

A segunda etapa se baseou na preparação da comunidade para o acolhimento do projeto, no qual houve o envolvimento dos pais, por meio de uma reunião para tal apresentação, e a exposição da necessidade de promoção da orientação sexual aos adolescentes. Ainda nessa etapa foram feitas divulgações no bairro através de cartazes informativos e entrega de convites individuais aos adolescentes para participarem voluntariamente do projeto.

A terceira etapa constituiu o preparo e a execução das oficinas com os temas predeterminados, que seguiram uma sequência preestabelecida. Acrescenta-se que as oficinas foram realizadas uma vez por semana na UBS, com duração de 2 a 3 horas, nos turnos matutino e vespertino, para que pudesse ser contemplado um público maior de adolescentes.

As oficinas e as dinâmicas de grupo foram definidas como estratégia metodológica por possibilitar o envolvimento dos participantes e a troca de experiências, propiciando a exposição dos diferentes olhares e julgamentos acerca das temáticas propostas.

Para Carvalho; Rodrigues e Medrado (2005), a oficina é um trabalho estruturado com grupos, focado em uma questão central, proposta pelos mesmos, em um dado contexto social, que busca não apenas uma reflexão racional, mas o envolvimento dos sujeitos de modo integral.

Análise e discussão dos resultados

As execuções das oficinas com o público-alvo ocorreram em seis momentos distintos: a primeira oficina, denominada de *Puberdade e mudanças*, abordou subtemas como: imagem corporal e mudanças físicas ocorridas durante a puberdade. Houve a apresentação de *slides*, com uma breve explanação do tema proposto, e utilizadas imagens para ilustrar as mudanças ocorridas durante tal período.

Na segunda oficina, com o tema Aparelho reprodutor masculino e feminino, foi realizada uma abordagem morfofuncional do aparelho reprodutor, e discutido acerca da higiene e do período menstrual. Esta se deu com a utilização de peças anatômicas e apresentação de slides para melhor visualização.

Fecundação, gestação e parto, temas da terceira oficina, foram trabalhados através de uma minipalestra e da exposição de vídeos autoexplicativos com ilustrações. O encontro seguinte teve como objeto de estudo a Gravidez na adolescência: prevenção e responsabilidade, discutindo-se os métodos contraceptivos, as implicações de uma gestação precoce, não planejada e o aborto.

Já na quinta oficina, abordou-se como tema as “Doenças Sexualmente Transmissíveis HIV/Aids”. Contou-se com o auxílio do Centro de Testagem e Aconselhamento de DST/Aids-CTA. Neste dia, foram distribuídos preservativos, tanto masculinos quanto femininos, bem como foi realizada uma prática demonstrando o uso correto dos mesmos em próteses. A última oficina se fundamentou na “violência sexual”, que teve como objetivo promover e orientar sobre os cuidados que devem ser tomados quando sua vontade é violada, e que, quando submetida a essa situação, a pessoa tem amparo legal da justiça e, para isso, deve acioná-la.

Após a realização das oficinas, foi feito um teste de conhecimentos com os adolescentes, envolvendo os temas abordados no projeto, seguido de uma análise geral com todos os envol-

vidos (orientador, monitores e adolescentes), no intuito de avaliar a satisfação dos mesmos.

Durante a escuta ativa dos participantes, no que concerne à opinião acerca do trabalho prestado, os mesmos relataram satisfação com todas as atividades desenvolvidas e demonstraram interesse em manter este elo estabelecido a partir de então, com a disponibilização antecipada para participar de atividades futuras planejadas.

Observou-se que os adolescentes se mostraram receptivos, à vontade para se expressar, participando de todas as atividades propostas. Não só ouviram as explicações, mas também interagiram fazendo perguntas e respondendo aos questionamentos, com espontaneidade e liberdade. Percebeu-se que eles apresentavam conhecimentos prévios sobre o assunto; observou-se, entretanto, que estes, por vezes, eram distorcidos, concluindo-se, desta forma, que este conhecimento em si não era suficiente para afastá-los de situações de risco, principalmente pela influência exercida pelos grupos. As oficinas realizadas desta forma serviram para ampliar o saber dos participantes, como foi observado por meio do teste de conhecimento.

Sendo assim, tendo em vista as participações e ponderações dos adolescentes, as expressões sobre suas próprias vidas sexuais e afetivas e o observado crescimento pessoal, acadêmico e reflexivo das autoras, é possível dizer que a atividade extensionista foi extremamente enriquecedora, uma vez que foi estabelecida uma relação de cumplicidade entre educadores e adolescentes, o que favoreceu a troca de experiências e conhecimentos.

Considerações finais

No transcorrer da construção deste artigo, o método de trabalho selecionado, a elaboração das atividades a serem desenvolvidas nas oficinas, enfim, todo o processo teve o intuito principal de despertar o interesse dos adoles-

centes, de modo a motivar a sua participação.

No bojo das discussões acerca da sexualidade e do projeto em questão, considera-se que este propiciou a construção de um espaço reservado para a problematização de questões trazidas pelos participantes, relativas à adolescência e sexualidade, cooperando, desta forma, para que os mesmos assumam o exercício de sua sexualidade de forma segura e preventiva, diminuindo, assim, os riscos à saúde e proporcionando o bem-estar físico, psicológico e social.

Considera-se que as oficinas tiveram alta aceitabilidade por parte do público-alvo, com a participação efetiva deste nas atividades propostas, objetivo primordial do projeto. As socializações ocorridas no transcorrer das oficinas demonstraram o conhecimento dos envolvidos acerca dos temas abordados.

Ressalta-se, ainda, que este projeto respondeu às premissas básicas da atividade de extensão, uma vez que atendeu às demandas da população e propiciou o crescimento técnico-científico dos envolvidos, ratificando o espaço social como um espaço privilegiado de produção do conhecimento.

Considera-se que é de suma importância consolidar esta prática como um processo acadêmico definitivo e concretizado em função das exigências da realidade, sendo este imprescindível para a formação do discente, a qualificação do docente e o intercâmbio com a sociedade.

Constata-se, pois, a urgente necessidade de inserção das equipes de saúde, especialmente da enfermagem, na realidade e no acompanhamento dos adolescentes para que os mesmos não se perpetuem em situações de risco.

Trabalhar com o adolescente é instigante e rejuvenescedor, mas cansativo, pois exige atenção constante. Se o profissional tiver uma mente aberta para o novo, vai estar sempre aprendendo com ele e, concomitantemente, obtendo resultados surpreendentes e facilmente palpáveis não somente ao término, mas em toda a travessia.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos juventude e desenvolvimento**. Brasília, DF: agosto, 1999. v.1.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente** (Lei n. 8069/90). Brasília, DF: COMANDA, 2000.

CARVALHO, A. M.; RODRIGUES, C. S.; MEDRADO, K. S. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 10, n. 3, p. 1, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jul. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. Belo Horizonte: SAS, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sexual and reproductive health**. Genebra: OMS, [200-]. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health/>>. Acesso em: 4 abr. 2011.

SILVA, M.S.; SILVA, M. R. da; ALVES, M. F. P. Sexualidade e adolescência: é preciso viver os tabus. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: [s.n., [2004?]]. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Educa/Educa169.pdf>>. Acesso em: [200-].

SUPLICY, M. **Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia**. 10. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ATIVIDADES FISIOTERAPÊUTICAS NA PROMOÇÃO DE VIDAS SAUDÁVEIS – OFICINA CORPO EM MOVIMENTO

Roberta Leane Oliveira Araújo Santos¹

Elis Maria Nunes Cerqueira²

Geovana Souza Oliveira³

Kláudia Maia da Silva⁴

Maria Lays Souza Ganem Silva⁵

Murilo de Jesus Santos⁶

Nádia Menezes Teixeira⁷

Vanessa Belane Santos de Morais⁸

Resumo: Pensando no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e buscando colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos pelos estudantes no decorrer do Curso de Fisioterapia da Unime, Itabuna, Bahia, foi preparado um circuito com atividades diferenciadas para serem aplicadas com os pacientes portadores de patologias neurológicas atendidos pelo Estágio Supervisionado em Neurologia da Clínica Escola de Fisioterapia da Unime, como forma de tirá-los da rotina das condutas fisioterapêuticas, através da promoção de um momento saudável e descontraído, capaz de ampliar o vínculo entre a equipe e os pacientes, além de melhorar o desempenho físico dos indivíduos participantes da oficina intitulada Oficina Corpo em Movimento. Para isso, os pacientes foram divididos em dois grupos e acolhidos pelos estudantes do 7º semestre, os quais aplicaram atividades de alongamento, coordenação, marcha, equilíbrio e relaxamento. A atividade proposta possibilitou uma estratégia de socialização, além da promoção de pacientes mais felizes e empenhados em realizar as atividades solicitadas. Assim, a aplicação da oficina teve grande relevância para a formação acadêmica, já que essa prática proporcionou construção de conhecimento e incentivou o trabalho em equipe, além de atingir seu objetivo principal: modificar a rotina de atividades fisioterápicas dos pacientes, incentivando-os a continuar o tratamento.

1 Fisioterapeuta, especialista em Gerontologia e Geriatria pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), mestranda em Biologia e Biotecnologia de Microrganismos pela Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) e professora da disciplina Estágio Supervisionado em Fisioterapia do Adulto I (Cardiorrespiratória e Neurologia) da União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime).

2 Colaboradora.

3 Colaboradora.

4 Colaboradora.

5 Colaboradora.

6 Colaborador.

7 Colaboradora.

8 Colaboradora.

Palavras-Chave: Atividade física. Hábitos saudáveis. Fisioterapia.

Abstract: Thinking about development of healthy lifestyles and seeking put into practice the theoretical knowledge acquired by students during the course of Physiotherapy Unime, Itabuna, Bahia, a circuit was prepared with different activities to be applied to patients with neurological conditions met Supervised Internship in the Neurology Clinic of the School of Physiotherapy, as a way to get them out of the routine practice of physical therapy by promoting a healthy and relaxed time, able to extend the link between staff and patients and improve physical performance of individuals participating in the workshop entitled "Moving Body Shop." For this purpose patients were divided into two groups and received by the 7th semester students, who applied stretching activities, coordination, gait, balance and relaxation. The proposed activity enabled a strategy of socialization, and promotion of patients happier and more committed to performing the tasks requested. Thus, the implementations of the workshop was highly relevant to the academic, since this practice has provided knowledge building and encouraged teamwork, and achieve its main goal: to change the routine activities of physical therapy patients, encouraging them to continue treatment.

Keywords: Activity. Healthy lives. Physical therapy.

Introdução e objetivos

Os benefícios biológicos, psicológicos e sociais da atividade corporal têm sido destaque no momento atual. Já que se trata de uma estratégia para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, o exercício feito em grupo tem a vantagem de facilitar a adesão e a movimentação para a prática de atividades físicas (BRASIL, 2006).

A Fisioterapia, estratégia de ação importante para prevenção e tratamento de patologias específicas, vem sendo apontada como grande técnica para melhoramento de habilidades e promoção de independência funcional, autoestima, confiança e qualidade de vida dos indivíduos (CASSIANO et al., 2005; HELDT, 2008). Assim, a Clínica Escola de Fisioterapia da Unime, em Itabuna, é de fundamental importância para os estudantes e para a sociedade, uma vez que os alunos podem colocar em prática os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no decorrer do curso e compartilhá-los com a comunidade gratuitamente.

A atividade fisioterapêutica representa, para os pacientes e familiares, a possibilidade, em curto prazo, de retorno da funcionalidade. Porém, torna-se um processo muito lento diante das dificuldades e do tempo prolongado de tratamento, que, com o transpor do período, induzem a uma diminuição na adesão terapêutica, resultando, de forma gradativa, no abandono dos exercícios (Perlini; Faro, 2005).

Dessa forma, a oficina intitulada Oficina Corpo em Movimento é uma atividade prática proposta pelos alunos e pela supervisora de estágio, como etapa para sua formação profissional, com visão crítica, capaz de desenvolver competências, além da oportunidade de levar à população uma melhoria da saúde.

A oficina constitui uma ação proposta aos alunos de fisioterapia no sentido de ampliar sua atuação futura como profissionais generalistas, promovendo uma visão holística do cuidado ao indivíduo portador de patologia neurológica. Ao mesmo tempo, a abordagem diferenciada aplicada ao tratamento de cada indivíduo possibilita a ampliação e produção de conhecimento da temática e da sua influência no vínculo entre a equipe e pacientes, na promoção de um momento de atividade física e descontração, além do incentivo à melhoria no desempenho físico dos indivíduos participantes.

Metodologia

A Oficina Corpo em Movimento está vinculada ao setor de Fisioterapia da União Metropolitana de Educação e Cultura (Unime), no município de Itabuna, Bahia, e tem como público-alvo os pacientes com acometimentos neurológicos atendidos na Clínica-Escola de Fisioterapia da Unime, turno matutino. A oficina ocorreu em maio de 2011, os procedimentos realizados foram aplicados pelos alunos do 7º semestre (concluintes) e orientados pela supervisora dos estágios de Neurologia e Cardiorrespiratória.

São atendidos, gratuitamente, pelos discentes concluintes do curso de Fisioterapia, aproximadamente 22 indivíduos portadores de sequelas neurológicas, por turno, porém participaram da oficina apenas os pacientes que se disponibilizaram e aceitaram a intervenção de maneira diferenciada, totalizando 9 indivíduos. Cada sessão teve duração de 50 a 60 minutos.

Os procedimentos utilizados para aplicação da oficina estão apresentados a seguir:

A) divisão dos pacientes em dois grupos – Grupo I e Grupo II, levando em consideração as limitações e o diagnóstico clínico;

B) aplicação do Cronograma de Atividades descrito abaixo:

– 1º Momento: acolhimento dos pacientes e aferição dos sinais vitais;

– 2º Momento: alongamento, em grupo, com um estudante para cada paciente. Foram enfatizados alongamentos que envolviam as articulações do pescoço, ombro, punho, joelhos, quadris, tronco e tornozelo;

– 3º Momento: realização do circuito. Cada estagiário acompanha seu paciente na realização das seguintes atividades:

- treino de marcha lateral com utilização dos cones;
- marcha com obstáculos utilizando os bastões coloridos;
- treino de coordenação para os membros superiores: cada participante deveria identificar seu nome escrito no espelho e apagar;
- subida e descida de degraus com utilização das escadinhas;
- treino de equilíbrio e dissociação de cintura na bola suíça;
- dança;
- treino de marcha em superfície irregular, utilizando tatames;
- andar em linha reta;
- chutar a bola para o gol;

– 4º Momento: relaxamento com música e alongamento;

– 5º Momento: liberação dos pacientes e entrega de cada um aos seus acompanhantes.

Dessa forma, todos os procedimentos somatizados tiveram sua aplicação voltada para a assistência ao indivíduo como um todo, trabalhando em um só momento técnicas de alongamento, coordenação, marcha, equilíbrio e relaxamento, de forma divertida e fora do cotidiano da terapia já realizada.

Análise e discussão dos resultados

Os resultados possibilitaram a ampliação do vínculo entre a equipe e o grupo tratado, sendo percebido através da troca de informações individuais e/ou coletivas o entrosamento e a felicidade dos participantes durante a realização das atividades. Segundo Brasil (2006, p.46), o trabalho em grupo permite “descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade, conseqüentemente elevar a auto-estima”.

O trabalho em grupo tem se tornado realidade

no cotidiano das equipes de saúde. O processo de reabilitação deve ocorrer no nível das atividades da vida diária na motricidade, com o intuito de aproveitar a capacidade máxima funcional, a qual permitirá adaptação do indivíduo ao meio em que vive (CAVALHIDO; PONTES, 2009).

A seguir estão os resultados do Projeto de Extensão Oficina Corpo em Movimento (FIGURAS 1 a 26), observados e registrados através de fotografias e das reações de alegria e dos comentários positivos após a realização das atividades.

FIGURAS 1 e 2 – Acolhimento dos pacientes e aferição dos sinais vitais do Grupo I e Grupo II, respectivamente



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 3 e 4 – Alongamento dos indivíduos dos Grupos I e II, respectivamente



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

Dantas (1999, p. 325) afirma que o alongamento mantém a amplitude de movimento articular, isto é, mantém a flexibilidade corporal.

FIGURAS 5, 6, 7 e 8 – Treino de marcha lateral, sem e com obstáculos, Grupos I e II





Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 9 e 10 – Treino de coordenação para os membros superiores



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 11 e 12 – Subindo e descendo degraus



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 13 e 14 - Treino de equilíbrio e dissociação de cintura pélvica



Fonte: Acervo de Roberta Leane.



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 17 e 18 – Treino de marcha em terrenos instáveis



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 15 e 16 – Dançando e descontraído



FIGURAS 19 e 20 – Andar em linha reta



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 23 e 24 – Relaxamento



Fonte: Acervo de Roberta Leane.



FIGURAS 21 e 22 – Chutando a bola para o gol



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

FIGURAS 25 e 26 – Liberação dos Grupos I e II



Fonte: Acervo de Roberta Leane.

A integração do grupo ocorreu à medida que os participantes demonstravam tranquilidade e segurança para desempenhar as atividades elaboradas. Os participantes da oficina tiveram a opção de, espontaneamente, relatar depoimentos a respeito da atividade aplicada.

Considerações finais

Concluiu-se que a aplicação da oficina em grupo concorda com as diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia, que preconiza a formação acadêmica de qualidade e busca proporcionar construção de conhecimento e incentivar o trabalho em equipe.

A atividade proposta promoveu interação paciente/terapeuta, terapeuta/terapeuta e pa-

ciente/paciente, possibilitando uma estratégia de socialização. Dessa forma, além da modificação da rotina de atividades fisioterápicas a que são submetidos diariamente, foram notados pacientes mais felizes e correspondendo às atividades solicitadas de maneira mais empenhada. A aplicabilidade do projeto foi evidenciada pelo bom humor dos indivíduos e pela postura ética dos profissionais envolvidos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: , 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19.).

CAVALHIDO, T.; PONTES, M. Reabilitação domiciliar em pessoas que sofrem um Acidente Vascular Cerebral. **Revista da Faculdade de Ciência da Saúde**, Porto, v.6, p. 140-150, 2009. Disponível em: <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

CASSIANO, J. G.; DIAS, J. M. D.; SALMELA, L. F. T.; PEREIRA, G. dos S.;

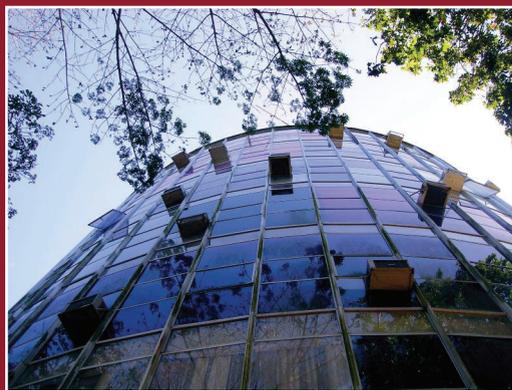
MAGALHÃES, C. M. Promovendo saúde e qualidade de vida em adultos maduros e idosos. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8., 2005, Belo Horizonte. [**Anais...**] Belo Horizonte: [s.n.], 2005. [p. não informado].

DANTAS, Estélio H. M. **Flexibilidade**: alongamento e flexionamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Shape, 1999.

HELDT, G. **Reabilitação cognitiva e terapia ocupacional**. [S.l: s.n.], 2008. Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/reabilitacao-cognitiva-e-terapia-ocupacional>>. Acesso em: 1º dez. 2010.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoas incapacitadas por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-163, jun. 2005.

REVISTA FOCANDO A EXTENSÃO



A Revista Focando a Extensão, publicação semestral editada pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Santa Cruz, tem por finalidade publicar artigos inéditos de extensão universitária nas áreas temáticas: Comunicação; Cultura; Direitos Humanos e Justiça; Educação; Meio Ambiente; Saúde; Tecnologia e Produção; Trabalho.

ISSN 2236-5109

