



**RELATO DE ENSINO OU EXPERIÊNCIA  
TRABALHO COMPLETO**

## 6297323 EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: ESTUDO DE CASO ATRAVÉS DO OLHAR PSICODRAMÁTICO

Marieli Mezari Vitali<sup>1</sup>, Amanda Castro<sup>1</sup>

Universidade Do Extremo Sul Catarinense - UNESC (Curso De Psicologia)<sup>1</sup>

### Resumo

O relato de experiência se trata, portanto, de um relato de caso de uma das pacientes atendidas, chamada aqui de Ana, uma mulher de 39 anos com queixa inicial de dificuldade de se relacionar socialmente, foram realizadas 10 sessões entre março e junho de 2018, o plano terapêutico elaborado para o decorrer de suas sessões consistiu na utilização da técnica do duplo espelhado para fluir o desenvolvimento da matriz de identidade. Conforme transcorriam as sessões algumas mudanças se tornaram visíveis em Ana, ela passou a se arrumar mais, sua postura se tornou mais ativa e passou a sorrir mais, também começou a cuidar mais de si mesma dedicando mais tempo a si e ao seu filho, emagreceu e começou a se maquiar. Mas as mudanças foram além das externas, que são indicadores do início do fluir das fases da Matriz de Identidade, passam para as relações afetivas que ela estabelece, relata que passou a conversar mais com a filha, informações além de saber sobre o ex-marido, mas realmente se interessar pela vida dela, com o filho aos poucos torna-se mais carinhosa, conseguindo externalizar afeto. No trabalho que no início dos atendimentos relata ser um lugar de sofrimento pela exigência de interação, passa a estabelecer conversar e fazer amizades, exemplos que demonstram o desenvolvimento do Reconhecimento do TU.

**Palavras-chave:** psicodrama, matriz, paciente, psicoterapia.

### 1 Introdução

O estágio em Psicologia Clínica é um pré-requisito do curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense que tem por objetivo integrar a aprendizagem teórica e prática, é realizado na Clínica Integrada da universidade pelos alunos do nono e décimo período sob orientação semanal de uma psicóloga/professora orientadora, visando garantir a efetuação de um trabalho de qualidade e segundo os pressupostos teóricos da Psicologia Clínica e também da abordagem teórica do Psicodrama.

O principal objetivo deste estágio é propiciar aos acadêmicos de Psicologia a experiência prática do funcionamento e contexto do processo psicoterápico, através do contato direto com os pacientes, aperfeiçoando seu conhecimento teórico e prático para possibilitar uma melhor compreensão da área de atuação. Além de oferecer a comunidade na qual a instituição está inserida o acesso a serviços gratuitos.

A abordagem utilizada se trata do Psicodrama, criada por Jacob Levy Moreno. Desta forma, a anamnese foi embasada nas fases da Matriz de Identidade e as técnicas do Psicodrama utilizadas para desenvolver o plano terapêutico específico para cada paciente, buscando o treinamento da espontaneidade e criatividade, para romper as conservas culturais.

O relato de experiência se trata, portanto, de um relato de caso de uma das pacientes atendidas, chamada aqui de Ana, uma mulher de 39 anos com queixa inicial de dificuldade de se relacionar socialmente, foram realizadas 10 sessões entre março e junho de 2018, o plano terapêutico elaborado para o decorrer de suas sessões consistiu na utilização da técnica do duplo espelhado para fluir o desenvolvimento da matriz de identidade.

## 2 Referencial Teórico

Toda a teoria desenvolvida por J. L. Moreno é contemplada pelo nome socionomia, que se divide em 3 ramos: a sociodinâmica que estuda os processos grupais, a sociometria busca entender quantitativamente os vínculos afetivos entre os membros de um grupo e a sociatria busca tratar os grupos através de métodos de ação, tem como objetivo trabalhar para esclarecer, desenvolver e transformar as relações, tanto dos sujeitos individualmente (como o psicodrama e psicodrama bipessoal) quanto nas relações sociais e grupos (como o sociodrama, por exemplo) (NERY, 2010).

O psicodrama tem sua origem no teatro, na psicologia, mas também na sociologia. Em uma sessão psicodramática não se permanece apenas no verbal, há a ação, expressão corporal e interação, o sujeito passa a ser responsável não só pelo que fala, mas também pelo que faz. Essa entrega possibilita demonstrar de forma ainda mais clara e rápida as defesas conscientes e inconscientes do sujeito (ROJAS-BERMÚDEZ, 1980).

Bustos (2005) define que os psicodramatistas, diferentemente do que muitos citam, não trabalham com o corpo, mas sim, com a ação, a metodologia psicodramática visa a ação, com técnicas corporais, mas também verbais. Ainda, dentro do psicodrama, cada profissional definirá a forma como seguirá o processo terapêutico, há psicodramatistas que utilizam cenas e também os que trabalham apenas com imagens estáticas.

Moreno (2008) define psicodrama como a ciência que aborda a verdade através de métodos de ação (dramáticos) que trabalha as relações interpessoais, mas também o mundo intrapsíquico dos indivíduos. Em sua concepção original o psicodrama é composto por 5 elementos principais: palco, sujeito/ator, diretor, egos auxiliares e público. Ao possibilitar o encontro com pessoas com quem precisa falar, o self do indivíduo consegue se reorganizar e possibilitar uma catarse de integração através da junção de elementos que até então estavam separados, integrando-os e possibilitando uma sensação de alívio. Ainda, explana que o psicodrama não busca modificar o indivíduo ou restaurá-lo à “normalidade”, mas sim, manter a pessoa num estado de não-sublimação, que seria um nível mais próximo possível de seu crescimento natural, sem doutrinação, visando o desenvolvimento da espontaneidade do indivíduo.

O Psicodrama passou por modificações pelos pós-morenianos, conceitos e teorias foram desenvolvidas a partir da base fornecida por J.L. Moreno. Atualmente é frequente encontrar o trabalho psicodramático de forma individual (ou bipessoal), apesar dos trabalhos grupais ainda serem desenvolvidos pelos psicodramatistas. Dentre as vertentes do psicodrama que trabalham com a relação terapeuta x paciente, temos as mais conhecidas atualmente: psicodrama bipessoal (CUKIER, 1992) e a psicoterapia da relação (FONSECA, 2010), além da análise psicodramática (DIAS, 1994).

Toda sessão de psicodrama é dividida em 3 etapas: aquecimento, dramatização e compartilhamento. Nery (2010) define claramente cada etapa, a autora traz que o aquecimento se trata do momento em que o diretor e paciente (ou membros, caso seja um

grupo) se preparam para o encontro terapêutico, nesta etapa o diretor usa recursos ou técnicas, seja com iniciadores mentais, corporais, imaginários ou com outros recursos. O aquecimento é um processo que se manifesta no organismo na medida em que este se esforça para realização de um ato, que para Moreno (2014) é composto por expressões somáticas, psicológicas ou sociais.

A etapa da dramatização corresponde ao momento de vivenciar o drama, concretizando-o na realidade suplementar, a imaginação é a base nesta etapa, pois a vivência se aprofunda no “como se”, aqui pode-se utilizar as diversas técnicas de ação (ou não) psicodramáticas para resolução dos conflitos e reafirmação da identidade (NERY, 2010). Vivenciar o drama não significa renovar o sentimento relacionado àquele tema, mas que: “toda e qualquer segunda vez verdadeira é a libertação da primeira” (MORENO, 2014, p. 78).

A etapa final, o compartilhamento é o momento de expressar os sentimentos e o que percebeu durante a sessão (NERY, 2010). Zerka Moreno, Blomkvist e Rützel (2001) complementam que quando ocorre em grupo é o momento em que os participantes compartilham o que a história de vida do protagonista despertou da sua própria vida. Esse não é o momento de dar conselhos ou analisar o que foi dito e dramatizado entre os membros.

Dentre o amplo leque de técnicas disponíveis para utilização nas sessões (seja no âmbito individual/bipessoal, seja no grupal) há algumas que são consideradas as clássicas, desenvolvidas por Moreno a partir da sua visão de desenvolvimento humano (matriz de identidade), sendo elas: o duplo, o espelho, a inversão de papéis e o solilóquio.

A técnica do Duplo se trata do terapeuta tentar traduzir e expressar as necessidades que o paciente não consegue verbalizar, a partir do que percebe, sente e intui (NERY, 2010). Cukier (1992) define “Duplo” como uma técnica para que o paciente entre em contato com uma emoção não verbalizada ou ainda não conscientizada, para que assim, possa expressá-la.

O espelho consiste em assumir a postura do paciente para que “olhando para si” perceba algum aspecto de si mesmo que o psicólogo esteja tentando tornar consciente (CUKIER, 1992). Com essa técnica propicia insights a partir do momento em que possibilita essa olhar para si “de fora” de si mesmo e então permitir a reflexão sobre as respostas e comportamentos adotados (NERY, 2010). Ainda, Rojas-Bermúdez (1980) aborda que essa é uma técnica com a qual é preciso ter cuidado redobrado ao aplicar, pois o paciente pode sentir como se estivesse sendo zombado.

A técnica da inversão de papéis se trata do paciente assumir outro papel e é aplicada com o objetivo de propiciar ao paciente a vivência no papel do outro, podendo trazer dados sobre si mesmo, devido o distanciamento propiciado pela técnica (CUKIER, 1992). Cukier (2002) traz que a inversão de papéis não é uma troca completa, pois com uma parte do “eu” o sujeito se transforma em outra pessoa, mas uma parte do “eu” permanece para observar e modificar o papel, pois o principal objetivo da técnica é vincular o inconsciente do paciente com o inconsciente do outro sujeito.

A partir dessa técnica torna-se possível realizar diálogos que estavam no coinconsciente da relação estabelecida com o outro, contribuindo também para a ampliação da empatia e compreender o papel de cada um (do EU e o TU) na relação estabelecida (NERY, 2010).

Por fim, Cukier (1992) aborda o “solilóquio” como uma técnica na qual é solicitado que o paciente “pense alto”. Muito utilizada quando o paciente se mostra inquieto ou tendo

condutas socialmente aceitas, demonstrando estar pensando algo em que não está abordando. Nery (2010) complementa que essa técnica corresponde ao momento em que o paciente passa a se diferenciar do outro, a reconhecer o que pensa, o EU.

Rojas-Bermúdez (1980) explicita que o solilóquio pode ser utilizado com finalidade de demonstrar o pensamento, quando não está sendo ocorrendo verbalizações ou então com a finalidade de entender o que o paciente está pensando com relação ao diálogo que está acontecendo em cena ou a outro tema que tenha associado.

A teoria de desenvolvimento da personalidade do Psicodrama é nomeada de Matriz de Identidade. De acordo com Fonseca Filho (1980) a personalidade se forma através dos papéis desempenhados e desenvolvidos ao longo da vida dos sujeitos. A matriz de identidade de um sujeito é onde ele está inserido ao nascer, ele possui seus papéis e seus contra-papéis: filho-mãe, filho-pai, neto-avós, que influenciam na forma como seus papéis serão desempenhados e conseqüentemente na forma como sua personalidade será firmada.

Ao estabelecer a Matriz de Identidade estabelece-se a base para as demais combinações de vínculos que serão desenvolvidos posteriormente, pois é a base psicológica para o desempenho dos papéis e para outros fenômenos como identificação, projeção, transferência, entre outros (MORENO, 2014). Uma pessoa saudável é, de acordo com Fonseca Filho (1980) uma pessoa capaz de inverter papéis, se colocar no lugar do outro, reconhecê-lo, mas sem deixar de reconhecer a si mesmo nesse processo. Essa pessoa reconhece o EU e também o TU, reconhece seus contra-papéis sem se anular nesse processo e possui uma percepção adequada dos papéis.

O não saudável, dessa forma, se caracteriza pela incapacidade parcial ou total de inverter os papéis, sendo essa incapacidade total correspondente a elementos psicóticos. Essa dificuldade começa com a perda da capacidade de inverter papéis, declinando ao ponto do indivíduo não desempenhar seu próprio papel, ou seja, não há o reconhecimento do EU, não distingue o que é fantasia do que é real (FONSECA FILHO, 1980).

A teoria de desenvolvimento do psicodrama desenvolvida por Moreno conhecida como Matriz de Identidade aborda que o desenvolvimento infantil ocorre através de atos reais e atos de fantasia, um indivíduo saudável transita por entre ambos os “mundos”, enquanto um psicótico não possui um bloqueio que dificulta o sair de si e jogar no “faz de conta”, além disso, possui a tele alterada, pois não capta adequadamente o mundo a sua volta, o que também inviabiliza o encontro, considerando que não consegue se colocar no lugar do outro (FONSECA FILHO, 1980)

### 3 Metodologia

Este estudo de caso se baseia no atendimento de uma paciente no Serviço de Psicologia das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Foram realizadas 10 sessões de psicoterapia com duração de 50 minutos, tendo como abordagem o Psicodrama entre março e junho de 2018.

Ao iniciar o atendimento no serviço, após os esclarecimentos sobre o funcionamento e regras da clínica os pacientes assinam um termo no qual afirmam estar cientes que o atendimento é realizado por acadêmicos, sob orientação de um profissional capacitado e que os conteúdos abordados podem ser utilizados para estudos científicos com os devidos cuidados éticos para preservação do sigilo (CONFIRMAR). Dessa forma, a paciente será nomeada neste estudo de caso com o nome fictício de Ana.

#### 4 Experiência de Ensino

A paciente Ana procurou o Serviço de Psicologia com a queixa inicial de dificuldade de se relacionar socialmente, a partir das sessões iniciais foi possível perceber que Ana se encontra no período de simbiose na Matriz de Identidade, provavelmente decorrente das inúmeras mudanças quando criança, pois todas as pessoas com que se conectava, perdia. Sua lógica afetiva de conduta é a de que precisa ser desejada para ser mulher. Por não ter fortalecido o *cluster 1* e *cluster 2*, por não receber suporte afetivo, acolhimento e ausência de autoridade e do *cluster 3*, o que implica numa internalização patológica das regras.

A hipótese diagnóstica desenvolvida a partir desses dados foi de que Ana apresenta espontaneidade embotada, devido à ausência de reconhecimento do EU. Por isso, o plano de trabalho consistiu na utilização da técnica do duplo espelhado para fluir o desenvolvimento da matriz de identidade.

Na evolução da terapia um assunto muito frequente que surgiu em todas as sessões foi a traição do ex-marido, que Ana considera ser a matriz dos seus problemas de confiança, pois desde então passou a desconfiar frequentemente de todas as outras pessoas, situação que demonstra a dificuldade de Reconhecimento do TU, pois transfere para as demais pessoas o comportamento de um outro indivíduo.

Em sessão comenta que abriu mão de muitas coisas por ele, como fazer uma faculdade para que ele pudesse fazer uma segunda graduação e parou de trabalhar para cuidar da filha deles. Levando em consideração a Matriz de Identidade percebe-se a vivência na simbiose, em que não há o Reconhecimento do EU enquanto se está junto do companheiro, sendo as necessidades do outro as mais importantes para serem supridas.

Em suas falas aborda que sente como se as pessoas de seu átomo social não lhe dessem valor, que não tem prazer para viver e que precisa retornar ao mercado de trabalho, mas fica angustiada em pensar em interagir, não consegue pensar em sair de casa, não tem vontade, “é um tormento” em suas palavras.

Quando novamente relata sobre a desvalorização que sente diante dos comentários negativos recebidos dos ex-maridos, realizamos um pequeno relaxamento e um psicodrama interno, no qual foi guiada para o momento de sua vida em que acreditava ser capaz, traz que antes dos seus casamentos ela trabalhava, estudava, pretendia fazer uma faculdade, tinha planos. Através da técnica duplo espelho afirmo: “O marido, os homens tiraram isso de mim”. Ela concorda e fala que foi muito desvalorizada pelos dois e que não consegue acreditar quando as demais pessoas do seu convívio a dizem que é capaz.

Concretizamos com almofadas os dois grupos de seu átomo social: o grupo que a valoriza (mãe, pai, comadre e filha) e o grupo que a desvaloriza (dois ex-maridos), perguntei o que pesava mais na vida dela e ela apontou para os ex-maridos e começou a chorar, perguntei o porquê e ela responde que sempre que os pais, a comadre falam que ela é capaz e que a amam ela começa a pensar que eles só falam isso por obrigação, então nesse momento, através de um duplo citei que ela aceita sem nem pensar tudo que os ex-maridos falam sobre ela como verdade, mas quando as pessoas que amam falam o quanto ela é capaz, começa a racionalizar e pensar que não é verdade, e encerrei perguntando: “porque eu não questiono o que eles me dizem?” Encerramos esse momento com ela falando que prestaria mais atenção nessas questões, pois é muito difícil demonstrar afeto e carinho, deseja demonstrar afeto, mas não consegue, e também não aceita o carinho dos

demaís, apenas a punição, o negativo, o que demonstra a dificuldade em estabelecer uma relação saudável, tética.

Ao falar sobre o relacionamento com seus pais cita que ambos são extremamente exigentes e impositivos, durante um Psicodrama Interno em que retorna a casa de infância relata que quando finalmente começa a criar raízes, seus pais decidem se mudar e que foi assim sua infância inteira, através de duplos espelhados ela compreende que não precisa fazer tudo que os pais desejam porque eles a estão ajudando com seu filho, trabalhamos formas de dar sua opinião através do *role playing*, Ana também compreendeu que esse desejo de permanecer ao lado de homens mesmo que eles lhe façam mal se deve ao fato que, como comenta, o único momento que ela teve um lar fixo foi quando se casou, pois até então havia passado por inúmeras mudanças e percas afetivas.

A partir do reconhecimento dessas questões, nas sessões seguintes Ana relata que conseguiu conversar com a mãe e demonstrar sua opinião, apesar da mãe não ter aceitado bem que ela não quisesse se mudar e afastar seu filho de 6 anos do ex-marido, pois o mesmo é pai do menino, que sente-se mais confortável no trabalho e aos poucos durante o andamento das sessões foi tornando-se mais sociável, interagindo com os colegas e estabelecendo amizades, ampliando seu átomo social. Ainda, visivelmente passa a cuidar mais de si mesma, dando mais atenção às suas necessidades e avançando no Reconhecimento do EU, mas também no Reconhecimento do TU na medida em que aos poucos consegue se reaproximar de seu filho e de sua filha, demonstrando mais afeto.

Na quinta sessão relata que estabeleceu um bom relacionamento com seu segundo ex-marido e que estavam convivendo tranquilamente devido ao filho, diferente da relação com o primeiro ex-marido, inicia então um relato de como era uma relação difícil e que não conseguia nem olhar para ele, que gostaria de entender o porque da traição, assim, realizamos a técnica da cadeira vazia, saí da poltrona, coloquei uma almofada nela e disse que essa seria sua oportunidade de falar tudo que estava entalado na sua garganta até que conseguisse olhar na cara dele, pedi para que ela me relatasse como ele é, relatou como ele é porque viu numa foto, mas disse que a imagem que vem na cabeça dela é de uma situação do passado, ela me relata como foi a situação e o descreve para mim, olhando para a almofada, nesse momento começa a chorar.

A partir disso, foi possível perceber que Ana havia entrado na técnica e através de um duplo espelhado falo o que ela já tinha me relatado: que gostaria de saber o porquê, ela começa a falar também e pergunta o porquê dele a ter traído, peço pra ela inverter o papel com o ex-marido, assumo seu papel e repito suas palavras, ela responde sua dúvida e volta para seu papel, repito sua resposta como ex-marido e ela continua conversando com ele, pois conforme ia falando lembrava de situações que passou com ele e o ia questionando.

Por fim, Ana relata que percebeu que o motivo das traições foi o sexo, pois ele não a amava e também não ama ninguém além dele mesmo, que ele é uma pessoa vazia e tem um buraco dentro dele que tenta preencher com sexo, percebeu que depois de tantos anos se culpando o problema era com ele, pois o mesmo que ele fez com ela repete com sua atual esposa, percebeu que ele a obrigava a fazer sexo todos os dias através de chantagem emocional e que quando negava era maltratada e desvalorizada, enquanto quando o contrário ocorria era bem tratada e inclusive ganhava presentes, com muita dificuldade assume que se sentia como uma prostituta, através dessa técnica a paciente sente-se mais aliviada por conseguir expressar coisas que até então não havia relatado a ninguém, essa integração de fatos propiciados pela técnica é considerada uma catarse de integração (MORENO, 2008).

Ao perguntar o que ela gostaria de fazer com o ex-marido ela fala que gostaria que ele fosse um pesadelo, que nunca tivesse existido realmente, falei que isso não é possível, que ele existiu na vida dela, e ela repete que gostaria que ele nunca tivesse existido como se fosse um pesadelo, dessa forma é possível perceber que Ana ainda não estava pronta para se libertar desse vínculo afetivo que ainda possuía com o ex-marido, então conversamos sobre como é difícil tirar realmente uma pessoa que passou 20 anos na nossa vida influenciando em uma única sessão e que provavelmente teríamos mais coisas pra trabalhar relacionado à ele. Porém, ao fim da sessão reconhece que algumas das atitudes que o ex-marido teve com ela, ela mesma repetiu com seu segundo marido, sendo visível as conversas relacionadas à como um casamento deve ser vivenciado devido à sua primeira experiência, por mais negativa que essa experiência tenha sido.

Em uma de nossas últimas sessões sua fala traz comparações entre os dois ex-maridos, assim, foi aplicada a técnica da concretização, que se trata da materialização de objetos, emoções e conflitos com o objetivo de que apareçam os conteúdos afetivos relacionados à situação, que muitas vezes encontra-se reprimida, fazendo com que o indivíduo consiga verbalizar (BUSTOS, 1992).

Então concretizamos ambos, para que fosse possível falar sobre cada um sem comparações e então concretizamos os aspectos positivos e negativos de cada um, por fim, colocamos esses aspectos em uma balança e para Ana no primeiro relacionamento pesou mais os aspectos positivos, apesar da traição, de como terminou e da raiva que passou (que hoje se transformou em mágoa, em suas palavras), pois nessa relação havia companheirismo e dividiam questões domésticas e financeiras, além de maior demonstração de afeto e carinho. Enquanto no segundo casamento o que pesou mais foram os aspectos negativos, apesar de haver fidelidade, que relata ser algo muito importante e que foi esse fator que a fez ficar tanto tempo com o segundo ex-marido, comenta que ela se responsabilizava por muitas coisas e tinha que cobrar muitas coisas do dia a dia, pois o mesmo não tinha muita autonomia, relata que sentia como se fosse mãe dele.

A partir dessa técnica Ana consegue perceber o que busca em um companheiro e o que não deseja nas relações amorosas, além de compreender o quanto se submeteu a relações que a deixavam infeliz devido às relações simbióticas que estabelecia, se anulando e anulando suas aspirações e desejos para em uma relação ser submissa e na posterior, após internalizar a lógica afetiva de conduta de como se dá uma relação matrimonial no primeiro casamento ser mais autoritária com o segundo companheiro, sendo possível perceber que nenhum dos extremos é o saudável.

## 5 Conclusão

Conforme transcorriam as sessões algumas mudanças se tornaram visíveis em Ana, ela passou a se arrumar mais, sua postura se tornou mais ativa e passou a sorrir mais, também começou a cuidar mais de si mesma dedicando mais tempo a si e ao seu filho, emagreceu e começou a se maquiagem. Mas as mudanças foram além das externas, que são indicadores do início do fluir das fases da Matriz de Identidade, passam para as relações afetivas que ela estabelece, relata que passou a conversar mais com a filha, informações além de saber sobre o ex-marido, mas realmente se interessar pela vida dela, com o filho aos poucos torna-se mais carinhosa, conseguindo externalizar afeto. No trabalho que no início dos atendimentos relata ser um lugar de sofrimento pela exigência

de interação, passa a estabelecer conversar e fazer amizades, exemplos que demonstram o desenvolvimento do Reconhecimento do TU.

Com base nisso, torna-se evidente a evolução de Ana que ao chegar ao Serviço de Psicologia encontrava-se na fase da Simbiose caracterizada por uma identidade pessoal não desenvolvida completamente (FONSECA FILHO, 1980) e passou a seguir o fluxo das etapas de desenvolvimentos que até então estavam embotados. Apesar de na última sessão ainda apresentar ligação afetiva com o ex-marido, percebe-se que a espontaneidade está sendo canalizada aos poucos conforme Ana dá-se conta de questões até então não reconhecidas e que essa é a única forma de romper conservas culturais que ainda a prendem.

## REFERÊNCIAS

- BUSTOS, Dalmiro Manuel. **O Psicodrama**. 3. ed. São Paulo: Ágora, 2005.
- BUSTOS, Dalmiro Manuel. **Novos Rumos do Psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992.
- CUKIER, Rosa. **Psicodrama Bipessoal: Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. São Paulo: Ágora, 1992.
- DIAS, Victor R. C. S. **Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica**. São Paulo: Ágora, 1994.
- FILHO FONSECA, José. **Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno**. São Paulo: Ágora, 1980.
- FONSECA, José. **Psicoterapia da Relação: elementos de psicodrama contemporâneo**. São Paulo: Ágora, 2010.
- MORENO, Jacob Levy. **Quem sobreviverá? Fundamentos da sociometria, da psicoterapia de grupo e do sociodrama**. Tradução: Moysés Aguiar. São Paulo: Daimon, 2008.
- MORENO, Jacob Levy. **Psicodrama**. 13. ed. São Paulo: Cultrix, 2014.
- MORENO, Zerka T.; BLOMKVIST, Leif Dag; RÜTZEL, Thomas. **A realidade suplementar e a arte de curar**. São Paulo: Ágora, 2001.
- NERY, Maria da Penha. **Grupos e Intervenção em Conflitos**. São Paulo: Ágora, 2010.
- ROJAS-BERMÚDEZ, Jaime G. **Introdução ao Psicodrama**. 3. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1980.

## 256216 AÇÃO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL REALIZADA DURANTE O ESTÁGIO EM NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA

Dieleamara Antunes da Silva<sup>1</sup>, Jessica Torres Zilli<sup>1</sup>, Paula Rosane Vieira Guimarães<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicas Da 8ª Fase Do Curso De Nutrição – Unesc

<sup>2</sup> Docente Da Disciplina Estágio De Nutrição Em Saúde Coletiva

Grupo De Pesquisa: Educação Alimentar E Nutricional: Curso De Nutrição - Unesc

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do curso de nutrição, a fim de expor o conhecimento vivenciado no contato com a fitoterapia. Sendo este, uma ferramenta de educação alimentar e nutricional aliado a práticas integrativas complementares. O objetivo final da ação que foi realizada no período de estágio em Nutrição e Saúde Coletiva, envolvendo plantas medicinais, foi transmitir o conhecimento necessário a respeito deste tema, aos frequentadores do ESF do Bairro Pinheirinho. Os fitoterápicos escolhidos foram elencados seguindo um raciocínio de plantas mais utilizadas no dia a dia do público em questão. Foram elaborados pôsteres informativos em que foram expostas as seguintes informações: modo de preparo, benefícios à saúde e condições em que não se deve consumir. A horta finalizada de fitoterápicos ficara exposta por tempo indeterminado, e poderá ser utilizada pelos frequentadores da ESF do Pinheirinho. Chegou-se à conclusão que a utilização de fitoterápicos, para os profissionais nutricionistas é um campo em expansão para tratamento de sinais e sintomas e também como prevenção.

**Palavras-chave:** Fitoterápicos, Plantas medicinais, Saúde coletiva.

### 1 Introdução

A fitoterapia é uma forma de tratamento caracterizada pela utilização de plantas medicinais, excluindo as formas que utilizam compostos ativos isolados, mesmo que de origem vegetal (BRASIL, 2006). A utilização da fitoterapia no SUS (Sistema único de saúde) poderá ser futuramente uma alternativa para a redução de gastos com medicamentos para diversos problemas de saúde, pois alia baixo custo com eficácia comprovada (MATOS, 1994 *apud* SILVELLO, 2010).

De acordo com Santos e Tesser (2012), a fitoterapia se encaixa na Política nacional de Práticas Integrativas e complementares do SUS (PIC), juntamente com outras práticas como a medicina tradicional chinesa - acupuntura, homeopatia e medicina antroposófica. As PICs estão em lenta expansão, tanto pelo fato da OMS (Organização Mundial da saúde) recomendar aos países que elaborassem políticas que incentivem o acesso a essas práticas, quanto por mérito próprio, uma vez que nas PICs o paciente é posicionado como centro do paradigma médico, que tenta apresentar meios terapêuticos mais simples, menos dependentes de tecnologias sofisticadas e mais baratos. Buscando acentuar a autonomia do paciente, focando mais na saúde e não na doença.

O emprego da fitoterapia envolve três pilares, o primeiro deles é o reconhecimento da fitoterapia como proposta terapêutica pelo SUS, posteriormente temos um paciente que está buscando novas alternativas para o tratamento de suas patologias, que vem apostando no conhecimento popular. Finalmente há o pilar que envolve os profissionais do SUS, estes

necessitam de treinamentos sobre o tema, para que eles incorporem esse conhecimento em sua prática clínica (MARQUES, 2014).

O nosso país possui grande potencial para desenvolvimento dessa forma de terapia, devido a nossa grande variedade vegetal e também a extensão do território nacional. Além da diversidade sociocultural e com essa imensa quantidade de informações que nosso povo acumula e passa de geração em geração (BRASIL, 2006).

A educação alimentar e nutricional “é um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis” (BRASIL, p. 11, 2012).

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 HISTÓRICO DA UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS

A utilização de plantas medicinais para curar doenças é uma forma muito antiga para tratamento. Baseando nos primórdios da medicina e também na passagem de informação de geração em geração (BRASIL, 2006). A origem histórica da utilização de plantas medicinais, é relatada antes mesmo do Cristo. Há relatos da utilização de ginseng pelos imperadores da China por volta de 3000 a.C., este provavelmente é o primeiro relato registrado de utilização de plantas medicinais na história. Um dos herbários mais antigos que se tem registro pode ser encontrado no Egito, onde está registrado nos papiros de Erbs 125 plantas medicinais e 811 receitas. Os egípcios utilizavam plantas para fazer o preparo das múmias, este até os dias atuais não está totalmente esclarecido (BRAGA, 2011).

No Brasil, as primeiras utilizações foram realizadas pelos povos indígenas em seus rituais de cura e adoração, posteriormente, associando ao conhecimento que foi trazido pelos colonizadores a respeito das ervas existentes e utilizadas na Europa e agregado aos conhecimentos passados pelos africanos que foram trazidos ao nosso país durante a escravidão. Tudo isso permitiu o desenvolvimento da fitoterapia em nosso país (BRAGA, 2011).

### 2.2 A UTILIZAÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A utilização de fitoterápicos e plantas medicinais na atenção primária à saúde no Brasil foi estimulada por movimentos populares, diretrizes, conferências nacionais de saúde e por recomendação da OMS. No ano de 2006 foram publicadas a Portaria 971, de 3 de maio de 2006 e também o Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006, em que regulamentavam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e também a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, foram marcos primordiais para se implantar a utilização de plantas medicinais no SUS (ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2014).

Garantir o acesso a medicamentos é um parâmetro essencial para garantir a inclusão social e assim o fortalecimento do SUS, que desde a data da sua criação visa o fornecimento ao acesso integral a atenção em saúde e atuando de acordo com a necessidade de cada cidadão, dessa forma atingir o desenvolvimento pessoal e social da população (TEIXEIRA, 2011 *apud* SILVA; ALBIERO, 2014).

Em levantamento efetuado pelo MS em 2008, revelou que a fitoterapia está presente em cerca de 350 municípios do país (BRASIL, 2012). De acordo com Silva e Albiero (2014) a utilização de fitoterápicos recebeu uma maior adesão pelos enfermeiros e

pelos médicos que pertencem a PSF (Programa de Saúde da Família). Segundo a autora, pode-se explicar esse fato pelo fato desses profissionais possuírem um campo de atuação bem mais vasto que os que atuam em especialidades.

### 3 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo, em que descreve a execução de uma ação educativa realizada durante o estágio de saúde coletiva que ocorreu na ESF do Pinheirinho, que está localizado no município de Criciúma – SC, durante o período compreendido entre os meses de fevereiro a abril de 2018. Durante esse tempo a ação denominada “horta de fitoterápicos” foi realizada, após a ideia ser aprovada pela enfermeira responsável pela unidade de saúde.

Para a ação ser executada, foi utilizado dois *pallets* de madeira, estes tiveram sua estrutura modificada a fim de serem capazes de permanecerem em pé sem apoio e conseguir comportar os potes em que as amostras de fitoterápicos estavam plantadas. Durante a execução, os mesmos foram lixados e envernizados.

Os fitoterápicos escolhidos foram elencados mediante as conversas realizadas com os frequentadores da unidade de saúde, estes eram os mais conhecidos e utilizados no seu dia a dia, porém, sem a devida orientação. Sendo eles boldo, hortelã, guaco, losna, cidreira, tanchagem e alecrim.

Para esclarecer essas dúvidas foram elaborados pôsteres baseados na RDC 10 (ANVISA, 2010), neles foram expostos os benefícios das plantas escolhidas, os possíveis efeitos colaterais e situações que não deveriam ser utilizados, quantidade adequada a serem usadas e a forma correta de preparo dos chás. Esses pôsteres foram deixados expostos junto à horta, para que os frequentadores pudessem ter acesso as informações de forma adequada e acessível sempre que necessitassem.

### 4 Experiência de Ensino

Ao abordar o tema escolhido na ESF do pinheirinho notou-se que há uma falta de conhecimento sobre a fitoterapia pelos profissionais que atuam na unidade. Porém, apesar do uso de fitoterápicos ser algo extremamente antigo, ainda se encontra uma dificuldade em fornecer informações sobre o assunto em questão. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância da utilização dessas plantas terapêuticas na saúde pública e identifica o aumento do consumo. Entretanto, admite a carência de estudos sobre as ações farmacológicas dos mesmos. (JACOBI, *et al.*, 2009)

A ação de educação alimentar e nutricional executada na unidade de saúde, teve o intuito de disseminar informações corretas a respeito da utilização de plantas medicinais e também ajudar a sanar algumas dúvidas que surgem sobre esse tema. Contribuindo assim com a garantia da saúde dos frequentadores da unidade de saúde que estávamos estagiando. Uma vez que a falta de informação ao consumir ervas medicinais, pode acarretar em interações medicamentosas além de desencadear efeitos adversos e intoxicação (BADANAI, 2011).

Conforme pesquisa rápida realizada com os integrantes da unidade, uma grande quantidade de pessoas faz utilização de algum tipo de erva medicinal em suas residências, sem a devida orientação e a justificativa é o fato dele ser natural. Não é porque as ervas medicinais são plantas advindas da natureza, que pode ser consumido em livre demanda.

A utilização inadequada de ervas medicinal, como a automedicação, pode gerar efeitos colaterais, como reações alérgicas e efeitos tóxicos graves (RABELO, 2010).

Nosso foco nessa ação não foi incentivar a utilização de plantas medicinais ou a troca do tratamento convencional, e sim apenas acrescentar informações aos frequentadores e os integrantes da unidade de saúde.

## 5 Conclusão

No presente relato buscou-se demonstrar a importância do conhecimento sobre a utilização de fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, onde a falta de conhecimento sobre o tema é evidente, não são todos os profissionais que tem esse conhecimento mesmo sendo uma pratica já antiga que faz parte da cultura e sabedoria popular.

Nosso intuito com a horta de fitoterápicos foi demonstrar esse conhecimento e mostrar que não devem ser utilizados em livre demanda, e sim, que se deve ter um grande cuidado na utilização dos mesmos. Pois, nota-se que apesar de serem alternativas complementares juntamente com os medicamentos, muitos pacientes o fazem sem indicação ou aprovação de um profissional de saúde, aderindo a terapia com plantas medicinais, por conta própria achando que o mesmo está trazendo um benefício a sua saúde.

Conclui-se que a forma de terapias alternativas devem ser passadas além de sala de aula para os acadêmicos de uma forma que os forneça o conhecimento adequado sobre o assunto, mais também para os profissionais da saúde para que possam transmitir esse conhecimento de uma forma adequada para os usuários ou interagentes da rede pública de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p.541-553, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt\\_0034-8910-rsp-48-3-0541.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0541.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2018.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 10, de 09 de março de 2010. Disponível em:<[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_10\\_2010\\_COMP.pdf/6d4feca0-9b45-48f8-b44e-231fa048e4a6?version=1.0](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_10_2010_COMP.pdf/6d4feca0-9b45-48f8-b44e-231fa048e4a6?version=1.0)>

BADANAI, Jaqueline Martins. **UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS, FITOTERÁPICOS E DOS POTENCIAIS RISCOS DE SUAS INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS, POR IDOSOS ATENDIDOS PELA FARMÁCIA – ESCOLA – SÃO CAETANO DO SUL.**São Caetano do Sul – Sc: Uscs, 2011. 18 p. Disponível em: <[http://www.uscs.edu.br/pesquisasacademicas/images/download\\_inici\\_cientifica/prof\\_celi\\_e\\_jaqueline.pdf](http://www.uscs.edu.br/pesquisasacademicas/images/download_inici_cientifica/prof_celi_e_jaqueline.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRAGA, Carla de Moraes. **Histórico da utilização de plantas medicinais.**2011. 24 f. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Biologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1856/1/2011\\_CarladeMoraisBraga.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1856/1/2011_CarladeMoraisBraga.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 – **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; Diário Oficial da União 2006; 03 maio.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4603/162/relacao-nacional-demedicamentosquase-dobra.html>. Brasília: 2012. Acesso em: 12 abr. 2018.

MARQUES, Natália (Org.). **Nutrição clínica funcional: fitoterapia**. 26 ed. rev. e atual. São Paulo: VP Ed., 2014. 272 p.

Ministério da saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. 2006. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

RABELO, Ana Valesca. **Riscos e benefícios dos fitoterápicos**. 2010. Disponível em: <<https://guiame.com.br/vida-estilo/saude/riscos-e-beneficios-dos-fitoterapicos.html>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 17, p.3011-3024, 2012.

SILVA, Laiane Alzira Denski da; ALBIERO, Adriana Lenita Meyer. Programas de fitoterapia na atenção primária à saúde: existem experiências exitosas? **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 3, p.889-908, 2014. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/657--Programas-de-fitoterapia-na-atenuacao--primaria--saude--existem-experiencias-exitosas.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SILVELLO, Camila Leidens Corrêa. **O uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS: Uma revisão bibliográfica**. 2010. 39 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28232/000769371.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

## 5555183 RELATO DE EXPERIÊNCIA NO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Gabriella Barbosa Nadas<sup>1</sup>, Sérgio Seiki Anagusko<sup>2</sup>, Ricardo Tavares de Carvalho<sup>2</sup>,  
Fernanda Lima Silva<sup>2</sup>, Cristiane Damiani Tomasi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> universidade Do Extremo Sul Catarinense (Bolsista De Iniciação Científica/PPGSCOL/Medicina/UNESC/ Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário Cep: 88806-000 - CRICIÚMA-SC)

<sup>2</sup> Núcleo Técnico Científico De Cuidados Paliativos Do Hospital De Clínicas Da Faculdade De Medicina Da Universidade De São Paulo (Preceptores E Coordenadores/NTCCP HCFMUSP/Medicina/ Av. Rebouças, 381 - Jardim Paulista, São Paulo - SP)

<sup>3</sup> Programa De Pós Graduação Em Saúde Coletiva (PPGSCOL/Saúde Coletiva/ UNESC/ Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário Cep: 88806-000 - CRICIÚMA-SC)

Nas últimas décadas evidencia-se o envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência de doenças oncológicas e de outras doenças crônicas. Os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor. Os Cuidados Paliativos (CP) despontam como uma alternativa, para preencher esta lacuna nos cuidados ativos aos pacientes, visando todos os princípios doutrinários do SUS, em especial a integralidade. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de atividades desenvolvidas no Núcleo Técnico Científico de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, nos dias 23 de julho de 2018 a 27 de julho de 2018. Foram realizadas atividades em três locais do hospital: ambulatório, enfermaria e interconsulta, supervisionadas por residentes da equipe. Foi possível acompanhar reuniões familiares, visitas a beira leito, reuniões multidisciplinares, acompanhamento de casos e participação de aulas. Ao fim das atividades, foi possível perceber que essa experiência foi imprescindível tanto para o conhecimento na profissão, quanto pessoal e emocional.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos, qualidade de vida, cuidados de fim de vida.

### 1 Introdução

Nas últimas décadas evidencia-se o envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência de doenças oncológicas e de outras doenças crônicas (CARVALHO, 2012). Em contrapartida, a partir da segunda metade do século XX o avanço tecnológico alcançado associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças letais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas patologias (CARVALHO, 2012). No entanto, apesar dos esforços dos pesquisadores, profissionais e do conhecimento adquirido, a morte continua sendo uma certeza (se não a única), ameaçando o ideal de cura e preservação da vida, para o qual os profissionais da saúde são treinados (CARVALHO, 2012).

Os pacientes conceituados como “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, essa que utiliza métodos invasivos e de alta tecnologia (CARVALHO, 2012). Tais abordagens no quadro do paciente podem ser consideradas ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são às vezes são incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor (CARVALHO, 2012).

É crescente o número de pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais das mais variadas etiologias ou com graves sequelas neurológicas no sistema de saúde. Torna-se um desafio a ser aceito, e assim abre horizontes para que os profissionais possam se conscientizar do estado de abandono a que estes pacientes estão expostos (seja pela família, sistema de saúde, profissionais do meio ou até mesmo o auto abandono), inverter o atual panorama dos cuidados oferecidos e tentar implantar medidas concretas, como: criação de recursos específicos, melhoria dos cuidados oferecidos nos recursos já existentes, formação de grupos de profissionais e educação da sociedade em geral (CARVALHO, 2012).

Muitos profissionais de saúde, enxergam a morte como um ente a ser combatido, pois ao “perder” para a morte, a maioria dos profissionais sentem-se fracassados, e até mesmo levantam a possibilidade quanto ao esforço naquele atendimento (SOUZA et al., 2009). Diante da situação, podemos observar que os cuidados paliativos e o morrer estão interligados e que precisamos compreender como profissionais estas questões, a fim de prestar assistência de qualidade e evitando, assim, negligenciar a bioética (SOUZA et al., 2009). Deve-se respeitar a vontade do paciente, pois ela também é determinante para implementar o cuidado, e tal vontade abrange desde os cuidados mínimos (como os cuidados das atividades básicas diárias), até as diretrizes de vida e seguimentos quanto à morte ou pós morte (SOUZA et al., 2009).

Os Cuidados Paliativos (CP) despontam como uma alternativa, para preencher a lacuna dos cuidados ativos aos pacientes, de maneira multiprofissional e focada no ser (CARVALHO, 2012). Ao considerar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), os CP seguem todos eles, mas em especial é a integralidade da assistência, considerando a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados, necessariamente nos cuidados no final da vida (COMBINATO e MARTINS, 2012).

## 2 Referencial Teórico

Os cuidados paliativos necessitam de um conjunto de teorias e práticas para que sua implantação seja aceita de forma efetiva. Apesar de muitos estudiosos se esforçarem para que ocorram esta sistematização, muitos desafios e barreiras são impostos, devido à falta de conscientização tanto dos profissionais de saúde quanto da sociedade (PIMENTA apud SOUZA 2010). Durante a formação acadêmica, é preciso incluir a arte do cuidado, em especial o paliativo, o qual capacitaria os alunos para a assistência ao paciente no processo de doenças incuráveis, tendo como foco o paciente - alguém que precisa de alívio e conforto- não sua patologia. Em suma, deve-se promover um tratamento digno e com qualidade que promova bem estar do paciente, de seus familiares e dos cuidadores (PIMENTA apud SOUZA 2010).

É por meio do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, independente da área dentro do ramo da saúde (FAVERO, 2009). Baseada na teoria do cuidado, Jean Watson, enfermeira com

Doutorado em Clínica e Psicologia Social, lançou a Teoria do Cuidado Humano entre 1975 e 1979, período que lecionada na Universidade do Colorado (WATSON, 2007).

Watson propõe uma filosofia e ciência centrada no cuidado, sendo esse mais que uma conduta ou uma realização de tarefas, pois envolve a compreensão exata dos aspectos da saúde e a relação interpessoal entre o profissional e cliente (paciente) (DECESARO, 1999). A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico (DECESARO, 1999). Tais fenômenos existenciais consistem na abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (DECESARO, 1999).

Em 1985, a referida teoria sofreu alterações por sua autora, dentre elas a introdução do paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado. Este paradigma enfoca, segundo ela, o ideal moral, o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co-participação do self (o ser ou o próprio ser) (WATSON, 1985). Os valores humanos eram enfatizados por meio dos fatores de cuidado, na formação de um sistema humanista-altruísta, na fé-esperança e no cultivo da sensibilidade ao self, os quais eram empregados no cotidiano do processo de cuidar (VIEIRA, 2007).

O Interacionismo Simbólico, o qual valoriza, sobretudo, o significado que os indivíduos atribuem às suas experiências, tem seus fundamentos em três premissas (SILVA, PEREIRA, MUSSI, 2015):

- 1) O ser humano que age em relação às coisas, com base nos sentidos que estas têm para ele;
- 2) O sentido das coisas é derivado, ou se origina da interação social que o indivíduo estabelece com os outros;
- 3) Estes sentidos são manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo, usado pela pessoa ao lidar com as coisas e situações que ela encontra.

Assim, o cuidar da equipe de Cuidados Paliativos para uma boa morte decorre dos sentidos que a equipe atribui às pessoas, aos objetos, coisas e situações com os quais interage no processo de cuidar (SILVA, PEREIRA, MUSSI, 2015).

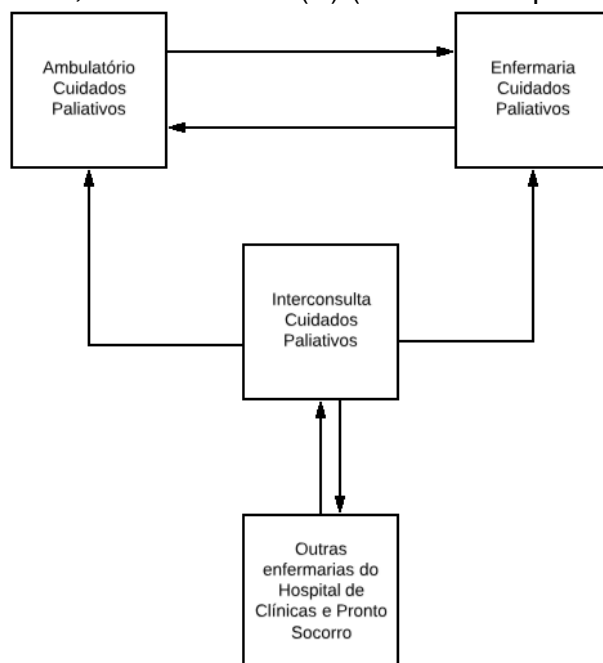
### 3 Metodologia

Relato de experiência, a tal vivenciada pela acadêmica através de uma visita acadêmica nos dias 23 de julho de 2018 até 27 de julho de 2018, no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). O contato inicial deu-se através da preceptora do Núcleo com aproximadamente um ano de antecedência, sendo então agendada a visita para os dias citados.

O principal foco do atendimento do Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos (NTCCP) é reconhecer e propor meios de manejar o sofrimento humano, seja do paciente, do familiar e da equipe que o assiste, considerando a biografia do ser, reconhecendo no sintoma desconfortável a integralidade e intersecção dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, todos visando o atendimento humanizado. Desta forma visa-se possibilitar qualidade de vida no tempo de vida que o paciente tiver (HC, 2018). Quanto aos seus componentes, o NTCCP é composto por equipe interdisciplinar cujo objetivo é atender os pacientes e seus familiares frente a diagnóstico de doença de qualquer etiologia e que, de alguma forma, seja ameaçadora da vida, em qualquer fase de sua evolução, principalmente quando a doença é avançada (HC, 2018). O Núcleo em

Cuidados Paliativos consiste em: coordenador, administração, enfermagem, aspecto psico social e espiritual, reabilitação, nutrição, ensino e pesquisa e a parte médica. A parte médica é composta por residentes em Cuidados Paliativos, que previamente já fizeram alguma outra residência como pré requisito, sendo as possíveis: Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Intensiva e Neurologia. Há também residentes de outras residências fora a de cuidados paliativos, que realizam um ciclo (um mês) opcional ou obrigatório no setor (HC, 2018).

A atuação é realizada através de uma rede de atendimento que é composta por Equipe de Interconsulta (IC) - que atua no Hospital das Clínicas, Enfermaria (E) - atua no Hospital de Clínicas, e Ambulatório (A) (atua no Hospital de Clínicas) (HC, 2018).



### Fluxograma 01- Relação entre os ramos de atuação da equipe do NTCCP

A Equipe de Interconsulta atua em diversas enfermarias do Hospital de Clínicas (geriatria, gastro, Pronto Socorro, etc), não se restringindo apenas à enfermaria própria do Núcleo de Cuidados Paliativos. Através da avaliação dos pacientes, a equipe faz a identificação dos pacientes, orienta condutas diagnósticas (quando ainda há incertezas sobre possibilidade de tratamento modificador da doença), realiza assistências visando o manejo adequado dos sintomas apresentados pelo paciente, acolhimento da família e desempenha importante papel na educação em saúde com as equipes que assistem o paciente e família durante a internação (HC, 2018). Após a avaliação, realiza-se orientação ao paciente e familiar sobre o adoecimento e prognóstico, sempre utilizando comunicação técnica e elaborada especificamente para a transmissão de prognóstico e más notícias de forma progressiva e suportável (HC, 2018). Além disso, o grupo auxilia as equipes das clínicas de origem sobre o planejamento dos cuidados e definição da alocação adequada desse paciente e familiar, na rede de atendimento (HC, 2018). Conforme necessidade são encaminhados a diferentes setores para que possa ser garantido um atendimento integral direcionado a necessidades de cada paciente e seus familiares (HC, 2018).

A enfermaria consiste na internação de pacientes que podem ser admitidos pelos seguintes atendimentos: ambulatório de cuidados paliativos, outras enfermarias e pronto socorro do Hospital de Clínicas nas quais a Equipe IC realizou avaliação e considerou necessária a troca para a Enfermaria de CP (HC, 2018). Na enfermaria de CP, tais pacientes e familiares terão o atendimento integral necessário para que haja uma melhora na sintomatologia proveniente da sua patologia, sendo que tal manutenção não teria como ser assistida em casa ou por profissionais não preparados. Os pacientes ficam na enfermaria até alta do episódio ou fazem a passagem para o processo de fim de vida na enfermaria com toda a assistência necessária (HC, 2018).

O Ambulatório consiste no acompanhamento de pacientes avaliados previamente ou que receberam alta da enfermaria de CP. Aos pacientes avaliados previamente, consistem naqueles com doenças crônicas graves e sem possibilidade de cura, com sintomas a serem paliados ou apenas para um acompanhamento detalhado de evolução da doença (HC, 2018).

Os 05 (cinco) dias de visita acadêmica foram inicialmente divididos de acordo com a tabela 01:

**Tabela 01- Organização inicial da visita acadêmica**

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Manhã</b>	IC	E	Aula	A	E
<b>Tarde</b>	IC	A	E	IC	E

IC- Interconsulta; E- Enfermaria; A- Ambulatório

Ao longo dos dias da visita, houve alterações na escala, assim sendo, a semana constitui-se da seguinte forma, relacionada na tabela 02:

**Tabela 02- Organização final da visita acadêmica**

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Manhã</b>	IC	E	Aula+ IC	A + Aula	Aula+ IC
<b>Tarde</b>	A	E	E	E	E

IC- Interconsulta; E- Enfermaria; A- Ambulatório

Em relação aos horários, as atividades iniciavam-se por volta das 08:00 da manhã e cessavam aproximadamente às 18:00.

#### 4 Experiência

Antes de começar a visita acadêmica, a preceptora do Núcleo de Cuidados Paliativos (CP) havia enviado o cronograma, localização com endereço de cada prédio (IC, E e A), locais para alimentação (especialmente almoço), meios de transporte próximos, telefone de outros profissionais do núcleo (caso eu me perdesse) e até mesmo o clima em São Paulo. Assim sendo, desde antes de iniciar a semana de aprendizado eu já havia me sentido acolhida e cuidada pela preceptora e assim, fui de Criciúma até São Paulo para realizar a experiência.

Na segunda-feira acompanhei uma reunião familiar com o residente de Clínica Médica que estava atualmente no setor de CP, em conjunto com o professor (médico), dois residentes de clínica médica que não estavam no setor do CP, uma assistente social e uma enfermeira do CP. O objetivo da reunião era informar aos familiares da paciente sobre a gravidade do quadro e dos cuidados ofertados pela equipe de cuidados paliativos, a qual em conjunto com a equipe de clínica médica iriam cuidar da paciente.

Em apenas uma manhã tive uma quantidade enorme de aprendizado, relacionado a como organizar uma reunião familiar (desde a estruturação das cadeiras, ambiente de conversa, disposição dos profissionais, até pontos-chaves a serem discutidos), e quanto a sensibilidade e humanidade em repassar informações tão complicadas e dolorosas aos familiares. Como citado na introdução, Cuidados Paliativos são cuidados ofertados por uma equipe multiprofissional para pacientes graves nos quais não há mais chance de cura para sua patologia, mas, ainda há a chance de uma boa qualidade de vida até o fim desta. Ler tal descrição já pode ser incômodo para algumas pessoas, então, por favor, imagine ouvir isso relacionado a um ente querido ou então, repassar a notícia para os familiares de alguém. Eu nunca havia assistido uma reunião com tal finalidade, mas confesso que fiquei emocionada com todos os mínimos cuidados pré, durante e pós reunião. Para a pré reunião, todos os profissionais já estavam cientes do quadro, do caso clínico e organizamos as cadeiras de forma que coubessem todos os profissionais e familiares dispostos de uma maneira confortável e agradável em um ambiente reservado. Durante a reunião, inicialmente a conduta em apresentar todos os indivíduos da roda torna o ambiente mais familiar, assim como dar o seguimento em deixar inicialmente a família discorrer sobre o que sabe da patologia do familiar, percepção da evolução da doença, entendimento deles sobre o que é cuidados paliativos, e como é para os familiares ouvirem e falarem sobre tudo isso. Considerei que houve um acolhimento sensacional aos familiares, foram retiradas todas as dúvidas, houve muita escuta e compreensão para com eles, muito carinho e respeito foi repassado de ambos os lados, tornando então uma reunião leve, mesmo que o assunto não tivesse tal característica. Coisas simples foram então questionadas, como, por exemplo, religião da paciente, desejo de vir algum líder religioso, vontade de comer algo em específico, algum familiar que gostaria de visitar com mais urgência... enfim, são coisas que podem ser até consideradas triviais para nós que por vezes esquecemos de aproveitar os pequenos detalhes da vida. Quando encerrada a reunião, os familiares foram embora e nos dirigimos à paciente, realizamos consulta e exame físico dela e de mais dois outros pacientes, voltamos ao núcleo e acompanhei os registros em prontuários online.

À tarde no ambulatório, acompanhei duas consultas com a residente geriatra de CP. Inicialmente é feita a avaliação médica na consulta, sendo feita uma anamnese básica no sistema operacional do Hospital e então parte-se para as escalas utilizadas pela equipe do CP. Utiliza-se a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), que consiste em pontuação de 0 a 10 em sintomas que afetam a qualidade de vida, como dor, ansiedade, constipação, entre outros, que deve ser preferencialmente respondida pelo paciente, se não, pelo seu cuidador/familiar principal responsável. Em seguida é feita a avaliação pelo profissional médico com a *Palliative Performance Scale* (PPS), que é uma porcentagem de 0 a 100% atribuída ao paciente que correlaciona: deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingestão e nível da consciência. Quanto maior a porcentagem pode-se admitir que melhor a qualidade de vida, independência e prognóstico do paciente. Também fui orientada quanto a importância do ambulatório para avaliar a necessidade de ter algum sintoma a paliar, conhecimento dos familiares sobre o quadro do paciente e

também para o fechamento de diretivas quanto à medidas invasivas e de suporte avançado de vida, como por exemplo, caso o paciente encontre-se em situação grave e entre em Parada Cardio-Respiratória (PCR) se deve ou não realizar a reanimação, entre outras. Após consulta médica, a médica residente vai para a sala onde estão outros profissionais da saúde que também fazem parte do programa do CP (outros médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas e assistentes sociais), e assim o caso é discutido em conjunto com profissionais conforme a necessidade e demanda do paciente. Considerei de extrema importância ter a relação multiprofissional para analisar o ser humano de forma integral, não com o foco na patologia. Em momento algum os familiares eram deixados de lado tanto na consulta quanto na avaliação multiprofissional, sendo avaliado o impacto de cada conduta não só no paciente, como em todos ao seu redor. Por fim, ao término da discussão de caso, a residente retorna ao consultório e realiza as explicações e condutas necessárias. Nas duas consultas de segunda-feira que acompanhei a residente, ela foi comigo, familiares e pacientes absurdamente meiga, amável, paciente, preocupada e doce. Acredito que a escolha de uma residência em CP exija um certo perfil de aluno/profissional, e confesso que ao longo da semana todos conseguiram encantar um pedacinho de mim de maneiras diferentes.

Terça-feira consistiu no período da manhã e da tarde na enfermaria de cuidados paliativos. Fui recebida pelo responsável da enfermaria, o qual foi muito receptivo e atencioso com a minha chegada, me apresentou a enfermaria, os leitos, a funcionalidade e os profissionais que estavam ali. Pela manhã começamos com a passagem dos casos da enfermaria. Novamente, de forma multidisciplinar, formamos uma roda em uma sala, nos apresentamos e foram repassados todos os casos presentes na enfermaria, onde cada profissional responsável por aquele paciente teve seu momento de fala e conduta indicada. Todas as falas eram sempre com muito respeito caso houvesse alguma dúvida quanto à conduta proposta ou então até mesmo alguma ideia de outra abordagem tinha espaço para ser ouvida. Notei preocupação genuína com os pacientes na enfermaria por parte de todos os profissionais, e os casos quando eram discutidos sempre tinham perguntas como “o paciente está ciente da sua atual condição? E seus familiares? ”, ou então preocupações quanto ao bem-estar físico e mental dos principais acompanhantes e dos pacientes eram levantadas. Depois de uma reunião muito produtiva, cada profissional seguiu seu rumo e acompanhei outra residente geriatra em CP.

A residente me explicou os casos que estavam presentes na enfermaria, e entre eles o de uma paciente recém-admitida. Tive o privilégio de acompanhar os cuidados da médica ao longo do dia com tal paciente e fiquei tocada com a gentileza e preocupação dela para com a paciente. Ao pensarmos em dor, acredito que a maioria de nós pensa em algo doloroso, como eu pensava anteriormente, mas ao me deparar com um quadro de dor com escala 9 em 10, entendi o quão importante é paliar tal sintoma, e especialmente na sensibilidade e cuidado em conseguir fazê-lo. Ao observar a residente pegar uma cadeira e sentar ao lado da paciente durante a administração do medicamento que iria aliviar as dores, pelo simples fato de a paciente ter receio em receber o fármaco e que a presença dela ali iria amenizar tal preocupação, fiquei encantada. A residente ficou por volta de 30 minutos conversando com a paciente sobre coisas da vida e família, assim, o tempo passou, a paciente esqueceu que tomou o medicamento, a dor aliviou ao longo do tempo e isso fez com que tanto a paciente quanto a familiar presente no quarto ficassem mais tranquilas. Tive o privilégio de acompanhar os outros leitos com a residente e de conhecer um pouco mais de cada pessoa que ali se encontrava, fosse profissional, familiar ou paciente. Depois,

os casos eram discutidos com o médico responsável, assim como as condutas médicas sugeridas. Ao final do dia eu já estava encantada com apenas dois dias de visita acadêmica.

Quarta-feira iniciou-se com uma aula administrada por residentes em CP denominada “DESATA NÓS”, a qual consiste em uma aula mensal com a escolha de um caso clínico de difícil abordagem para discussão do mesmo. Volto a dizer que a aula tem caráter multiprofissional, assim como a administração da mesma que foi realizada por uma psicóloga e uma médica de família e da comunidade residente em CP.

Apreendi muito na aula, de uma forma que eu não esperava. Primeiramente houve a passagem do caso, do quadro clínico inicial, diagnóstico, medicamentos em uso e escalas aplicadas ao caso. Em seguida, houveram falas que me marcaram, como por exemplo a importância da escuta ativa do profissional de saúde, que consiste em não esperar o paciente ou familiar se expressar sozinho quanto a algum assunto e sim partir do profissional a sensibilidade e exercer a escuta ativa nos mínimos detalhes expressados. Apreendi sobre a unidade de cuidado estar centrada no paciente e na família; na dualidade entre PROCEDIMENTO X SOFRIMENTO; na dificuldade em trabalhar a equipe multiprofissional com a família, visto que todos são seres humanos, com suas crenças individuais, problemas, personalidades, influência das emoções dificuldades e facilidades pessoais; se existe um “melhor cuidado” e até que ponto há conflito na decisão deste melhor cuidado; o poder da empatia e a real dificuldade em exercer, visto que para se ter uma real empatia há a necessidade em avaliar os valores do paciente e familiares; dificuldade em criar vínculo com os pacientes e familiares em tão pouco tempo; reuniões de família conflitantes; diferença entre tratamento agressivo e tratamento para conforto; beleza de alguns procedimentos quando aplicados à realidade clínica quanto ao alívio proporcionado ao paciente; necessidade de reavaliar o paciente em CP várias vezes ao longo do dia, visto que as escalas podem variar rapidamente. E por fim, acredito que o que mais me marcou de todas as falas foi em relação ao “silêncio”, e em como ele pode ser uma forma de tratamento. Quanto a isso, foi analisado que cada paciente lida com o seu processo ativo de morte de forma diferente, e há aquele paciente que simplesmente não deseja dialogar sobre o que está acontecendo, mas que a simples presença de alguém ou/e um toque torna-se mais reconfortante do que qualquer palavra.

Após a aula acompanhei a residente geriatra a uma reunião de família de uma paciente internada na geriatria que seria transferida para a enfermaria de cuidados paliativos. Novamente, a doçura e gentileza da equipe que foram conversar com os familiares foi gigantesca, fosse no pré, durante ou pós reunião. Diretivas foram abordadas de maneira assertiva mas doce, houve emoção dos familiares mas que foram muito bem acolhidos, assim como a retirada de dúvidas e orientações quanto à nova enfermaria.

A tarde acompanhei a chegada da paciente na enfermaria de cuidados paliativos e acompanhei a residente responsável pela tarde de quarta-feira em conjunto com o médico responsável pelo setor. Debatesmos os casos, tirei algumas dúvidas e consegui observar a preocupação do médico responsável no real bem estar dos pacientes. Acompanhei a realização de alívio para cefaleia por acupuntura, mas de uma forma tão doce e preocupada que cada dia mais eu me encantava com o significado e abrangência dos cuidados paliativos. Quando tivemos um tempo disponível o médico responsável conversou comigo sobre meu interesse na área, do por que eu resolvi vir de tão longe para fazer a visita acadêmica, enfim, perguntas que me fizeram pensar e repensar sobre os meus “por ques”, minhas incertezas e certezas acerca do assunto.



Na quinta-feira acompanhei a consulta no ambulatório com outra residente geriatra em CP, e aplico novamente aqui todos os elogios e percepções que tive até então. Reparei também na preocupação em conseguir administrar os exames complementares solicitados com os dias e horários em que os familiares pudessem levar a paciente, assim como cuidados básicos em casa com a paciente e preocupação com o estresse do cuidador. Depois do ambulatório participei de uma aula com uma neurologista sobre a abordagem de cuidados paliativos em Esclerose Lateralizada Amiotrófica, Parkinson e Acidente Vascular Cerebral. Foi uma aula com uma abordagem muito boa, com várias imagens dinâmicas com esquemas, vídeos e uma boa didática. Considerei a profissional gentil e humilde em várias falas e acredito que tive um aproveitamento muito bom da aula. Durante a tarde de quinta-feira fiquei novamente na enfermaria, acompanhei a residente responsável em reavaliar os pacientes que ainda permaneciam ali e presenciei um quadro novo colocado no corredor do setor, com cartas de pacientes ou familiares, fotos e frases lindas de livros, como a da autora Ana Cláudia Quintana Arantes. Fiquei por alguns minutos observando a quantidade de amor apresentado em diversas formas e novamente, me emocionei.

Por fim, no meu último dia, sexta-feira, pela manhã houve um café da manhã coletivo, onde cada um levou alguma coisa e compartilhamos. Logo em seguida acompanhei a residente em medicina intensiva que estava no CP em dois casos, um no Pronto Socorro e outro na enfermaria da gastroenterologia. Assim, conheci outros setores e dinâmicas, o que foi muito interessante, e no setor da gastro observei novamente o olhar para o paciente, não sua patologia e o cuidado da médica com ele e sua condição atual. No final da manhã acompanhei uma aula ministrada por um residente em CP e correção de prova com os residentes que estavam finalizando seu ciclo no setor. Minha última tarde foi na enfermaria, onde acompanhei a residente responsável, me despedi dos pacientes, familiares e profissionais e iniciei meu retorno à Criciúma.

## 5 Conclusão

Considero que a Gabriella que iniciou a visita acadêmica no HCFMUSP no dia 23 não é a mesma que escreve hoje o relato de experiência. Informações médicas adquiridas quanto a protocolos, escalas, doses, condutas e patologias tem sua importância ao longo do desenvolver do cuidado médico, mas afirmo que aprendi coisas muito maiores do que isso. Aprendi sobre o trabalho em equipe, multiprofissionalidade (não a idealizada na teoria, observei uma real na prática, que é possível e não precisa ser perfeita e nem ideal, apenas real), respeito ao paciente e seus familiares, respeito quanto a opções e escolhas pessoais; o poder do silêncio; o cuidado, amorosidade, atenção e empatia podem ser reais em atendimentos ambulatoriais e na enfermaria. Aprendi que há sim a possibilidade do ser humano ser entendido como o indivíduo e tudo e todos que o cerca, não como sua patologia.

Acredito que a importância de tal serviço com equipe qualificada seja crucial para os municípios, afinal, todos vamos morrer um dia, e assim, gostaríamos que fosse da melhor forma possível. Devemos parar de enxergar a morte como um tabu e enfrenta-la com coragem, amorosidade e sem medo, afinal, a única certeza que temos na vida é depararmos com ela no final.

Acredito que não fiquei tanto tempo quanto gostaria no Núcleo de Cuidados Paliativos, mas foi o suficiente para que decidisse meu caminho ao longo da medicina. Gostaria de agradecer a todos os profissionais que me auxiliaram e me permitiram

acompanhar, assim como agradecer aos familiares e pacientes. Foi uma honra poder participar e conhecer a todos, e só tenho a agradecer. Muito obrigada!

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

HC- HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Apresentação - Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos. Disponível em: <[http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=788:apresentacao-nucleo-de-cuidados-paliativos&catid=23&Itemid=229](http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=788:apresentacao-nucleo-de-cuidados-paliativos&catid=23&Itemid=229)> . Acesso em julho de 2018.

COMBINATO DS, MARTINS STF. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):433-441.

FAVERO, Luciane et al . Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200016&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016>.

Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(1):129-35.

Decesaro MN, Oliveira NLB, Waidman MAP. Os fatores cuidativos de Watson na ótica de docentes de enfermagem. Cogitare Enferm. 1999;4(2):28-35.

Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts; c1985

Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. Texto & Contexto Enferm. 2007;16(1):15-25.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 40-46, Mar. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100040&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100040&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>.

SOUZA, A. T. O. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem Centro Universitário São Camilo - 3(1):77-86, 2009.



Disponível em <// [HTTP://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript)>.  
acesso em: ago. 2018.

## 2789140 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA E A DEMANDA DE RESSIGNIFICAÇÃO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

**Karolini De Bona Zisinio, Schayane Homem, Willians Cassiano Longen**

Bolsista Do Nucleo De Promoção E Atenção Clínica À Saúde Do Trabalhador Nupac-St. Acadêmica Da 8ª Fase Do Curso De Fisioterapia Da Unesc. Criciúma/Sc  
Fisioterapeuta Do Nucleo De Promoção E Atenção Clínica À Saúde Do Trabalhador Nupac-St. Mestre Em Saúde Coletiva Pelo Ppgscol/ Unesc. Pós-Graduanda Em Fisioterapia Traumatolo-Ortopédica/Unesc.  
Fisioterapeuta Do Nucleo De Promoção E Atenção Clínica À Saúde Do Trabalhador Nupac-St. Mestrando Em Saúde Coletiva Pelo Ppgscol/ Unesc. Criciúma/Sc  
Coordenador Do Núcleo De Promoção E Atenção Clínica À Saúde Do Trabalhador-Nupac-St. Professor E Pesquisador Do Ppgscol/Unesc E Do Curso De Fisioterapia/Unesc. Coordenador Do Curso De Pós-Graduação Em Fisioterapia Traumatolo-Ortopédica Da Unesc. Doutor Em Ciências Da Saúde. Criciúma/Sc

Novas evidências em relação à aprendizagem geram reflexões acerca das concepções do processo de aprendizagem e das práticas pedagógicas. São necessárias mudanças na formação, que superem o modelo tradicional da educação que mostra-se centrado no paradigma cartesiano/flexneriano. As Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem têm avançado como possibilidades de transformação do modelo tradicional. O objetivo deste estudo foi analisar o protagonismo discente na percepção dos atores do Curso de Fisioterapia de uma Instituição do Sul de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa transversal e quantitativa, com participação de 53 discentes e 17 docentes, através de questionários estruturados. Em relação à percepção discente, 81% apontam que as aulas são expositivas dialogadas em sua maioria. Dos docentes, 88,2%, reportam o predomínio da prática de aulas expositivas dialogadas. Foram propostas algumas sugestões ao colegiado do curso, com objetivo de aumentar o protagonismo discente.

**Palavras-chave:** Ensino superior, Aprendizagem Baseada em Problemas, Fisioterapia.

### 1 Introdução

Nas últimas quatro décadas do século XX, surgiram novas evidências em relação à aprendizagem, colocando em reflexão as concepções do processo de aprendizagem e as práticas pedagógicas. No entanto a prática da transmissão do conhecimento permanece hegemônica na formação (Lima, 2017).

Na área da saúde, em especial, a prática de transmissão de conhecimento e o foco biológico do processo saúde-doença produz uma formação descontextualizada em relação às dimensões subjetiva e social desse fenômeno, fragmentada em disciplinas e em conhecimentos de áreas básicas e clínicas apresentando-se por vezes tecnicista e centrada em procedimentos (Lima, 2017).

A formação de um profissional generalista, crítico, reflexivo, como apontam as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN's, capaz de atuar em diferentes níveis de atenção, compreendendo os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos é preconizada. Torna-se necessário experienciar isto durante a graduação/formação, através de um processo de ensino aprendizagem que se volte aos contextos sociais, de forma a problematizar as necessidades do mundo atual, tornando a aprendizagem significativa, contextualizando a realidade (Brasil, 2001).

Para superar as consequências dessas práticas, há um movimento à produção de mudanças tanto em relação ao uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem quanto à promoção de uma educação transformadora (Ceccim e Feuerwerker, 2004). As metodologias ativas de ensino-aprendizagem, particularmente com enfoque problematizador, vêm sendo utilizadas para auxiliar neste processo.

Há uma grande dificuldade em integrar o acadêmico da saúde desde o início de sua formação à realidade profissional. Para tal são necessárias mudanças na sua formação, que superem o modelo tradicional da educação que se fixa na fragmentação e especialização do conhecimento, com modelo de transferência de conhecimento, no qual o sujeito simboliza um depósito de informações (Vieira e Panúncio-Pinto, 2015). A formação de um profissional de saúde precisa alcançar técnicas de ensino aprendizagem que possibilitem a construção coletiva de conhecimentos, associando sempre teoria e prática em uma realidade social concreta (Vieira e Panúncio-Pinto, 2015). Necessita de um novo modelo de “ensinar”, não mais de transferir conhecimento, como se este fosse algo indiscutível, acabado e pronto. O predomínio é de aulas expositivas, onde o que se quer é a memorização do conteúdo tratando os acadêmicos como seres passivos (Anastasiou, 2001).

As chamadas Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem surgem como um modelo de ensino diferenciado. As mesmas estão embasadas em maior autonomia do estudante, na capacidade deste de autogerenciar seu processo formativo (Miltre et al, 2008). Sua utilização é um importante fator para a promoção da autonomia do discente (Berbel, 2011). As metodologias instigam a processos de reflexão, de generalização e de reelaboração de novas práticas. O aprendizado se dá a partir de problemas e situações reais que os alunos vivenciarão depois na vida profissional, antecipando-as durante o curso, preparando-os ao mercado de trabalho (Morán, 2015).

A aplicação de novas estratégias de ensino-aprendizagem deve ser feita de forma a tornar o conhecimento mais acessível para o estudante que passa de uma atitude passiva a ativa (Santucci et al, 2014). Profissionais aptos a trabalhar no Sistema Único de Saúde - SUS são aqueles profissionais experientes e criativos, capazes de se adaptar rapidamente a novas situações. Deste modo o perfil do novo fisioterapeuta envolve: flexibilidade, capacidade de adaptação, raciocínio lógico, habilidades de análise, síntese e agilidade nas tomadas de decisões, requerendo, assim que os processos de ensino sejam adaptados a estas novas demandas (Santucci et al, 2014).

Formar não é apenas transmitir conhecimento e conteúdo, formar é aumentar a potência, é dar o poder de agir, não é impor ao outro um modo de agir e de pensar, é dar oportunidade para ele o fazer (Barros, 2010). O empoderamento profissional deve iniciar na formação. O docente precisa estar atento para que se possa avançar com metodologias informativas para uma política de invenção, onde a ação e a problematização andem juntas na construção de novas possibilidades (Barros, 2011).

Problematizar os processos de formação em curso permite além de pensar em alternativas futuras, bem como, pensar em novas perguntas a fim de desnaturalizar o que está instituído (Barros, 2011).

A mudança da matriz curricular de cursos da área da saúde, como o de Fisioterapia, de acordo com DCN/2002 é algo necessário para que haja mudanças nos profissionais da área, com um olhar crítico-reflexivo sobre as demandas que serão impostas durante sua atuação, além disto, um olhar voltado para o SUS através das vivências é indispensável à formação profissional de qualidade.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia de 2002, propõem-se mudanças nesta formação. O que disparou esta proposta iniciou-se na década de 90, quando todo o cenário brasileiro de educação foi instigado a mudanças nas formações, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/1996). Na sequência e seguindo este modelo tem-se a criação da Resolução Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior nº4, de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia - DCN's (Resolução CNE/CES 4/2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior (Resolução CNE/CES nº4, de 19 de fevereiro de 2002, DCN Fisioterapia, artigo 2º p. 1).

Deste modo, as Diretrizes trazem um novo perfil profissional por meio de conteúdos mais amplos, a formação de um indivíduo com competência técnico-científica, com um enfoque generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar nas mais diversas áreas de atenção à saúde (promoção, prevenção, proteção e reabilitação) em nível individual e coletivo, capaz de pensar criticamente e de analisar problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos, preparado para atuar no processo saúde-doença pautado em princípios éticos, diferentemente da formação baseada na aplicação de conteúdos de técnicas fisioterapêuticas reabilitativas, com enfoque no profissional especialista, busca romper o paradigma biomédico na formação dos profissionais de saúde (Teixeira, 2012; Resolução CNE/CES 4/2002; Gonçalves, Carvalho e Trelha, 2012). Propõe a formação de um profissional com habilidades e competências para a tomada de decisões, de se comunicar com os demais profissionais e o público em geral e que seja capaz de desenvolver a liderança, além de ter condições para administrar e gerenciar equipes de saúde e seus meios sendo capaz de aprender sempre, através da educação permanente, tanto na formação quanto na prática, aberto ao novo e colaborando para que os envolvidos aprendam também através de trocas, de compartilhamento de ideias e saberes (Resolução CNE/CES 4/2002). Pensar na formação profissional do Fisioterapeuta através da estrutura curricular mostra uma realidade onde as práticas estão em evolução, mas que têm sido evidenciadas como insuficientes, na medida em que as tentativas de compreensão do patológico como fenômeno exclusivamente biológico e individual estão fadadas a um sucesso relativo (Sumyia e Jeolás, 2010).

É indiscutível que a educação formal está em processo de mudança, dada às transformações sociais que vem ocorrendo na sociedade atual. A busca é por evolução da mesma, de forma que todos aprendam de forma significativa para que possam trilhar seus caminhos de forma mais independente, sabendo também viver e conviver com os demais. Deste modo os currículos, métodos, modelos das instituições de ensino precisam ser revistos e reorganizados (Morán, 2015).

Há que se romper com a lógica de transmissão de conhecimento seguindo a lógica de Paulo Freire, reconhecendo a educação como prática libertadora e não dominadora (Freire, 1975; Cunha, 1996; Cyrino e Toralles-Pereira, 2004). A educação deve ser vista como prática de liberdade, fundamentado numa relação dialógica entre educador e educando em processo de aprendizado mútuo (Freire, 1975). Ensinar de forma problematizadora envolve a construção de conhecimento a partir de experiências significativas.

## 2 Referencial Teórico

A demanda imposta pela sociedade é de formar profissionais mais proativos e criativos, para tal este deve ser instigado a isso durante a formação, e as metodologias precisam então acompanhar os objetivos que se pretende alcançar, propondo atividades cada vez mais complexas, em que tenham que tomar decisões e avaliar estas, precisam experimentar diversas possibilidades de mostrar sua iniciativa, exigindo que o aluno pesquise, avalie as situações, pontos de vista diferentes, faça escolhas embasadas, assuma riscos, e aprenda por descoberta (Morán, 2015).

Por que limitar-se a transmitir conhecimentos se os estudantes dispõem para isto, além da imprensa escrita, inventada há mais de 500 anos, outros meios de acesso às informações? Por que não privilegiar discussões em torno de temáticas levantadas junto aos alunos? Por que não prestigiar a aquisição de mentes criativas e inquiridoras, através de debates, de resoluções de problemas extraídos da própria realidade sócio-cultural? (Balzan, 1999, p. 178).

Uma característica da educação superior no Brasil é a transmissão e reprodução de conhecimento, a qual acaba por formar profissionais, em sua grande maioria, não preparados para debater, propor soluções e intervir em problemas da sociedade (Costa, 2010).

A concepção de formação puramente assistencialista, tecnicista, biomédica e hospitalocêntrica em que a matriz curricular dos cursos de Fisioterapia é oferecida, por meio de disciplinas específicas, fragmentadas, limita o pensamento do sujeito na doença e, por isso, precisa ser repensada (Pivetta, 2006 p. 8).

Considerando as instituições de educação superior como espaços de construção da visão crítica e de interação com os conhecimentos científicos e práticas sociais. O docente deve adotar a postura de mediador de discussões e de colaborador ativo de inovações, edificadas a partir dos coletivos envolvidos nas atividades acadêmicas (Mussi, 2007; Costa, 2010).

O que existe ainda muito presente nos cursos superiores da saúde é o pensamento racional reducionista que resulta em um ensino mecanicista e fragmentado, onde a reflexão não tem espaço (Costa, 2010).

Para que haja mudanças concretas na atuação dos profissionais da saúde, precisa haver tais mudanças na sua formação. As propostas de mudança curriculares do ensino voltam-se à promoção de metodologias de ensino centradas no aluno, na resolução de problemas (Cyrino e Toralles-Pereira, 2004).

A partir do pioneirismo da Universidade de McMaster, Canadá, no final dos anos de 1960, o modelo da Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP se expandiu para muitas escolas de Medicina em todo o mundo (Cyrino e Toralles-Pereira, 2004). Estudos acerca do tema Metodologia Ativa no ensino Superior em Saúde, mostraram resultados favoráveis quanto a sua implementação (Mello, Alves e Lemos, 2014; Mitre, 2015; Lima, 2017).

O Problem Based Learning - PBL mostra-se como uma estratégia educativa eficaz em relação ao aprendizado de habilidades e atitudes necessárias na prática clínica (Nunes et al, 2008). A utilização do PBL na formação médica comparado a currículos tradicionais mostrou-se mais positiva com relação ao desempenho dos acadêmicos (Gomes et al, 2009). Em uma revisão sistemática de literatura sobre evidências dos efeitos do PBL após a graduação em Medicina, comprovou-se que o PBL possui efeitos positivos na aquisição de competências necessárias após a graduação (Koh et al, 2008). A implantação do PBL mostra-se como uma boa estratégia para organizar a formação acadêmica e gerar um conhecimento significativo para o aluno (Vignochi et al, 2009).

Estudos relacionados à Aprendizagem Significativa corroboram com a utilização de metodologias ativas de aprendizagem para que o estudante adquira o conhecimento necessário à prática clínica. Dessa forma, esta teoria se configura como uma importante corrente pedagógica a ser abordada nos cursos da área da saúde, de forma que o discente consolide seu conhecimento e possa utilizá-lo em sua vida profissional no futuro. Fomenta-se a necessidade de mudanças na Educação em Saúde no ensino superior, de modo a promover a Aprendizagem Significativa dos egressos na carreira profissional (Mello, Alves e Lemos, 2015).

### 3 Metodologia

Este estudo teve como objetivo geral analisar o protagonismo discente na perspectiva do PPC e da percepção dos atores do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como objetivos específicos: Verificar a metodologia atualmente estabelecida no PPC do curso e a sua convergência com a matriz curricular e DCN; Identificar na prática pedagógica do Curso a utilização de metodologias ativas e Propor perspectivas para o PPC do curso visando estímulos ao protagonismo discente. Trata-se de uma pesquisa transversal e qualitativa, parte de uma dissertação de mestrado.

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC. Foi aprovada sob Parecer nº: 2.253.103. A pesquisadora aplicou os questionários após os envolvidos terem assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, como protocolo padrão.

Foram aplicados dois questionários distintos junto aos atores do processo, sendo um junto aos discentes concluintes do último ano e outro junto aos docentes fisioterapeutas



e gestão do Curso. Os mesmos buscaram identificar como tem sido a prática de ensino-aprendizagem, como por exemplo, o uso das metodologias ativas.

A amostra foi composta pelos Professores do Curso de Fisioterapia da UNESC. Como critérios de seleção: professores fisioterapeutas; coordenadores do curso e acadêmicos formandos das últimas fases do curso (9<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup>). Foram envolvidos 17 professores. Quanto aos acadêmicos, o quantitativo oficial apurado pela secretaria do curso junto ao sistema acadêmico da Universidade envolve 39 acadêmicos da 9<sup>a</sup> e 23 acadêmicos da 10<sup>a</sup> fase, no total de 62 acadêmicos. Destes, 53 participaram da pesquisa, foram excluídos aqueles que estavam matriculados apenas em uma disciplina das fases finais.

#### 4 Experiência de Ensino

As metodologias ativas foram idealizadas a partir de metodologias fundamentadas no conceito pedagógico crítico-reflexivo, voltadas para uma atuação em contextos de vida real, sobre a realidade, estimulando a interação de diversos atores do processo, valorizando a construção coletiva do conhecimento (Silva et al, 2014). Deste modo, são úteis para estimular o protagonismo dos discentes, estimulando seu olhar crítico-reflexivo, empoderando-os sobre seu processo de ensino-aprendizagem, além de unir teoria e prática e desenvolver uma aprendizagem significativa, que refletirá no profissional formado.

Ao pensar o processo de formação de profissionais, vemos que a velocidade em que se produzem e se disponibilizam conhecimento e tecnologia no mundo atual é alta, deste modo, a transmissão de conhecimento por meio do modelo tradicional de formação, perde ainda mais força (Câmara, 2006).

É um dos objetivos fundamentais de aprendizagem, o aprender a aprender, em um processo de educação permanente (Feuerwerker, 2002), sendo esta uma prática pedagógica na qual o processo educativo que faz parte do cotidiano possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no dia-a-dia (Ceccim, 2005).

Outro objetivo fundamental do novo modelo de aprendizagem é o aprender fazendo, que ocorre de forma dinâmica, por meio da ação-reflexão-ação, desta forma, nestas práticas funcionam como disparadores do processo de construção do conhecimento (Feuerwerker, 2002), sugerindo assim uma nova metodologia de ensino-aprendizagem, voltando-se para as metodologias ativas. E para que essa proposta pedagógica se estabeleça, faz-se necessário um novo desenho de currículo, de forma mais integrada, articulando vários conteúdos necessários para dar conta de uma situação ou problema. “É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (Freire 1996, p. 38).

Estudos apontam que o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem facilitou o protagonismo do discente no seu processo formativo, bem como, na sua atuação prática profissional (Câmara, 2006; Sumyia e Jeolás, 2010; Gonçalves, Carvalho e Trelha, 2012; Aguiar et al, 2014; Santunci et al, 2014; Novakowsky e Teixeira, 2015; Paiva et al, 2015; Toassi e Lewgoy, 2015; Trindade e Dias, 2015).

Os discentes (n=53) foram caracterizados quanto à idade e ano de ingresso e conclusão. Idade média foi de 24,06 anos, DP=3,12 anos, 58% estavam na 9<sup>a</sup> fase e 42%

na 10ª fase, Ano de ingresso 92% ingressaram em 2013, 8% em 2012. Ano de conclusão 58% 2018, 42% 2017.

O protagonismo dos estudantes foi investigado no instrumento aplicado (TABELA 1 e 2).

Tabela 1 - Formas de Participação ativas dos alunos no processo de aprendizagem (n= 53) (%)

Nada	2
Pouco	23
Em Parte	47
Muito	28

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

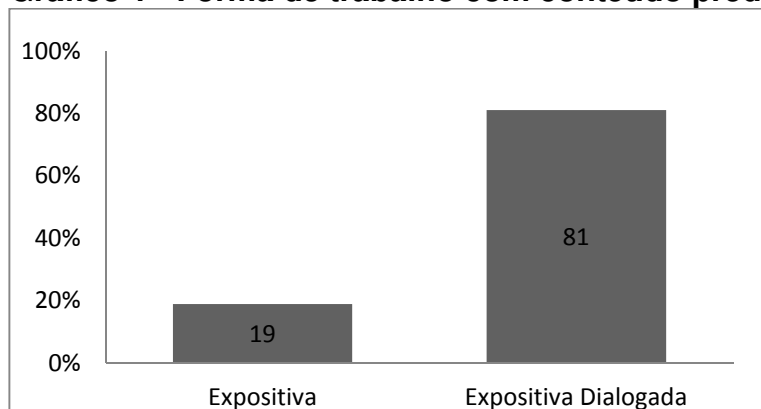
Tabela 2 – Distribuição dos dados quanto a percepção dos discentes sobre manifestar suas ideias (n=53) (%)

Nunca	3,8
Raramente	18,9
Frequentemente	54,7
Sempre	22,6

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

Com base nas duas tabelas, nota-se que os discentes se sentem parte do processo de aprendizagem de maneira parcial, sendo que a grande maioria considera ter em alguns momentos participação em sala e manifestar suas ideias. Há que se considerar àqueles que assinalaram as questões com “nada, pouco, nunca e raramente”, pois expressam uma parte dos discentes que não conseguem se manifestar e/ou participar ativamente do seu processo de ensino aprendizagem. Deste modo deve-se reorientar o processo de forma a integrar estes discentes para que os mesmos se reconheçam como parte do processo de ensino aprendizagem (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Forma de trabalho com conteúdo predominante em sala (n=53) (%)

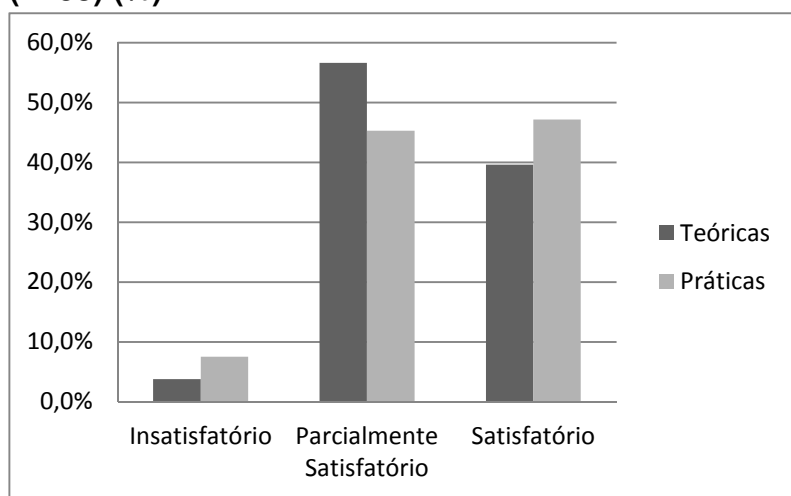


Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

Na questão relacionada à importância das metodologias ativas no processo ensino aprendizagem, 96% dos discentes consideram-na importante. Os mesmos apontaram que a forma mais comum de aula é na forma expositiva dialogada, o que é bastante interessante para se conseguir acessar o discente e fazê-lo parte do processo.

Nas questões relacionadas a metodologias ativas, nota-se que os discentes a entendem como importante e que são ativos no processo ensino aprendizagem, em sua maioria. As metodologias ativas proporcionam participação ativa dos discentes no processo ensino aprendizagem e favorece o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva, pró-atividade, associação da aprendizagem com a realidade, desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade, coletividade (Lima, 2017).

**Gráfico 2 - Percepção do aprendizado com relação às atividades teórica e práticas (n=53) (%)**



Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

Chama atenção o fato de serem formandos do curso que estão saindo da graduação para o mercado de trabalho e ainda não se sentem preparados, evidenciado na questão sobre estar preparado para o mercado de trabalho, onde 51% afirmou estar parcialmente, ou seja, não saem seguros da graduação. Isso pode se dar ao fato de a relação universidade com o mercado de trabalho estar limitada, como apresentam-se nas respostas que se seguem no questionário e notadas na própria matriz curricular, onde o contato efetivo com a prática, se dá ao final do curso.

Foram entrevistados 17 docentes Fisioterapeutas do curso de Fisioterapia da UNESC, incluindo a coordenação do curso. Foram caracterizados com relação à idade, tempo de formação e tempo de docência. Idade média de 37,8 anos, DP=4,8 anos; tempo de formação média 13,1 anos DP=4,3 anos, Tempo de docência média de 7,1 anos, DP=5,7 anos.

Nas questões referentes às Metodologias Ativas, as respostas foram expressas em porcentagens (TABELA 3).

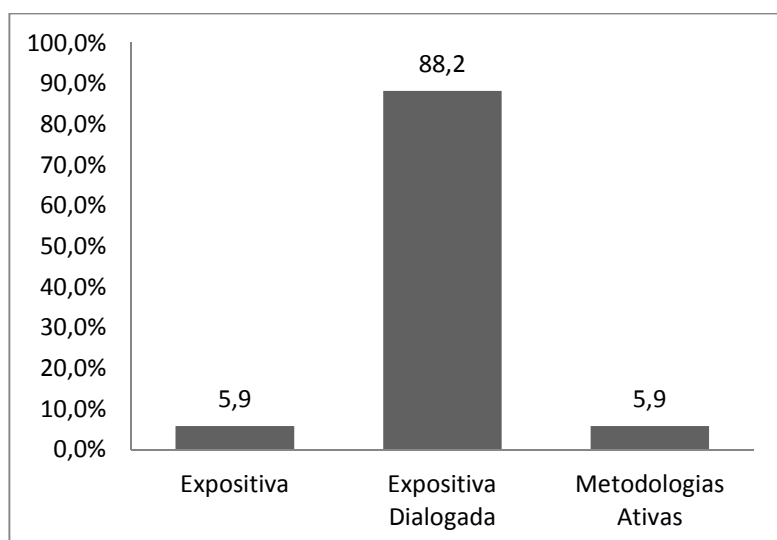
Tabela 3 – Distribuição dos dados quanto à percepção dos docentes sobre a participação ativa dos alunos no processo de aprendizagem no curso de Fisioterapia (n=17) (%)

Nada	-
Pouco	11,8
Em Parte	64,7
Muito	23,5

Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

Esta informação corrobora com os discentes, onde os mesmos apontam sentirem-se em parte, ativos no processo de aprendizagem.

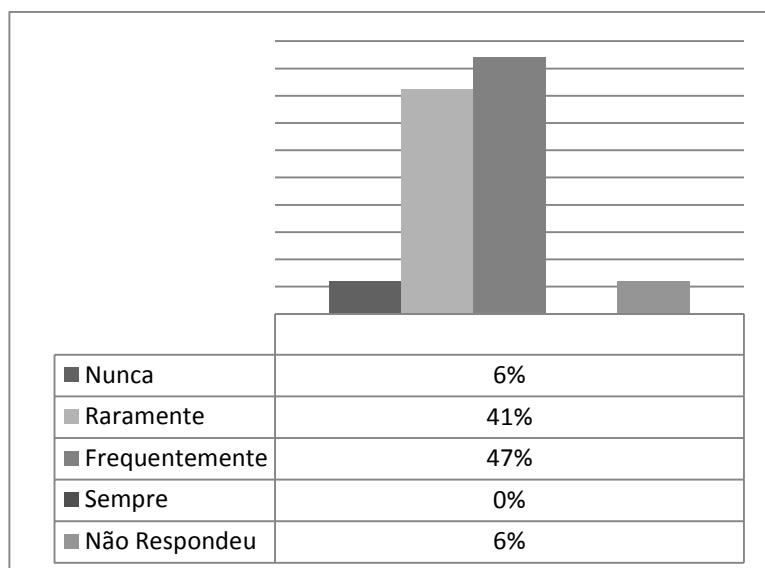
**Gráfico 3 – Distribuição dos dados quanto à percepção dos docentes sobre a forma de trabalhos com os conteúdos que são predominantes em suas aulas (n=17) (%)**



Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

Este dado também corrobora com os dados dos discentes, que afirmaram ser predominante em sala, as aulas expositivas dialogadas. Quanto ao uso de metodologias ativas em aula, metade afirma utilizar raramente e a outra frequentemente.

**Gráfico 4 – Distribuição dos dados quanto à percepção dos docentes sobre o uso de Metodologias Ativas em suas aulas (n=17) (%):**



Fonte: Dados obtidos pela pesquisa.

Na questão sobre a importância das metodologias ativas no processo ensino aprendizagem, 94% dos docentes responderam considerar importante. Nota-se que há uma percepção dos professores quanto à importância das metodologias ativas no processo ensino aprendizagem, porém os mesmos ainda não a têm como parte do seu processo docente, a grande maioria já teve contato com as mesmas em formações, mas mesmo assim ainda não a assumem. Isso pode ser considerado ao fato de que elaborar aulas mais ativas, demanda um maior tempo, maior dispêndio do professor, além de que romper a barreira de professor detentor do saber para facilitador, é um processo longo e difícil muitas vezes, para quem foi formado sob o modelo tradicional. O modelo predominante de formação universitária é assentado na transferência de conteúdos teóricos a partir de disciplinas que compartimentalizam e hierarquizam o conhecimento científico (Ribeiro e Lima, 2003).

Há que se refletir sobre os diferentes olhares. Ao analisar as respostas dos participantes da pesquisa, nota-se que o uso de Metodologias Ativas acontece em poucos momentos, os docentes, em sua maioria, utilizam predominantemente aulas expositivas dialogadas e consideram que a participação dos alunos em sala é limitada. Na visão dos discentes a forma de exposição de conteúdos se dá de forma expositiva e expositiva dialogada e alegam conseguirem expor suas ideias, participar ativamente das aulas na maioria das vezes. Cabe aqui um olhar especial para estas questões, enquanto que o PPC traz uso de metodologias promotoras de autonomia, protagonismo discente, a prática ensino aprendizagem apresenta-se distante disto.

Para promover autonomia discente, o papel do professor é preconizado como sendo de facilitador e de orientador. Facilitador que escolhe o que é relevante entre tanta informação disponível e ajuda para que os alunos encontrem sentido no mosaico de materiais e atividades disponíveis. Neste sentido ele cuida de cada um, dá apoio, acolhe, estimula, valoriza, orienta e inspira. Orienta a classe, os grupos e a cada aluno. Ele tem

que ser competente intelectualmente, afetivamente e gerencialmente (gestor de aprendizagens múltiplas e complexas), de facilitador dos processos (Morán, 2015).

As metodologias ativas são processos de aprendizagem que colocam o aluno diante de problemas e/ou desafios que mobilizam o seu potencial intelectual, enquanto estuda para compreendê-los e ou superá-los. Neste processo, os estudantes necessitam de informações, mas são especialmente estimulados a trabalhar com elas, elaborá-las e reelaborá-las em função do que precisam responder ou equacionar. Nesse caminho, é possível que ocorra, gradativamente, o desenvolvimento do espírito científico, do pensamento crítico, do pensamento reflexivo, de valores éticos, entre outras conquistas dessa natureza, por meio da educação, nos diferentes níveis, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia na formação do ser humano e de futuros profissionais (Berbel, 2011).

Encontra-se nas instituições educacionais um número razoável de professores que estão experimentando estas novas metodologias, o que predomina, no entanto, é certa acomodação, repetindo formas de ensinar convencionalmente estabelecidas. Há um bom número de docentes e gestores que não querem mudar, que se sentem desvalorizados com a perda do papel central como transmissores de informação e que pensam que as metodologias ativas deixam o professor em um plano secundário e que as tecnologias podem tomar o seu lugar (Morán, 2015).

Os alunos que percebem-se como autônomos em suas interações escolares apresentam resultados positivos em relação: à motivação (apresentando motivação intrínseca, a percepção de competência, pertencimento, curiosidade, internalização de valores); ao engajamento (com emoções positivas, persistência, presença nas aulas, não reprovam ou se evadem da escola); ao desenvolvimento (evidenciando autoestima, autovalor, preferência por desafios ótimos, criatividade); à aprendizagem (melhor entendimento conceitual, processamento profundo de informações, uso de estratégias autorreguladas); à melhoria do desempenho em notas, nas atividades, nos resultados em testes padronizados); e ao estado psicológico (apresentando indicadores de bem-estar, satisfação com a vida, vitalidade) (Reeve, 2009).

As metodologias ativas têm o potencial de despertar a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem elementos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do professor. Quando acatadas e analisadas as contribuições dos alunos, valorizando as, são estimulados os sentimentos de engajamento, percepção de competência e de pertencimento, além da persistência nos estudos, entre outras (Berbel, 2011).

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino/aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. Segundo os autores, a problematização pode levar o aluno ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Aprender por meio da problematização e/ou da resolução de problemas de sua área, portanto, é uma das possibilidades de envolvimento ativo dos alunos em seu próprio processo de formação (Mitre et al, 2008).

Considerando-se que a graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas e que os conhecimentos e competências se transformam velozmente, torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática

de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender. As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, que, diante do problema, se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (Mitre et al., 2008).

O ensino voltado à humanização do cuidado pode ser viabilizado por estratégias de ensino que extrapolem o modelo tradicional, um exemplo disto são as metodologias problematizadoras (Casate e Corrêa, 2012).

De todo modo, as respostas dos diferentes atores, discentes e docentes, apresentaram pontos de divergência, o que contribuiu para uma análise crítico reflexiva, possibilitando ampliar o olhar do Curso sobre a parte documental, através dos PPC's e sobre a visão dos atores, possibilitando a estruturação dos aspectos diagnósticos e propositivos deste estudo.

Pensar apenas no método, como as metodologias ativas, para alcançar as premissas das DCN's, fada-se ao erro, pois um método sozinho não transforma a educação, para tal, necessita-se da intencionalidade pela qual esta será utilizada. Os participantes, neste caso, os discentes, precisam assimilar este processo, entender, compreender, acreditando no potencial que este tem de auxiliar no processo ensino aprendizagem, valorizando-o.

A teoria em si [...] não transforma o mundo. Pode contribuir para sua transformação, mas para isso tem que sair de si mesma, e, em primeiro lugar, tem que ser assimilada pelos que vão ocasionar, com seus atos reais, efetivos, tal transformação. Entre a teoria e a atividade prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências [...] uma teoria só é prática na medida em que materializa, através de uma série de mediações o que antes só existia idealmente, como conhecimento da realidade ou antecipação ideal de sua transformação (Sánchez Vázquez, 1977, p. 206-207).

Desta forma, destaca-se que a mudança das pessoas, docentes, discentes, gestores, profissionais é fundamental para o processo de transformação, e este acontece de forma lenta. Por vezes há resistência à mudança, por falta de incorporação/adesão do referencial pedagógico pelos docentes, falta de habilidade na aplicação das novas tecnologias pedagógicas, falta de compromisso ou de apropriação do processo de mudança (Camâra, 2006).

## 5 Conclusão

A avaliação do processo educativo envolvendo acadêmicos do último ano e docentes possibilitou refletir sobre a formação do Fisioterapeuta, bem como, gerar aspectos propositivos para o currículo frente às demandas apontadas pelos participantes.

O PPC atual está em conformidade com as DCN's, porém ao questionar atores do processo, percebe-se lacunas na prática do mesmo. O protagonismo discente mostrou-se aquém do que vem sendo atualmente preconizado pela literatura, no tocante à conexão prática a partir das demandas sociais, envolvendo aprendizagens significativas, bem como, em relação à saúde coletiva.

Pode-se identificar que as metodologias praticadas atualmente no curso necessitam direcionamento no sentido de gerar maior envolvimento discente com os

propósitos do Projeto Pedagógico do Curso de forma a contribuir com o alcance do perfil do profissional egresso idealizado no mesmo. Neste sentido, este estudo enseja proposta de modificação no projeto do curso, na matriz curricular e de mudanças de sua efetiva execução de forma a aumentar o protagonismo discente.

## REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Ricardo Goes. et al. Implantação de um Curso de Fisioterapia baseado em Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem. Caderno Educação Saúde e Fisioterapia. v.1 n.1. 2014.
2. ANASTASIOU, Léa da Graças Camargos. Metodologia de ensino na universidade brasileira: elementos de uma trajetória. In: M.E. Castanho e S. Castanho (ORGs) Temas e Textos da Educação Superior. Capinas: Papirus, 2001.
3. BALZAN, Newton Cesar. Formação de professores para o ensino superior: desafios e experiências. In: Bicudo MA, organizador. Formação do educador e avaliação educacional. São Paulo: Editora UNESP; p. 173-88. 1999.
4. BARROS, Maria Elisabeth Barros de.; HECKERT, Ana Lucia C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisia e criações. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho. (Org.). Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.
5. BARROS, Maris Elisabeth Barros de.; CESAR J. M. Ação formativa no cultivo de um ethos como competência. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. (Org.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2011.
6. BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 38, 9 nov. 2001.
8. CAMÂRA, Ana Maria Chagas Sette. A Formação e a Atuação do Profissional Fisioterapeuta um estudo com egressos da UFMG – 1982-2005. Belo Horizonte, Faculdade de Educação da UFMG, 2006.
9. CASATE, Juliana Cristina. CORRÊA, Adriana Katia. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. Revista da Escola de Enfermagem da USP; São Paulo, v. 46, n.1, p. 212-218, 2012.
10. CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação., v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev.2005.
11. CECCIM, Ricardo Burg. e FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação

- das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004<sup>a</sup>.
12. CYRINO, Eliana. e TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 780-788, mai-jun, 2004.
  13. CNE. Resolução CNE/CES 4/2002. Diário Oficial da União, Seção 1, p.11. 4 de fevereiro de 2002.
  14. COSTA, Jussara Albuquerque. Formação Profissional do Fisioterapeuta e os desafios da docência. Revista Movimenta ISSN: 1984-4298 v. 3 n. 4. 2010.
  15. CUNHA, Maria Isabel da. Ensino com pesquisa: a prática do professor universitário. Cadernos de Pesquisa, 97:31-46.1996.
  16. FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.
  17. FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários À Prática Educativa. Editora: EGA, 1996.
  18. FREIRE Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
  19. GOMES, Romeu. et al. Aprendizagem baseada em problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. Revista brasileira de educação médica. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 444-451, 2009.
  20. GONÇALVES, Flávia Guilherme. CARVALHO, Brígida Gimenez. e TRELHA, Celita Salmaso. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 301-314, jul./out.2012.
  21. KOH, Gerald Choon-Huat; et al. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. CMAJ. v. 17, n.1,p. 34-41. 2008.
  22. LIMA, Valéria Vernaschi. Constructivist spiral: an active learning methodology. Interface (Botucatu). São Paulo, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.
  23. MELLO, Carolina de Castro Barbosa.; ALVES, Renato Oliveira.; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. Revista CEFAC. v. 16, n. 6, p. 2015-2028, Nov-Dez; 2014.
  24. MITRE, Sandra Minardi; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência e saúde coletiva. São Paulo, v. 13, Sup 2, p. 2133-44. 2008.
  25. MORÁN, José. Mudando a Educação com Metodologias Ativas. [Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II] Carlos Alberto de Souza e Ofelia Elisa Torres Morales (orgs.). PG: Foca Foto-PROEX/UEPG, 2015.
  26. MUSSI, Amali de Angelis. Docência no ensino superior: conhecimentos profissionais e processos de desenvolvimento profissional. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Educação. 2007.

27. NOVAKOWSKI, Adriana Alves.; TEIXEIRA, Luciana Barcellos. Contribuições para a Formação de Graduação em Saúde Coletiva: Relato de Experiência de Estágio Curricular na Área de Promoção e Prevenção de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio. et al. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. CADERNOS DA SAÚDE COLETIVA - Vol. IV. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.
28. NUNES, Sandra Odebrecht Vargas. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Revista brasileira de educação médica. Londrina – PR, v. 32, n. 2, p. 210-6. 2008.
29. PAIVA, Luciana Laureano. et al. A Formação em Fisioterapia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: relato de experiência das disciplinas “Saúde e Cidadania” no território de saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio. et al. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Caderno da Saúde Coletiva - Vol. IV. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.
30. PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto. Concepção de formação e docência dos professores do curso de fisioterapia do Centro universitário Franciscano [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, Programa de mestrado em educação; 2006.
31. REEVE, Johnmarshall. Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can become more autonomy supportive. Educational Psychologist, Hillsdale, v. 44, n. 3, p. 159–175, 2009.
32. RIBEIRO, Eliana Claudia Otero. e LIMA, Valeria Vernaschi. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho Mágico. abr-jun; 10(2): 47-52. 2003.
33. SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo. Filosofia da práxis. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
34. SANTUCCI, Fernanda. et al. A Metodologia Dialética no Ensino de Métodos de Avaliação Clínica e Funcional para graduação em Fisioterapia. Caderno Educação Saúde e Fisioterapia. São Paulo, v.1 n. 2. 2014.
35. SILVA, Luciana Saraiva da, et al. Formação de Profissionais críticos-reflexivos: O potencial das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem e avaliação na aprendizagem significativa. Revista CIDUI, 2014.
36. SUMIYA, Alberto. e JEOLÁS, Leila Sollberger. Processos de mudança na formação do fisioterapeuta: as transições curriculares e seus desafios. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, Maringá, v. 32, n. 1 p. 47-53, 2010.
37. TEIXEIRA, Renato da Costa. Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte às Diretrizes Curriculares Nacionais. Fisioterapia em Movimento. Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 47-54, 2012.
38. TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. e LEWGOY, Alzira Maia Baptista. Inovação na Formação Interdisciplinar em Saúde: a experiência intercurricular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distritos Glória / Cruzeiro /Cristal, Porto Alegre, RS. In: FERLA, Alcindo Antônio. et al. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Caderno da Saúde Coletiva - Vol. IV. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.



39. TRINDADE, Jorge Luiz Andrade e DIAS, Alexandre Simões. Saúde e Cidadania: (re)desenhando intervenções fisioterapêuticas no contexto da formação na Saúde da Família de Porto Alegre, RS. In: : FERLA, Alcindo Antônio. et al. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Caderno da Saúde Coletiva - Vol. IV. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.
40. VIEIRA, Maria Neves Campanelli Marçal. e PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. Medicina (Ribeirão Preto), v. 48, n.3, p. 241-248, 2015.
41. VIGNOCHI, Carine. et al. Considerações sobre Aprendizagem Baseada em Problemas na Educação em Saúde. Revista HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. v. 29, n.1, p.45-50.2009.

## 4544587 ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Hajiv Gomes Batista Teles, Laís Corrêa Fabre, Joni Marcio de Farias, Lisiane Tuon

Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Programa de Residência Multiprofissional

### Resumo

**Introdução:** A reforma em políticas sociais que pode ser considerada a mais importante nas últimas décadas do século XX foi a criação e a implantação do sistema único de saúde o SUS. Reincorporar o paciente à sociedade depois de uma enfermidade, devolvendo a mesma autonomia sobre suas atividades diárias, é um dos objetivos e preocupações do Ministério da Saúde. Neste contexto surge a atuação do profissional de Educação Física e do Fisioterapeuta no âmbito hospitalar. **Objetivo:** Este estudo consiste em um relato de experiência da prática dos profissionais de Educação Física e Fisioterapeuta do Programa de Residência Multiprofissional no âmbito hospitalar. **Resultados:** Após solicitação da equipe, os residentes desenvolveram material gráfico com informações referentes a cuidados pós-operatórios ortopédicos. **Conclusão:** O setor hospitalar é um ramo complexo e que possui carências relacionadas ao cuidado pós internação, o programa de residência multiprofissional nos oportuniza a inserção em ambientes de saúde diversos. Sendo assim, o fisioterapeuta e o profissional de educação física têm o campo hospitalar para ampliar cada vez mais suas ações contribuindo em várias frentes no encargo da saúde.

**Palavras-chave:** recuperação, fisioterapeuta, profissional de educação física, educação em saúde, pós-operatório.

### 1 Introdução

A reforma em políticas sociais que pode ser considerada a mais importante nas últimas décadas do século XX foi a criação e a implantação do sistema único de saúde o SUS (BARBOSA, 2010, SAÚDE 2006).

Desde 1970, o modelo de atenção em saúde no Brasil tem sido debatido, passando por diversas alterações no seu conceito em saúde, o mesmo passou de um modelo de atenção hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para uma representação assistencial promotora da saúde, preventivo com participação popular e a interdisciplinaridade de diferentes profissionais (YONAMINE, 2009). Essa interdisciplinaridade representa um trabalho coletivo, baseado na comunicação e diálogo como dispositivos fundamentais para a interação entre os atores e a troca de saberes técnicos, que leva os diversos profissionais a realizarem ações em prol de um objeto comum, no caso, o paciente. (PEDUZZI, 1998).

Neste contexto, o fisioterapeuta se insere no ambiente hospitalar, trazendo benefícios para a prevenção do quadro clínico do paciente, redução do tempo de internação e atenuação de gastos em saúde pública. Diariamente o serviço torna-se cada vez mais complexo devido à constante mudança e evolução dos serviços à assistência à saúde, que não se limitam mais a garantir sobrevivência, mas a oferecer qualidade de vida as pessoas (MACHADO, 2008).

A atuação do fisioterapeuta em hospitais que realizam procedimentos de grande complexidade, como unidade de terapia intensiva (UTI), cirurgias neurológicas, ortopédicas, oncologia, dentre outros, está relacionada ao desenvolvimento de assistência humanizada e especializada, visando a recuperação do paciente (NAKAGAWA, 2006).

Reincorporar o paciente à sociedade depois de uma enfermidade, devolvendo ao mesmo autonomia sobre suas atividades diárias, é um dos objetivos e preocupações do Ministério da Saúde. A utilização de exercícios físicos na reabilitação é uma necessidade constante, desta forma, a utilização de especialistas nesta área, é uma ação que potencializa a capacidade de trabalho de uma equipe multidisciplinar na área da reabilitação, neste contexto surge a importância da participação do profissional de educação física na área hospitalar (LÓPEZ; SAFONS, 2000).

Nas últimas décadas a atuação dos profissionais de Educação Física tem sofrido mudanças no seu ramo de atuação, refletindo na operacionalização de políticas públicas, com foco intervencionista na prevenção, promoção e reabilitação da saúde do indivíduo (SCABAR, PELICIONI e PELICIONI, 2012).

## 2 Referencial Teórico

A Fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Uma das maneiras do profissional de educação física promover a saúde das pessoas é por meio de atividades físicas, acompanhando e orientando as pessoas durante a prática de esportes e/ou exercícios, prevenindo doenças e promovendo saúde (Steinhilber, 2018).

Os profissionais estão habilitados para suprir qualquer demanda que a seja tanto na parte do cuidado ao paciente quanto a gestão hospitalar, diante disso, com a inserção dos residentes no Hospital São Donato gerou um recurso para suprir uma necessidade do centro cirúrgico quanto ao cuidado do paciente no pós-operatório.

## 3 Metodologia

A realização deste trabalho aconteceu no Hospital São Donato no município de Içara, Santa Catarina, no período de 15 de março a 17 de maio de 2018. Fundação filantrópica administrada pela comunidade por meio de entidades, o Hospital São Donato atende o município de Içara e outras cidades da região por meio do Sistema Único de Saúde, consórcios intermunicipais, planos de saúde e convênios. Realiza atendimentos nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia; Otorrinolaringologia; Fonoaudióloga; Nefrologista; Pediatria; Vascular; Proctologia; Ortopedia/Traumatologia; Oftalmologia e Bucomaxilofacial.

O trabalho foi dividido em 5 momentos: reunião com equipe e gestão para apresentação de demandas, reunião com equipe e gestão para apresentação de proposta de atuação e aprovação, levantamento das principais cirurgias ortopédicas realizadas no estabelecimento, busca bibliográfica para desenvolvimento do material e confecção da cartilha e apresentação da cartilha finalizada. No primeiro momento realizamos reunião prévia com a equipe de gestão e enfermagem do hospital que relataram carência nas orientações referentes ao pós-operatório de pacientes ortopédicos. Conforme nos foi relato pela equipe o hospital já possui um material relacionado a orientações de cuidados com

curativos, e que a entrega de panfleto informativo diminui a quantidade de pacientes que retornam ao hospital por problemas com cuidados pós-internação; porém sentem carência em orientações relacionados aos cuidados pós-operatórios ortopédicos.

No segundo momento realizamos reunião com a equipe para apresentar a proposta a ser aprovada sobre o dispositivo a ser abordado na orientação dos pacientes de pós-operatório. O material apresentado foi o uso de uma cartilha com a ilustração do segmento a qual foi submetido a cirurgia, e apontado quais cuidados básicos o paciente deveria tomar após a cirurgia. A aprovação da ideia foi obtida na mesma reunião.

Após aprovação da proposta, entramos em contato com o setor de ortopedia do hospital, e solicitamos relatório das cirurgias ortopédicas realizadas nos últimos 6 meses. Com o recebimento do relatório distribuímos as cirurgias realizadas em uma tabela no programa Excel e identificamos quais os 4 tipos de cirurgia com maior incidência.

Com a definição dos tipos de pós-operatório cujo faríamos a orientação gráfica - cirurgias de pé e tornozelo, joelho e quadril - realizamos busca bibliográfica para fundamentar o material a ser desenvolvido, posteriormente foi utilizada a ferramenta Corel Draw x8 pelos próprios residentes para criação da cartilha.

O material contém orientações básicas quanto ao cuidado da cicatriz, uso de compressas frias e quentes, realização de drenagem do membro, a posição do membro no leito e a prática de exercícios regulares.

Após desenvolvimento do material, encaminhamos o arquivo a equipe clínica do hospital para revisão, aprovação e posterior confecção. Foram desenvolvidos materiais para o pós-operatório de artroscopia, reconstrução de ligamento e próteses totais de joelho e quadril e; artroscopia, próteses totais e fraturas de tornozelo.

A impressão e distribuição do material ficou sob responsabilidade da administração do hospital.

### 3 Material Desenvolvido

Quanto ao material desenvolvido pelos residentes, foram construídos 3 folders seguindo as maiores demandas, que foram cirurgias de joelho, quadril e tornozelo e pé, utilizamos linguagem clara e popular para facilitar o entendimento dos pacientes, além de ilustrações que facilitam a compreensão do material desenvolvido.

A abordagem no material tratava de cuidados gerais com alguns tipos de cirurgias.

- O tempo da compressa fria e quente nas primeiras 48 horas e após as 48 horas respectivamente.
- A importância da cicatrização, como a troca do curativo, mobilização do tecido ao redor e os cuidados com os raios solares.
- Cuidado com o edema e a orientação de uma massagem para drená-lo.
- Orientação quanto a posição do membro no leito.
- A realização de exercícios regulares para o retorno as atividades diárias mais adequadas.

Com o fim da confecção do material, o mesmo foi entregue para revisão da equipe clínica do hospital e posteriormente será distribuído aos pacientes. O maior desafio na realização deste trabalho foi o curto período na especialidade, apenas 8 encontros com duração de 4h cada, fato este que não nos possibilitou realizar estudo pré e pós

intervenção, impossibilitando a verificação do impacto gerado aos pacientes diante dessa nova ferramenta de cuidados.

### 3.1 Experiência de Ensino

Durante o mês de março a equipe de administração do hospital juntamente com a equipe de enfermagem organizou dois encontros para explanar suas necessidades e fragilidades com relação a assistência aos pacientes, e solicitar o auxílio do programa de Residência Multiprofissional.

No primeiro encontro abordou-se a falta de um material para o paciente no pós operatório ortopédico com informações sobre cuidados a serem tomados, tipos de compressas e exercícios que podem ser realizados pelo próprio paciente e que auxiliam em sua recuperação, o que muitas vezes resulta no retorno ao hospital por problemas pós-operatórios.

Em um segundo momento apresentamos as ideias para a criação de um folder educativo com pontos de cuidados a serem tomados, forma de abordagem, linguagem e diagramação do material que posteriormente foi autorizada pelo corpo clínico e administrativo para confecção.

A abertura e confiança transmitida aos residentes pela equipe técnica do hospital foram fatores decisivos para o sucesso na execução da tarefa proposta. Com a utilização de bibliografia de suporte e transformando as informações para uma linguagem simplificada e popular desenvolvemos um material informativo e de fácil entendimento, que pode ser distribuído por qualquer profissional de saúde nos cuidados pós-operatórios ortopédicos, visto que sabemos que nem sempre é possível a presença de um fisioterapeuta e/ou profissional de educação física para auxiliar nesse processo.

### 4 Conclusão

O programa de residência multiprofissional nos oportuniza a inserção em ambientes de saúde diversos. A partir da ótica de trabalho interprofissional, verificamos o quanto é importante e rico o trabalho conjunto de profissionais das mais diversas áreas, um complemento a área de conhecimento do outro, com um objetivo único, o bem-estar dos usuários dos serviços de saúde. O setor hospitalar é um ramo complexo e que possui carências relacionadas ao cuidado pós internação, com esta prática podemos perceber que o fisioterapeuta e o profissional de educação física têm o campo para ampliar cada vez mais suas ações contribuindo em várias frentes no encargo da saúde.

### REFERÊNCIAS

Barbosa, EG, Ferreira, DLS, Furbino, SAR, Ribeiro, EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioterapia em Movimento. 2010;23(2):323-30.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO. Fisioterapia/definição. [Internet]. 2017 [Acesso 25 junho 2017]. Disponível em [http://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2341](http://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2341)



LÓPEZ, Ramón F. Alonso; SAFONS, Marisete Peralta. A reabilitação física e o professor de Educação Física. **Efdeportes.com**, Buenos Aires, v. 18, p.01-05, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd18b/rehab.htm>>. Acesso em: 21 maio 2018.

MACHADO, M. G. R. Bases da fisioterapia respiratória: terapia intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MS. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NAKAGAWA, N. K.; BARNABÉ, V. Fisioterapia do sistema respiratório. São Paulo: Sarvier, 2006.

Peduzzi, M. (1998). Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Dissertação de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 411 - 418, Setembro 2012. ISSN 0104-1894.

STEINHILBER, J. Confef. **Site do Conselho Federal de Educação Física**, 07 Agosto 2018. Disponível em: <<https://www.confef.org.br/confef/resolicoes/82>>.

Yonamine, CY, Trelha, CS. O modo de fazer saúde: a Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em uma Unidade Básica. *Revista Espaço para a Saúde*. 2009;11(1):17-27.

**Fonte financiadora:** Ministério da Educação e Ministério da Saúde

## 4969197 ESTÁGIO EM CIÊNCIAS EM FORMA DE EXTENSÃO: OFICINAS SOBRE DST'S PARA TURMAS DE OITAVOS ANOS

**Betina Emerick Pereira; Alexandra Maia Oliveira Rocha, Daniele Maria Raulino; Isadora Hobold Dal Magro; Savana Bernardo Alfredo; Miriam da Conceição Martins**

O ensino de ciências abrange áreas do conhecimento que estão presentes continuamente no dia-a-dia dos educandos, tal como temas relacionados a saúde. No entanto, a qualidade deste ensino vem sendo discutida, por ser tratado de forma tradicional, na maioria dos casos, onde enfoca-se o livro didático e transmissão dos conteúdos abordados por este. Dessa forma, considera-se que os materiais didáticos constituem um meio imprescindível em se tratando do processo educativo. Por conta disto, tal estudo teve por objetivo investigar a prática pedagógica da professora, averiguar os recursos didáticos utilizados pela professora e fornecer uma extensão sobre doenças sexualmente transmissíveis. O estudo foi realizado na Escola de Educação Básica João Frassetto, localizada no município de Criciúma, SC, em duas turmas de oitavos anos. Aplicou-se um questionário diagnóstico a professora regente. Segundo a mesma, a escola não possui laboratório de ciências, ela não costuma realizar aulas práticas e escolheu como tema a ser abordado para a extensão, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. A extensão foi realizada em forma de oficina, com aulas expositivas dialogadas e jogo didáticos. De modo geral os alunos participaram ativamente da oficina e mostraram-se interessados em elucidar suas dúvidas sobre a temática, no primeiro momento desta foi possível constatar o parco conhecimento que os educandos tinham sobre as doenças em questão. Reconhecendo apenas três, das seis doenças, e mesmo em se tratando de doenças conhecidas por eles, pouco sabiam sobre as mesmas.

**Palavras-chave:** doenças sexualmente transmissíveis, jogos didáticos, materiais didáticos, ensino fundamental.

### 1 Introdução

O ensino de ciências tem primordial importância no âmbito escolar, pois seus conteúdos abrangem áreas do conhecimento que estão presentes continuamente no dia-a-dia dos educandos. Tal como temas relacionados a saúde, uma vez que a escola fornece um importante local de diálogo, proporcionando discussões de diferentes pontos de vistas, sem determinação dos valores familiares. Para mais a saúde deve ser tratada como um tema transversal, e deve ser trabalhado de maneira integral no ensino.

No entanto, atualmente discute-se a qualidade do ensino de ciências nas instituições de ensinos municipais e estaduais, visto que o mesmo vem sendo trabalhado de maneira tradicional nas escolas. Onde o enfoque encontra-se no livro didático e na transmissão dos conteúdos abordados por este. O que acaba por acarretar o desinteresse dos educandos nas aulas de ciências, portanto, é papel do professor tornar as aulas atrativas aos educandos, despertando assim o interesse no saber científico.

Dessa forma, os materiais didáticos constituem um meio imprescindível em se tratando do processo educativo, estes possuem um admirável papel na apropriação do

conhecimento por parte dos educandos. E apesar do mérito dos recursos didáticos serem largamente reconhecidos, pouco são utilizados no dia-a-dia escolar, lista-se diversos motivos, dentre estes: falta de espaço adequado, pouco tempo de preparo de aula, falta de controle da turma, formação acadêmica insuficiente.

Levando isto em consideração, tal estudo teve por objetivo investigar a prática pedagógica das aulas de ciências do ensino fundamental, conhecer a infraestrutura escolar, averiguar os recursos didáticos utilizados pelo professor e fornecer uma atividade de extensão sobre doenças sexualmente transmissíveis.

## 2 Referencial Teórico

Desenvolver o ensino de ciências pode ser considerado um desafio pelo fato de envolver toda a diversidade da vida. No entanto, hoje se dispõe de muitos recursos para tornar a aula mais interessante, porém deve-se considerar que a mesma tática não funciona igualmente a todos os grupos devendo o professor adaptar-se as diferentes situações que são impostas a ele.

Além disto, a qualidade do ensino do Brasil vem sendo alvo de discussões há algum tempo, a julgar por a educação dispor de inúmeras propriedades de um ensino tradicional, sendo o professor considerado um simples transmissor de conhecimentos e o aluno um receptáculo a ser preenchido. Essa concepção de aula faz com que o educando pouco a pouco perca seu interesse por ela, pois nada de atrativo ou motivador é feito para que o aluno consiga aprender significativamente (KUNHNEN et al., 2016; NICOLA; PANIZ, 2016).

Ainda é bastante consensual que livro didático, na maioria das salas de aula, continua prevalecendo como principal instrumento de trabalho do professor, embasando significativamente a prática docente. Sendo ou não intensamente usado pelos alunos, é seguramente a principal referência da grande maioria dos professores. (DELIZOICOV, 2002, p.36).

Além disto, geralmente os conteúdos cobrados nos livros são factuais e desconexos em relação ao dia-a-dia do educando (KRASILCHIK, 1996). Somando-se os conteúdos e a forma com estes são aplicados é possível indagar o porquê dos alunos, no geral, possuírem tanta dificuldade quando se trata de ciências. Pois, quando o conteúdo não é palpável e facilmente interligado com a realidade, faz com que o mesmo seja pouco atrativo. Sendo apenas algo a ser decorado, para então ser testado por uma prova, e assim, resultar em uma aprovação ou não.

Todavia, consentimos com o fato que o professor não deve ter apenas o livro didático como única fonte constituidora do aprendizado, visto que ao utilizar apenas ele acaba por deixar as aulas maçantes e pouco atrativas. Para Kuhnhen et. al. (2016), o professor precisa criar meios afim de estimular no aluno o interesse no saber científico. Dessa forma, conforme Krasilchik (1996), ao realizar aulas práticas com os alunos, o professor está incitando nestes o saber investigativo. Para mais, Mesquita-Filho (p. 144, 2018) acredita que outro meio de tornar a aula atrativa seria com o emprego de materiais didáticos, o autor transcorre que:

O material didático é indispensável no processo educativo e que seu papel fundamental é contribuir para uma apropriação crítica do conhecimento por parte dos alunos. Nesse processo, ele pode atuar diretamente como mediador da relação entre o aluno e os conhecimentos, ou através do sentido que o professor lhe atribui.

Na segunda possibilidade, o professor atua como mediador e o material didático, mais do que auxiliar, é parte do todo que se constitui o processo mediação. (MESQUITA FILHO, 2018, p. 144).

Dessa forma, considera-se que para absorver a teoria de forma a aprende-la significativamente, é necessário experimentar (FREIRE, 1996). Reginaldo, Shield e Gulich (p. 2, 2012) acreditam que “a realização de experimentos, em Ciências, representa uma excelente ferramenta para que o aluno (...) possa estabelecer a dinâmica e indissociável relação entre teoria e prática”.

A produção de experimentos em sala de aula, simboliza um instrumento útil e, muitas vezes, de fácil acesso ao professor, visto que nem todos os experimentos necessitam de um laboratório equipado para serem realizados, desde que se planeje com antecedência. Fazer com que a sala de aula se torne palco de descobertas, é fazer com que o educando se sinta no papel de pesquisador, é estimular a curiosidade, encorajar o saber científico. Para mais, Nicola e Paniz (p. 359, 2016) reforçam a importância da utilização de recursos para a aprendizagem:

(...) com a utilização de recursos didáticos diferentes é possível tornar as aulas mais dinâmicas, possibilitando que os alunos compreendam melhor os conteúdos e que, de forma interativa e dialogada, possam desenvolver sua criatividade, sua coordenação, suas habilidades, dentre outras. (NICOLA; PANIZ, 2016, p. 359)

Contudo, apesar do uso de recursos metodológicos terem seu mérito legitimado, pouco são utilizados pelos professores do ensino público. E, são inúmeros os fatores listados pelos professores que impedem a utilização destes, tais como: pouco tempo para preparar as aulas, falta de controle da turma ou até mesmo falta de conhecimento para propor tal prática (KRASILCHIK, 1996). Portanto, reconhece-se o quão importante é a utilização de diferentes recursos metodológicos para que todo o processo de ensino transcorra com excelência, no entanto o professor necessita além de um ambiente de trabalho favorável, ter uma boa formação acadêmica e segurança em sua prática pedagógica (DELIZOICOV, 2002).

Para mais, a escola possui função de realizar programas em saúde direcionados para crianças e adolescentes, mesmo não sendo a única instituição responsável, possui um espaço privilegiado para tais ações (BRASIL, 1998). A saúde é considerada um tema transversal, ou seja, deve ser trabalhado em todo o âmbito escolar, no entanto, os projetos de educação em saúde são todos realizados nas aulas de Ciências ou Biologia (BRASIL, 1988).

Não obstante, muitos educadores se deparam com dificuldades em abordar questões de saúde dentro de sala de aula, as dificuldades são relacionadas com o fato de a temática não ser organizada de maneira transversal além da formação inadequada dos cursos de graduação (PRECIOSO, 2004).

Isto posto, há também o fator livro didático, Freitas e Martins (2008) em um estudo sobre a transversalidade da temática saúde no livro de Ciências, constataram que a mesma raramente é problematizada e contextualizada, nas coleções estudadas. Mesmo tendo o conhecimento de que esta é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural, e, que as atitudes relacionadas à saúde são construídas desde a infância pela identificação com valores e grupos externos (BRASIL, 1998).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) recomendam que a educação em saúde perdure durante toda a escolaridade. Além disso, também enfocam na orientação sexual que deve ser feita nas escolas, possibilitando aos jovens “o exercício de sua sexualidade de forma responsável e prazerosa” (BRASIL, p. 27, 1998). Para mais, prevê três eixos a serem trabalhados: corpo humano, relações de gênero e prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.

Este último tema, em alguns livros didáticos é trabalhado através de uma ótica de medo, para que os educandos tomem atitudes seguras em suas práticas sexuais (FREITAS; MARTINS, 2004). Além disso, a orientação sexual deve ser trabalhada de maneira natural, “com o objetivo de transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade” (BRASIL, p. 27, 1998). Para mais, o âmbito escolar fornece local de discussão importante, visto que este proporciona discussões de diferentes pontos de vistas, sem a imposição de valores, tal qual é feito na educação familiar (BRASIL, 1998).

### 3 Metodologia

O estágio foi realizado na Escola de Educação Básica João Frassetto, no bairro Santa Luzia no município de Criciúma. Com cinquenta e cinco alunos participantes, divididos em duas turmas de oitavos anos. Foi elaborado um questionário para a professora, a fim de elucidar questões referentes à sala de aula e conteúdos abordados. E outro foi elaborado para a equipe diretiva para as questões da infraestrutura escolar.

A Oficina dos Métodos Contraceptivos foi realizada através de uma aula expositiva e dialogada com imagens em Data Show. Após a explicação à atividade do Jogo do Milhão, um jogo de perguntas e respostas aonde à turma foi dividida em duas equipes, aquela que corresse mais rápido até a cadeira teria o direito a resposta, caso acertasse ganhava um ponto e se errasse a outra equipe tinha o direito a resposta. A equipe que mais pontuou durante o jogo ganhava um prêmio. Após a explicação e o jogo de fixação, os alunos realizaram um texto de no mínimo 15 linhas aonde relataram o que aprenderam na oficina.

Foram confeccionados seis cartazes de cartolina para a Oficina de DST'S, contendo informações a cerca das seis doenças sexualmente transmissíveis abordadas nas oficinas: HIV-AIDS, HPV, herpes genital, sífilis, gonorreia e tricomoníase. Além de doze folhas sulfite A4 com o nome das doenças na margem superior e um envelope grande contendo cartões de perguntas, para o jogo didático elaborado para a oficina.

A oficina foi dividida em três momentos: no primeiro a turma fora dividida em seis grupos, cada grupo recebeu uma folha sulfite com o nome da doença em cima, cada grupo teve um minuto para escrever tudo que sabia sobre a doença. Após isto, uma aula expositiva e dialogada, antes da explicação de cada doença, a folha dos grupos era lida e corrigida. Por fim, o terceiro momento consistiu em um jogo de perguntas, cada grupo recebia um cartão pergunta, cada equipe teve um minuto para pensar na resposta. Ao término do minuto a pergunta era lida para a sala e respondida pelo grupo, aqueles que acertavam recebiam uma pequena premiação. Ambas as oficinas tiveram uma duração de 60 minutos por turma.

### 4 Experiência de Ensino

Segundo a professora, os conteúdos envolvendo a fisiologia do corpo humano, são os que os alunos apresentam maior dificuldade, por conta de o tema ser deveras difícil. E,

quanto ao conteúdo que ela sente dificuldade de trabalhar seria o do Reino Plantae, devido a sua complexidade. A respeito dos conteúdos atuais que ela gostaria de abordar com os alunos seriam referentes às plantas e medicamentos. A educação ambiental é tratada durante todo o ano letivo, quando há formas de complementar com o tema. Para ela, o assunto que deveria ser abordado pelos estagiários nos materiais didáticos seria sobre reprodução humana, como DST'S e métodos contraceptivos.

De acordo com a professora, a biblioteca não possui uma diversidade de livros de Ciências e Biologia para consulta e não há quantidade de livros o suficiente para os alunos. Em se tratando de projetos interdisciplinares e pedagógicos a escola não desenvolve. Contudo, a escola possui projetos de inclusão social, a mesma não informou quais.

O estágio foi bastante produtivo em vários aspectos visto que foi possível contar com a participação dos alunos. De modo geral, nas duas turmas obteve-se um retorno positivo diante dos alunos, estes mostram interesse nas problematizações iniciais, em todas as oficinas, seguindo com contribuições acerca dos conteúdos e ainda sanando eventuais dúvidas que por ventura surgiam.

Todas as aulas ministradas foram acompanhadas de atividades didático-pedagógicas, e dinâmicas, despertando assim, o interesse e a curiosidade dos educandos, com o intuito de promover um mais ensino eficaz, onde o diálogo professor-aluno se fez de forma natural e interativa. Algo já observado pelos autores, Silva e Dornfeld (2016) quando diz que a aplicação de dinâmicas auxilia tanto no ensino, como nas relações interpessoais do professor com seus alunos. Para isso, as aulas tradicionais têm que dar lugar às aulas diferenciadas, onde os estudantes se tornem sujeitos do processo ensino-aprendizagem. Sendo assim, os conteúdos foram trabalhados de forma simples, contudo eficientes e adaptados ao nível de todas as turmas. Iniciando-se com a coleta de perguntas de forma a obter dados empíricos a respeito dos conhecimentos prévios dos alunos.

A participação dos educandos nas atividades didáticas propostas foi satisfatória, estes participaram de todos os jogos sendo notável o interesse em concluir os mesmos com êxito. Além disto, durante as explicações questionavam e até mesmo exemplificavam situações vividas em seus cotidianos, contribuindo para com as aulas.

De acordo com Castoldi e Polinarski (2009, p. 685) “[...] com a utilização de recursos didático-pedagógicos, pensa-se em preencher as lacunas que o ensino tradicional geralmente deixa, e com isso, além de expor o conteúdo de uma forma diferenciada, fazer dos alunos participantes do processo de aprendizagem.” Entende-se que tais recursos visam aproximar o aluno ao tema trazendo motivação e envolvimento do mesmo em participar das atividades e assim favorecer a compreensão do conteúdo.

Sobre os resultados das atividades, pressupõem-se que houve um aprendizado significativo dos alunos, visto o retorno positivo durante os jogos aplicados, os acertos em relação aos exercícios realizados e corrigidos. Embora também, tenham tido muitos erros nas respostas, ainda assim, acredita-se que houve de fato, uma boa assimilação da matéria pelos alunos. Pois segundo Davis (1991), a escola necessita de professores, que avaliem com precisão o processo de construção do conhecimento, encarando o erro como uma forma de aprendizado para o aluno. Portanto, os erros devem ser vistos como oportunidades de aprendizado e como uma nova forma de compreensão dos conteúdos.

Concluindo, sobre pontos negativos não foram observados nada relevantes. Em contrapartida, os pontos positivos nessa regência, foram bastante satisfatórios, já que é nessa fase. que se pode melhor observar outros aspectos que só durante esse período são percebidos. Entre os mais importantes estão: a interação e o comprometimento dos alunos

em participar das aulas e das atividades práticas como os jogos.; De como eles se comportavam em relação a presença de outros professores em sala de aula (que foi de forma respeitosa e bem receptiva); O interesse dos mesmo nas oficinas e nas novas metodologias aplicadas (que eram bem diferentes das aulas da professora oficial deles) pois eram aulas mais dinâmicas e participativas, onde o aluno discutia a respeito de suas curiosidades e as expunham de forma a sanar quaisquer dúvidas.

De forma geral, o estágio da regência, proporcionou à todos os envolvidos, uma aprendizagem mútua. Onde a experiência na prática, mostrou sua real importância. E como já dizia Milanese (2012) O estágio pode ser tanto uma oportunidade de formação profissional, quanto à reprodução de modelos pré-estabelecidos. Cabendo ao estagiário fazer a diferença onde for atuar. Buscando sempre a inovação e o aperfeiçoamento, no sentido pessoal e profissional.

## 5 Conclusão

O estágio em forma de pesquisa e extensão foi deveras enriquecedor, tanto academicamente quanto profissionalmente. Possibilitando conhecer melhor a realidade de uma escola estadual dentro do município de Criciúma, bem como identificar seus pontos fortes e aqueles que necessitam de melhorias. Durante a fase de pesquisa do estágio foi possível constatar que de forma geral a escola possui uma boa estrutura física, no entanto carece de laboratório de ciências, dificultando a execução de aulas práticas com experimentos elaborados.

Além disto, observar uma pessoa mais experiente lecionando é muito importante para que assim possamos aprimorar a maneira como nós iremos explicar determinado conteúdo e como iremos nos expressar dentro de sala de aula. Proporcionando também uma ampliação de nossos conhecimentos acerca das matérias que envolvem o ensino de Ciência no Ensino Fundamental.

Para mais, na etapa de extensão as oficinas trataram de temas relevantes para a saúde dos alunos, demonstrando assim a importância que as mesmas tiveram para estes. Apesar do fato de que algumas turmas tenham sido mais difíceis de controlar que outras, foi possível trabalhar todas as aulas e atividades propostas. Os alunos demonstram-se interessados e todos participaram dos jogos realizados durante as oficinas.

Ao realizar as oficinas nós conseguimos praticar o ato de lecionar, permitindo a nós realizar uma autocrítica quanto à maneira e os métodos por nós empregados em sala de aula.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília, DF, 1998. 436p.
- DELIZOICOV, D. **Ensino de Ciências: fundamentos e métodos**. São Paulo: Cortez, 364 f., 2002.  
em: 21 mar. 2018.7
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Trad. Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.



FREITAS, E. O.; MARTINS, I. Transversalidade, formação para a cidadania e promoção da saúde no livro didático de Ciências. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 1, p. 12-28, 2008.

KRASILCHIK, M. **Prática de ensino de biologia**. São Paulo: HARBRA Ltda., 3 ed., 267 f., 1996.

KUHNHEN, B.; SANTOS, E. S.; GONÇALVEZ, J. T.; BENICÁ, M. N. A. Análise dos recursos didáticos oferecidos ao ensino fundamental em forma de pesquisa e extensão. Criciúma: **Revista de Extensão**, v.1, n.1, 2016.

MESQUITA FILHO, J. Material Didático no Ensino de Ciências. Disponível em: <[https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/47362/1/u1\\_d23\\_v10\\_t06.pdf](https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/47362/1/u1_d23_v10_t06.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

NICOLA, J. A.; PANIZ, C. M. A importância da utilização de diferentes recursos didáticos no ensino de biologia. São Paulo: **Informação e Formação**, v. 2, n. 1, p.355-381, 2016.

PRECIOSO, J. Educação para a saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. Revista Electrónica **Enseñanza de las Ciencias**. v. 3, n. 2, p.161-170, 2004.

REGINALDO, C. C. SHEID, N. J. GÜLLICH, R. I C. O ensino de ciências e a experimentação. In: IX ANPED SUL, SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 2012.

## 4376242 DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL NO SETOR DE RADIOTERAPIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ

Mariane Souza Benincá, Dipaula Minotto Da Silva

Universidade do Extremo Sul Catarinense (Curso De Psicologia).

Este trabalho é resultado da experiência do componente curricular de Estágio em Psicologia Social, requisito obrigatório do curso de psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). O estágio se deu no setor de Radioterapia do Hospital São José de Criciúma/SC, e teve como objetivo realizar um Diagnóstico Psicossocial, tendo em vista que o setor estava recebendo sua primeira estagiária nesta área. O Diagnóstico Psicossocial é uma ferramenta importante para contribuir no desenvolvimento de trabalhos futuros, tanto dentro do campo de estágios em psicologia social, como de outras áreas que possam impactar as vidas dos usuários no que diz respeito a recuperação e manutenção da saúde. Durante o primeiro semestre de 2017, a estagiária realizou observação participante, desenvolveu e aplicou instrumento de coleta de dados com questões qualitativas e quantitativas junto aos usuários e acompanhantes. A análise dos dados se deu a partir dos referenciais teóricos da Psicologia Social Comunitária (LANE, 1994; BOCK, 2003), Psicologia Hospitalar (ANASTASI, 1972; ALMEIDA, 2000). Ao final do estágio, obteve-se dados sobre as principais necessidades e potencialidades percebidas por usuários e familiares, no que diz respeito a recuperação e manutenção da saúde das pessoas atendidas no setor. Como principais dificuldades, verificou-se fragilidade no cuidado em rede de apoio familiar, socio comunitária e da atenção básica em saúde, e pela falta de contato com atividades de lazer, cultura e atividades físicas. Em contrapartida percebeu-se vínculo afetivo entre os usuários/familiares com a equipe profissionais do setor.

**Palavras-chave:** Diagnóstico Psicossocial; Psicologia Hospitalar; Psicologia Social; Radioterapia.

### 1 Introdução

O presente trabalho teve como finalidade a realização de um diagnóstico psicossocial no setor de Radioterapia do Hospital São José durante o primeiro semestre de 2017, como Projeto de Estágio Supervisionado em Psicologia Social.

O estágio em psicologia social oportuniza aos acadêmicos a oportunidade de estabelecer uma relação entre a teoria estudada durante a vida acadêmica e as vivências práticas advindas do contexto na instituição. A vivência prática gera maior sentido aos conceitos e conteúdos estudados, ao mesmo tempo em que possibilita a troca de saberes junto aos profissionais, usuários, familiares e demais envolvidos no campo de práticas.

A presença de profissionais de psicologia no Hospital existe desde a década de sessenta e atualmente é uma atuação que por vezes confunde-se com a psicologia na saúde. Sabe-se, entretanto, que a sua especificidade se dá no sentido de que, a prática do psicólogo hospitalar direciona-se a aplicar as técnicas e conhecimentos da psicologia ao

contexto do hospital. Em geral, os psicólogos atuam com ações direcionadas aos pacientes (usuários) e familiares, mas também aos profissionais.

Nesta experiência, o estágio ocorreu no setor de radioterapia, onde as condições dos usuários são em geral, relacionadas ao final do tratamento para diversos tipos de câncer. Num primeiro contato com a psicóloga do local, esta apontou que as expectativas relacionadas a uma possível conclusão do tratamento em ter alta desta etapa gerava sentimentos de apreensão, medo de frustração, insegurança quanto ao futuro nos usuários. A partir de observação da acadêmica no setor, do diálogo com os usuários e seus acompanhantes e dos relatos da psicóloga do setor, bem como de outros profissionais, percebeu-se a necessidade de delimitar as ações deste projeto no levantamento das necessidades e angústias vivenciadas pelos usuários e familiares do setor, bem como das potencialidades e limitações para resolução de problemas.

A compreensão das dificuldades e das potencialidades de cada grupo ou comunidade são intrínsecos ao olhar da psicologia social comunitária, que concebe estes grupos ou comunidades como espaços vivos, dinâmicos e melhores conhecedores de suas condições. Neste sentido, o profissional de psicologia, é um pesquisador e mobilizador de transformações junto aos sujeitos deste espaço, da realidade vivenciada por estes. O principal objetivo do trabalho da psicologia social é desenvolver estratégias de tomada de consciência dos indivíduos e grupos sobre este papel transformador no seu espaço.

Visto que o setor de radioterapia estava recebendo sua primeira estagiária em Psicologia Social, a pesquisa em questão, foi realizada com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de ações de futuros projetos de estágio em psicologia social no setor. Com as atividades descritas, pretendeu-se atender, da melhor maneira, as necessidades psicossociais do setor, a demanda descrita pela supervisora local e as necessidades de experiências práticas à estagiária.

Como objetivos deste projeto, buscou-se desenvolver diagnóstico psicossocial do setor de radioterapia do Hospital São José, partindo dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) e da psicologia social comunitária, e desenvolver propostas de intervenção a partir do diagnóstico psicossocial.

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 Psicologia Social

A psicologia social caracteriza-se por ser a área que estuda a interação social, a forma como as pessoas relacionam-se umas com as outras, levando em consideração a integração social, a interdependência entre os indivíduos e o encontro social entre as partes. Segundo Rodrigues (2000) a psicologia social estuda as manifestações comportamentais suscitadas pela interação de uma pessoa com outras pessoas, ou pela mera expectativa de tal interação.

A psicologia social deve ser entendida em sua perspectiva histórica, quando na década de 50, sistematizou-se dentro de duas visões: nos Estados Unidos, com o foco em interferir nas relações grupais a fim de harmonizá-las, garantindo, assim, uma produtividade do grupo. A outra visão, por sua vez, procurava novas formas de conhecimento para que fossem evitadas novas catástrofes mundiais, como guerras, seguindo a tradição filosófica europeia com raízes na fenomenologia, buscando modelos científicos totalizantes, como Lewis e sua Teoria de Campo (LANE, 1997).

Porém, o entusiasmo da Psicologia Social durou relativamente pouco. Em meados da década de 60 começou a ser questionada, pois não atendia a demanda daquele período. Ela apresentava dificuldades em intervir, explicar e prever comportamentos sociais. Após a crise, o primeiro passo para a superação foi examinar a tradição biológica da Psicologia, onde o sujeito era considerado um organismo que interage simplesmente no meio físico, sendo que seus processos psicológicos eram assumidos como causas que explicavam o seu comportamento. Todavia, o homem fala, pensa, aprende e ensina, transforma a natureza; o homem é cultura e é história (LANE, 1997).

Na América Latina, a Psicologia Social oscila entre o pragmatismo norte-americano e a visão abrangente de um homem abstrato - somente compreendido filosófica ou sociologicamente (LANE, 1997). Em meados de 1976 passaram a surgir críticas ao modelo americano, partindo principalmente da Venezuela que organizou a Associação Latino-Americana de Psicologia Social. Nessa ocasião, psicólogos Brasileiros estavam presentes e passaram a fazer também críticas neste sentido como buscar novos rumos para a Psicologia Social que atendessem a realidade brasileira.

Apenas em 1980, com o descontentamento com a psicologia social norte-americana surge Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), cujo objetivo é ampliar os conhecimentos e posicionamentos críticos frente a nossa realidade e intervindo em nossa sociedade, assim, produzindo estudos que contribuam com a Psicologia Social no país. Era necessário um olhar para a nossa realidade, os problemas da nossa sociedade, que é marcada por desigualdades sociais e pela miséria.

De uma certa maneira, tudo inicia com o nascimento do sujeito, pois, o mesmo necessita de outras pessoas para sua sobrevivência, fazendo dele já membro de um grupo - que nesse caso denomina-se família - e toda sua vida será caracterizada por participações em grupos. Percebemos então, que não existe uma construção do eu sem o outro, precisamos desse relacionamento para desenvolver nossa identidade social, nossos ideais e valores, nossas preferências e é através das relações com esse meio que realizamos essa construção. E não só construímos nossa identidade social, valores ou ideais, também estamos elaborando a consciência de nós mesmos e de ser social (LANE, 1997).

Temas como atitudes, preconceitos, comunicação, relações grupais, liderança, entre outros são estudados pela Psicologia Social. São desenvolvidos sob a perspectiva da Psicologia Individual, porém procura dar ênfase as influências do meio onde o sujeito está inserido e promover o ajustamento do mesmo à sociedade.

Sendo assim, o âmbito social para a psicologia se configura como uma área de trabalho com ampla possibilidade de estudos em diversos segmentos sociais, fazendo com que o profissional possa atuar em diversas atividades que desenvolvem os mais variados grupos, comunidades e até órgãos públicos, evoluindo o aspecto social dos mesmos.

## 2.2 Atribuições do Psicólogo Social

A psicologia, juntamente com seus processos cognitivos que influenciam na maneira de ser, pensar e agir das pessoas, é o campo de estudo científico que realiza pesquisas para a compreensão do comportamento humano. Por sua vez, o psicólogo social e sua ampla atuação dentro das instituições sociais contribuem com o seu conhecimento psicológico e prático no que diz respeito ao melhoramento de uma instituição, através da crítica e reflexão em conjunto com os profissionais que juntamente constroem aquele ambiente, para elaborar, executar, identificar e resolver problemas psicossociais.

O psicólogo social é aquele que entende o sujeito desde uma perspectiva histórica considerando a permanente integração entre indivíduo e o social. Neste sentido operar como psicólogo social significa desenvolver um trabalho desde esta perspectiva de homem e da sociedade, possibilitando atuar em qualquer área da Psicologia. (CFP, 2008, p. 9)

Apesar de que, o psicólogo atualmente ainda é muito reconhecido por suas intervenções na área clínica, a profissão traz várias áreas distintas. Como por exemplo, a área social. O psicólogo social reúne habilidades para atuar em uma ampla lista de locais públicos, realizando pesquisas e intervenções em Centro De Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Especializado em Assistência Social (CREAS), presídios, unidades de saúde, ambulatórios e, até mesmo, hospitais. O profissional, atuando nesses lugares é de fundamental importância para o resgate da cidadania e compromisso social com a população.

Para Bock (2003) Operar como psicólogo social implica em papéis que refletem de forma crítica na sociedade onde se vive e trabalha, pois, o cotidiano diário das pessoas revela dificuldades que requerem a execução de projetos e programas coletivos que visam a melhoria da qualidade de vida das pessoas como um todo. Com isso, o psicólogo revela-se como um agente central na discussão e transformação das realidades emergentes.

O trabalho profissional do psicólogo social deve ser definido em função das circunstâncias concretas da população a que deve atender, sendo assim, sobre o as atribuições colocadas pelo Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações no ano de 1992, o psicólogo social é o profissional que:

- 1- Promove estudos sobre características psicossociais de grupos étnicos, religiosos, classes e segmentos sociais nacionais, culturais, intra e interculturais.
- 2- Atua junto a organizações comunitárias, em equipe multiprofissional no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação de programas comunitários, no âmbito da saúde, lazer, educação, trabalho e segurança.
- 3- Assessora órgãos públicos e particulares, organizações de objetivos políticos ou comunitários, na elaboração e implementação de programas de mudança de caráter social e técnico, em situações planejadas ou não.
- 4- Atua junto aos meios de comunicação, assessorando quanto aos aspectos psicológicos nas técnicas de comunicação e propaganda.
- 5- Pesquisa, analisa e estuda variáveis psicológicas que influenciam o comportamento do consumidor (CFP, 2009, p. 9).

Como é possível observar, são essas as atribuições designadas pelo Conselho Federal de Psicologia ao psicólogo social. Vale lembrar ainda, que é de extrema importância ter um profissional trabalhando nas diversas áreas, para a melhoria de qualidade de vida do local onde está inserido.

Dessa forma, a profissão do psicólogo social, que integra o ser individual e em grupo, é configurado como uma área de trabalho com diversas possibilidades de estudo dentro das áreas sociais, assim evoluindo o aspecto social do ambiente em que se encontra inserido.

### 2.3 Sistema Único de Saúde (Sus)

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011).

Essas diretrizes seguem três princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade está ligada à garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. O significado deste princípio é extremamente relevante para a consolidação da democracia, pois partindo desse conceito, toda a população tem direito a saúde. Outro princípio fundamental é integralidade. Tal conceito parte da ideia de que existem várias dimensões que são integradas envolvendo a saúde dos indivíduos e das coletividades. Assim, o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Como essas ações não podem ser desintegradas, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral. Da mesma forma, O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Assim, este princípio veio ao encontro da questão do acesso aos serviços, acesso muitas vezes prejudicado por conta da desigualdade social entre os indivíduos. Neste sentido, fala-se em prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema. Esse princípio trata todo cidadão igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos (RIBEIRO, 2017).

Além dos princípios, deve também considerar suas diretrizes organizativas, que buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre as quais estão: a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária. O processo de descentralização tinha como objetivo a redistribuição de poder e responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Assim, para cada esfera de poder regional haveria um responsável local, mas articulado com as outras esferas. Ao se falar da descentralização faz-se necessário pensar na regionalização, no qual, o objetivo da regionalização é ajudar na melhor e mais racional distribuição dos recursos entre as regiões, seguindo a distribuição da população pelo território nacional. Já com relação à hierarquização, se almeja ordenar o sistema a partir de níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente. Por último, a participação comunitária é a garantia constitucional de que a população, por meio de entidades representativas participará do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis de governo (RIBEIRO, 2017).

As diretrizes do SUS são, portanto, o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011).

Sendo assim, a partir de 1988 passou-se a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos.

#### 2.4 A psicologia hospitalar

Não muito distante de nós, no século passado, o papel do psicólogo era estritamente clínico. Somente a partir da ampliação das funções não diagnóstica, foi onde aumentaram o contato entre médicos e psicólogos. Desta forma, o psicólogo passou a fazer parte da equipe hospitalar (ANASTASI, 1972).

O processo que envolve os profissionais de psicologia no contexto hospitalar surgiu pela iniciativa dos próprios profissionais, demanda da população e pelas próprias instituições. A Psicologia Hospitalar foi crescendo na medida em que foi deixando de considerar apenas os aspectos físicos em uma situação de doença, mas também os aspectos emocionais e subjetivos da mesma. O ser humano deve ser considerado integralmente no ambiente hospitalar, assim como em todos os espaços de cuidado em saúde, ou seja, como sujeito biopsicossocial onde o/a profissional deve, portanto, desenvolver uma visão filosófica humanista no tratamento com os/as usuários/as. Atualmente, os hospitais vêm se abrindo cada vez mais para a atuação de psicólogos/as, valorizando a concepção do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Dessa forma, entende-se que a Psicologia Hospitalar se tornou uma necessidade tanto para os profissionais como para a sociedade.

A atuação do psicólogo no hospital é mais do que um novo campo de trabalho, ela aponta para a necessidade de novas técnicas e para a emergência de um novo campo de saber. O atendimento individual, clínico, priorizado na graduação, é substituído pelas ações integradas com a equipe (SPINK, 1992 apud ALMEIDA, 2000).

Existem seis funções atribuições básicas para a atuação do psicólogo dentro do contexto Hospitalar:

1. A função de coordenação, relacionadas às atividades com os funcionários da instituição;
2. A função de auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado;
3. A função de inter-consulta: auxiliando outros profissionais a lidarem com o paciente;
4. A função de enlace, de intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes;
5. Assistência direta: atua diretamente com o paciente;

6. A função de gestão de recursos humanos: aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde (CABRAL APUD VIEIRA, 2010, p.5).

A psicologia teve espaço dentro da instituição hospitalar a partir do momento em que se iniciou uma avaliação da importância em humanizar os atendimentos. Houve uma percepção de que o sujeito em sua condição de adoecimento anda lado a lado com as três dimensões conhecidas: biológica, psicológica e social. Logo, o profissional entra com essa função, a biopsicossocial, onde além de auxiliar o paciente com suas angústias, faz a ponte de relacionamento entre paciente, instituição e família.

Levando isso em consideração, é necessário estar atento a família/cuidadores e a equipe profissional responsável pelo tratamento dos pacientes. Para Moreira; Martins; Castro (2012) Dentro do contexto hospitalar, o psicólogo deve preocupar-se em atender o paciente, a família e a equipe, possibilitando a compreensão e o tratamento dos aspectos psicológicos. Por estas razões o/a profissional de psicologia é fundamental na construção de estratégias de humanização no ambiente hospitalar.

O psicólogo hospitalar precisa estar atento também na família e para a questão da implicação emocional causada no núcleo familiar pela hospitalização, buscando, assim, o alívio emocional (MOREIRA; MARTINS; CASTRO, 2012).

O acompanhamento familiar torna-se necessário para um paciente hospitalizado, pois nesse momento, a família vivencia um sentimento de impotência frente a condição de um ente, ou ainda, temem seu falecimento. Em uma situação de urgência, como a UTI, o atendimento psicológico é voltado para família, visto que, o paciente encontra-se desacordado. Em uma situação desta, ocorre muitos conflitos devido à preocupação com seu ente. Numa situação assim, ou em outras nesse sentido cabe ao psicólogo hospitalar fazer intervenções com esses familiares.

## 2.5 Oncologia

O câncer é uma doença que traz muitas alterações para a pessoa que passa por essa experiência, tanto alterações físicas como psicológicas, causando transtornos para a vida dos/as pacientes (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005, p. 945).

A palavra câncer tem sido interpretada de várias formas. O dicionário Aurélio (2016) define como tumor maligno formado pela multiplicação desordenada de células de um tecido ou de um órgão. Compreende-se nesse sentido que o câncer é um conjunto de mais de cem doenças com o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, que ainda, podem espalhar-se para outras regiões do corpo, sendo que a este processo chama-se metástase.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) relata que as causas da doença podem ser externas ou internas em relação organismo.

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2017, p.1)

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais (externos). Alguns deles bem comuns: o cigarro, que pode ser o causador do câncer de pulmão, ou a luz solar, que pode causar câncer de pele. Alguns vírus, como os linfomas **T humanos, podem causar leucemia. Ainda há outros estudos, como câncer causado por alimentos que consumimos, por exemplo (INCA, 2017).**

A formação de um câncer se dá a partir da mutação genética em uma célula. Essa célula, cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os genes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela cancerização da célula (INCA, 2017).

Entre os tipos mais comuns da doença estão o câncer de mama, o câncer de próstata, câncer de pulmão e a leucemia.

Atualmente, existem algumas formas de tratamento da doença, entre elas estão o processo cirúrgico, a quimioterapia, hormonioterapia e a radioterapia.

## 2.6 Radioterapia

Uma das estratégias de tratamento do câncer é a radioterapia. O processo da radioterapia surgiu no final do século XIX após a descoberta dos raios X, por Wilhelm Roentgen em 1895, e da radioatividade, por Marie e Pierre Curie em 1898. No Brasil, este surgiu apenas em 1914 quando foi fundado o instituto de Radium e Eletrologia, no Rio de Janeiro.

Em sentido amplo, a Radioterapia é o uso terapêutico da radiação para o tratamento de enfermidades, é um método capaz de destruir células com tumor. Atualmente, existem três modalidades conhecidas de Radioterapia:

1. Injeção de radioisótopos na corrente sanguínea (como em alguns casos de câncer de tireoide);
2. Braquiterapia, em que fontes radioativas na forma de aplicadores especiais - agulhas, sementes ou fios - são colocadas em contato direto com o local onde se deseja empregar a radiação. Exemplos comuns são os implantes utilizados no tratamento dos tumores ginecológicos e da próstata, entre outros;
3. Teleterapia, ou radioterapia com feixe externo, que é a modalidade mais difundida. A fonte irradiante se posiciona externamente ao paciente, a certa distância dele, podendo-se utilizar de diversas máquinas, como o gerador convencional de raios-X, a unidade de Co-60 e, mais comumente, os aceleradores lineares (BARRETO, 2017, p. 1).

A radiação destrói as células cancerígenas, danificando o DNA das moléculas que contém a informação genética, destruindo sua capacidade de se dividir e se reproduzir. A radiação também destrói as células cancerígenas que crescem e se dividem mais rapidamente do que as normais e como resultado são mais susceptíveis aos danos de radiação. Além disso, as células normais são mais capazes do que as células cancerosas de se recuperar e reparar dos efeitos de radiação. Esta é uma razão de porque as sessões de tratamento são administradas ao longo de várias semanas, pois dá as células normais a possibilidade de se repararem durante o tempo entre as sessões. Neste processo, chamado de fracionamento, na qual a dose de radiação é dividida em frações, que são dadas durante um tempo e que se acumulam ao término do tratamento (ONCOGUIA, 2015).

O processo é utilizado tanto para doenças benignas quanto malignas. Por se tratar de um método de tratamento local/regional, pode ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos como a cirurgia ou quimioterapia, sendo ela antes, durante ou depois dos mesmos.

Em algumas instituições hospitalares que ofertam o tratamento de radioterapia – enquanto parte da oferta de procedimento do setor de oncologia, há a presença do profissional de psicologia. Nestes casos, em geral, os/as profissionais de psicologia encontram um campo diverso de possibilidades de ações a partir da base conceitual da psicologia hospitalar.

## 2.7 Acolhimento

O acolhimento como ato de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (BRASIL, 2013, p. 8).

Há diversas maneiras de fazer o acolhimento a partir de uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

A cartilha de Acolhimento, feita pelo Ministério da Saúde em 2010 traz algumas práticas para o profissional fazer esse acolhimento a um paciente, frente sua necessidade.

1. Montagem de grupos multiprofissionais para mapeamento do fluxo do usuário na unidade;
2. Levantamento e análise, pelos próprios profissionais de saúde, dos modos de organização do serviço e dos principais problemas enfrentados;
3. Construção de rodas de conversas objetivando a coletivização da análise e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas;
4. No adensamento do processo, ir ampliando as rodas para participação de diferentes setores da unidade;
5. Montagem de uma planilha de passos com dificuldades, tentativas que fracassaram e avanços;
6. Identificar profissionais sensibilizados para a proposta. • Construção coletiva dos passos no processo de pactuação interna e externa;
7. Articulação com a rede de saúde para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção;
8. Assinalamento constante da indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2010, p. 35).

Para a psicologia, o acolhimento tornou-se uma técnica chave a qualquer seja a sua área de atuação, permitindo assim, identificar o acolhimento de forma transversal. A partir

dela, abre-se espaço para compartilhamento de dúvidas, angústias ou temores, sem julgamentos. Além disso, permite ao profissional e ao usuário, maior conhecimento acerca do que estão enfrentando.

### 3 Metodologia

Como estratégia de coleta de dados, realizou-se a observação participantes e a realização de entrevistas. Para tanto, se teve como base a proposta de diagnóstico psicossocial participativo, que se trata de uma abordagem da psicologia social comunitária, de compreensão de como as relações entre as pessoas se estabelecem, de quais são as principais necessidades e as principais potencialidades verificadas pelas pessoas que compõem um determinado grupo.

No contexto do setor de radioterapia do HSJ, a observação ocorreu em todo o período do estágio, sendo que nas primeiras semanas se buscou compreender o contexto do local para construção do projeto de estágio. A definição pela realização da pesquisa como produto do estágio se deu por se tratar de uma primeira experiência de estágio em psicologia social neste setor. Para Lane (1997), a pesquisa é importante atribuição da psicologia social.

Como formas de mapear as necessidades e as potencialidades do grupo em questão (usuários e acompanhantes do setor), no que diz respeito à recuperação e manutenção da saúde, utilizou-se roteiro de entrevista com questões fechadas e abertas. Sendo que a análise dos dados se deu de forma qualitativa. As entrevistas ocorreram individualmente, durante o período que aguardam o atendimento na sala de espera.

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. A entrevista, consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo ato social como a conversação (OLIVEIRA et al., 2017, p. 11).

Após a aplicação dos questionários, os dados foram tabulados e analisados a luz dos referenciais teóricos, apontando para os resultados a serem discutidos no próximo capítulo.

### 4 Resultados

Durante o período de aplicação dos questionários, enfatiza-se que todos os usuários se prontificaram a responder as perguntas quando abordados pela estagiária. Grande parte dos usuários acompanhados davam respostas em conjunto com seu acompanhante, um complementando o outro e com uma pequena parcela de usuários que não estavam em condição física ou psicológica no momento as respostas foram obtidas a partir do acompanhante que voluntariamente se colocava a disposição. Esse auxílio vindo do acompanhante também contribui para a melhor obtenção de dados, pois o mesmo também faz parte da vivência diária do setor.

Ao todo, foram realizadas 80 entrevistas por meio do roteiro estruturado no período de estágio.

Quanto à idade dos entrevistados, o maior número de entrevistados concentra-se em idades entre 50 a 79 anos. Dando ênfase à faixa etária de 70 a 79 anos, que corresponde ao índice mais alto de todos.

Não houve grande distinção com relação ao sexo dos usuários do setor. Mas conforme pesquisa, foram entrevistadas mais mulheres, porém com pouca diferença para os entrevistados homens. Podemos então, dizer que o setor de Radioterapia do Hospital São José atende diariamente homens e mulheres na mesma quantidade. Não houve divergência nas respostas entre sexo biológico e gênero.

Foram listados 30 municípios ao todo quando questionados onde residiam. Além dos que correspondem AMREC, AMUREL e AMESC, foram entrevistados usuários de Balneário Camboriú, São José e Palhoça. Quando questionados, os entrevistados desses municípios alegaram serem encaminhados ao Hospital São José por precisarem de poucas sessões e para uso de uma das máquinas que somente o hospital tem no estado inteiro. Com esse número, percebemos a grande rotatividade de usuários do setor visto que foram listados municípios até fora das regiões atendidas pelo Hospital. Criciúma e Tubarão, por serem as cidades com mais habitantes das regiões, estão entre os municípios mais entrevistados, formando 30% de todas as entrevistas. Também foram entrevistados um número maior de usuários vindo dos municípios de Araranguá, Içara, Laguna, Lauro Muller e Orleans.

Quando questionados sobre profissão, mais da metade dos entrevistados afirmaram fazer parte de uma das três opções a seguir: Aposentados, “do lar” e agricultura. Essa informação pode ser justificada através do questionamento sobre faixa etária, onde as faixas etárias mais altas (50 a 79 anos de idade) apareceram com mais frequência. Devemos levar em consideração que muitos usuários nessa faixa etária já estão aposentados por conta da idade ou pela doença e que esse leque de profissões é atual, levando-nos a entender que para muitos usuários com idade mais avançada as opções eram menores, como ser “do lar” e agricultor.

Questionados sobre o tipo de câncer, os cânceres de mama e próstata se mostraram como números mais significativos, seguidos de cabeça/pescoço e útero/pelve.

Questionados sobre quanto tempo cada usuário estava em tratamento do câncer, sendo que este não precisaria ser apenas no setor de Radioterapia, a maior parte dos usuários estão em tratamento a menos ou há seis meses. Seguidos dos usuários que vêm enfrentando a doença no período de seis meses a um ano. Esses dados e os relatos dos entrevistados pode-se perceber que, tratando de câncer, os procedimentos costumam acontecer com rapidez e eficiência, mesmo se tratando de atendimento público.

Quando questionados sobre os tratamentos já enfrentados na luta contra o câncer, a maior parte dos usuários havia passado por procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, seguidos de usuários que passaram por procedimentos cirúrgicos e radioterapia. Vale enfatizar que cada ser humano, assim como a sua doença deve ser visto como único, ou seja, o tratamento ideal para um pode não ser o ideal para outro.

O setor de Radioterapia do Hospital São José atende muitos municípios vizinhos. Sendo assim, as secretárias da saúde dos municípios oferecem transporte aos usuários quando há necessidade. Questionados sobre essa necessidade, a maior parte dos entrevistados (56%) não faz o uso do carro, porém, não muito abaixo desse percentual (44%) dos entrevistados se deslocam até o tratamento com o serviço oferecido. Devemos levar em consideração dentro desse percentual que não utilizam o serviço, não é oferecido para usuários do município de Criciúma, este, município com mais usuários frequentando

o setor. Sendo assim, o serviço acaba sendo necessário aos usuários que podem não ter outro meio de deslocamento, ou usuários que não conseguem se deslocar sem ajuda de outra pessoa e até usuários sem condições financeiras. A partir das percepções da estagiária, juntamente com o diálogo dos usuários, percebe-se que há um problema de logística com o carro da saúde. Por se tratar de um atendimento público, o carro vem do município a partir do horário da sessão do primeiro usuário e retorna após todos passarem pela sessão. Essa espera trouxe diversas queixas durante a entrevista.

Questionados sobre o setor de Radioterapia no geral como atendimento, procedimentos, profissionais, entre outros, 80% dos entrevistados prestaram avaliações positivas ao setor como: bom atendimento, simpatia, empatia, gentileza, respeito e organização. Apenas 20% dos entrevistados apresentaram avaliações negativas, que sugerem um olhar para as seguintes questões: o tempo de atraso das sessões, falta de informações/explicações dos procedimentos ao início do tratamento, falta de orientação e organização com a documentação necessária, tom de voz muito alto por parte dos funcionários e falta de diálogo pela equipe médica.

Questionados sobre o apoio que recebem da rede familiar durante o processo de tratamento, de 97% dos usuários afirmaram positivamente, que recebem esse apoio. O dado que chama atenção, apesar de ser mínimo, são dos 3% dos usuários que não tem apoio familiar. Como psicologia social, precisamos primeiro compreender por que falta esse apoio e se esses usuários recebem o apoio necessário de outras redes (amigos, vizinhança, etc.). É importante que esses usuários se sintam acolhidos, principalmente tratando de uma doença tão agressiva. Da mesma forma que, quando questionados sobre apoio que recebem da rede comunitária, esta pode ser definida como os amigos, vizinhos, grupos sociais e atualmente, grupos virtuais. Quando questionado, maior parte dos entrevistados (81%) recebem apoio da comunidade. Quanto ao percentual que não recebem nenhum tipo de apoio comunitário (19%) pode ser pensado quando psicologia social intervenções por meio de roda de conversas, promovendo o compartilhamento de experiências, emoções e expectativas, inserindo assim, esses usuários em comunidade. Sobre o apoio recebido pela unidade de saúde, muitos entrevistados não compreenderam como seriam esse apoio. 66% dos entrevistados afirmaram que recebem apoio, um número relativamente grande respondeu que não recebem esse mesmo apoio, mesmo após a explicação da estagiária. Quando questionados, obteve-se algumas respostas de usuários que nunca procuraram o serviço por utilizarem plano de saúde ou consultas particulares. Outros usuários relataram não utilizarem devido à ausência do serviço em seu bairro e bairros próximos, e ainda, por conta da distância e demanda da unidade de saúde mais próxima.

Questionados sobre a prática de atividades de cultura e/ou lazer e atividades físicas apenas 9% alegou não realizar nenhuma dessas atividades. Quando questionados, estagiária recebeu algumas respostas como: “não tenho vontade por causa da doença”, “não tenho ninguém para me acompanhar”, ou ainda, “não gosto de nada disso, somente de assistir TV”. É necessário compreender a subjetividade desses usuários, assim, encontrar a melhor forma de intervenção para auxiliá-los nesse momento de doença.

## 5 Conclusão

No SUS, a integralidade do cuidado é um dos princípios que guia as práticas de cuidados, que tem como foco, levar em consideração os aspectos subjetivos nos processos de saúde e de doença. A Psicologia Social pode contribuir significativamente no âmbito

hospitalar, ao desenvolver pesquisa e análises qualitativas, integrando tais aspectos subjetivos, na práxis cotidiana neste contexto. Diante dos resultados analisados, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de projetos que tenham como foco o fortalecimento de estratégias de apoio em rede aos usuários, visto que é do relacionamento com o outro que desenvolvemos nossa identidade social, nossos ideais e valores. Alguns usuários relatam que não recebem nenhum tipo de apoio de rede, familiar ou social. Se por um lado o acesso ao tratamento de radioterapia é um ponto forte, é importante refletir o tempo dispendido enquanto aguardam na sala de espera para atendimento e aguardando carro da secretaria de saúde do município em que reside, que neste caso oferta um espaço para intervenções de sala de espera que podem promover sendo de coletividade e de fortalecimento de pares. Compreende-se que trabalhar no estímulo da participação em atividades de cultura/lazer também se faz necessário para melhor qualidade de vida e produção de saúde dos usuários e familiares. Pode-se perceber a afetividade e o respeito de todos os indivíduos que ali frequentam, sejam esses da equipe profissional ou usuários. No geral, o setor foi avaliado como excelente, valorizando particularmente o vínculo com a equipe técnica.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Eliane Carnot de. **O psicólogo no hospital geral**. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300005)>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- ANASTASI, Anne. **Campos da Psicologia Aplicada**. São Paulo: Herder Edusp, 1972.
- AURÉLIO, Dicionário. **Dicionário de português**. 2016. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/radioterapia>>. Acesso em: 02 abr. 2017.
- BARRETO, Hospital de Câncer de .**Radioterapia**. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/radioterapia-2>>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.
- REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. 2011. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010b. p. 44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 1. ed. 1. reimp. – Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2013.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil.** 2008. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr\\_prof\\_psicologo.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer?** 2017. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 04 abr. 2017.

LANE, Silvia T. M.. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, Silvia T. M. et al. **Psicologia Social: O homem em movimento.** 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1997. p. 10-19.

LORENCETTI, Ariane; SIMONETTI, Janete Pessuto. **As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia.** 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2151/2244>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. **Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva.** 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009)>. Acesso em: 29 mar. 2017.

ONCOGUIA, Instituto. **Como funciona a radioterapia?** 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/como-funciona-a-radioterapia/4671/720/>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

OLIVEIRA, José Clovis Pereira de et al. **O QUESTIONÁRIO, O FORMULÁRIO E A ENTREVISTA COMO INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: VANTAGENS E DESVANTAGENS DO SEU USO NA PESQUISA DE CAMPO EM CIÊNCIAS HUMANAS.** Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO\\_EV056\\_MD1\\_SA13\\_ID8319\\_03082016000937.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV056_MD1_SA13_ID8319_03082016000937.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2017.

RODRIGUES, Aroldo. **Psicologia Social.** Petrópolis: Vozes Ltda, 2000.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **MAS O QUE SERIA O SUS? QUAIS SUAS DIRETRIZES E PRINCÍPIOS GERAIS?** Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/mas-que-seria-sus-quais-suas-diretrizes-principios-gerais.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Ester Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 2005. Disponível em: <[https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

VIEIRA, Lamarquilliana Neiler Lacerda. **A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar.** 2010. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-no-contexto-hospitalar>>. Acesso em: 27 mar. 2017.