Intellectus

REVISTA ACADÊMICA DIGITAL

Volume Especial de Ciências da Saúde 2018
N.º48

ISSN 1679-8902

4 **EDITORIAL**
SILVEIRA, Carla

ARTIGOS:

5 **SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO PAULISTA DE GRANDE PORTE: UM OLHAR A PARTIR DA VULNERABILIDADE SOCIOESPACIAL**
VIANNA, Paula Vilhena Carnevale

28 **A DIFUSÃO DE SABERES SOBRE PLANTAS MEDICINAIS EM PEDIATRIA**
BRAGA, Nayara Soares de Mendonça

44 **DETECÇÃO DE PATÓGENOS EM HORTALIÇAS ENCONTRADOS EM ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS**
SOUZA, Larissa Graziela de

59 **IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO DE FARMÁCIA VIVA NA INTERCLÍNICAS, JAGUARIÚNA – SP**
FURLANETO, Aline Xavier

71 **RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA: NUMA DIALÉTICA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS INATAS DO INDIVÍDUO E AS CONSTRUÇÕES AO LONGO DA VIDA**
RAQUEL, Aline Gomes

91 **EFEITOS DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS: BREVES REFLEXÕES ACERCA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA**
CASAGRANDE, Mariana Imbruniz

Áreas de publicação:

Ciências Exatas e Tecnológicas
Ciências Sociais Aplicadas
Educação, Cultura e Sociedade
Ciências da Saúde

unifaj
Centro Universitário de Jaguariúna

unimax
Centro Universitário Max Planck

Intellectus Revista Acadêmica Digital. Revista científica das seguintes instituições: Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ e Centro Universitário Max Planck - UniMAX.

Eletrônica
Trimestral
Inclui Bibliografia

Editora Chefe:
Prof.ª Dr.ª Ana Maria Girotti Sperandio
Assessora Acadêmica do Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Centro Universitário Max Plack - UniMAX.

Equipe Técnica
Patrick Pereira
Maria Virginia Rosa
Janini de Oliveira Dias da Silva

Equipe de Tecnologia da Informação Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Faculdade Max Planck.
Equipe de Marketing Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ e Centro Universitário Max Plack - UniMAX.

EDITORIAL

"Ensaios e Estudos para Qualidade de Vida".

O homem contemporâneo está permanentemente em busca das condições que contribuem para o bem físico, mental, espiritual e social.

Qualidade de vida é uma concepção que envolve parâmetros das áreas de saúde, arquitetura, urbanismo, lazer, gastronomia, esportes, educação, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, novas tecnologias e tudo o que se relacione com o ser humano, sua cultura e seu meio (ALMEIDA *et al*, 2012).

Esta pode ser analisada pelas esferas de percepção objetiva e subjetiva. A esfera objetiva de percepção de qualidade de vida lida com a garantia e satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer (MINAYO *et al*., 2000). Já a percepção subjetiva diz respeito a ações do sujeito como o estilo de vida e valores não materiais, ou seja, engloba sentimentos e juízos de valor dos indivíduos.

O Volume de Ciências da Saúde, que ora apresentamos, traz os Ensaios e Estudos para Qualidade de Vida em diferentes dimensões do saber científico. Nele os leitores se encantarão com a sabedoria da Natureza que nos proporciona uma gama imensa de elementos impressos na composição das plantas e o uso destas na medicina, bem como na riqueza da “farmácia viva” que nos rodeia, sem muitas vezes nos darmos conta dela. Somos alertados também quanto a importância das práticas higiênicas no manuseio dos alimentos e seu consumo.

E em tempos tão conturbados onde o temor da perda de direitos humanos parece estar batendo a nossa porta poderemos refletir a respeito da resiliência psicológica frente às adversidades cotidianas do nosso país e do mundo.

Desejamos que esses conhecimentos e reflexões ecoem em nossa prática docente e discente de maneira a construirmos a cada dia uma sociedade menos doente, mais plural, com muita qualidade de vida, sempre calcada na garantia da dignidade e dos direitos humanos universais.

Boa leitura!!
Prof.ª Dr.ª Carla Silveira

SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO PAULISTA DE GRANDE PORTE: UM OLHAR A PARTIR DA VULNERABILIDADE SOCIOESPACIAL

Congenital syphilis in a large municipality of the State of São Paulo: a view from the spatial socio-vulnerability perspective

VIANNA, Paula Vilhena Carnevale
Universidade do Vale do Paraíba

HELBUSTO, Natália Barboza
Universidade do Vale do Paraíba

BARJA, Paulo Roxo
Universidade do Vale do Paraíba

MEDEIROS, Andrea Paula Peneluppi
Universidade de Taubaté

Resumo: As doenças infecciosas são historicamente associadas à organização da vida no espaço. O aumento da incidência de sífilis congênita (SC) pode ser referido à dinâmica social e urbana em que se insere o processo saúde/doença/cuidado. Este artigo analisa a distribuição socioespacial da sífilis congênita no município de São José dos Campos, SP, nos anos de 2015 e 2016, a fim de investigar a influência dos condicionantes socioespaciais e do acesso à rede de atenção primária sobre a ocorrência do evento. O estudo é ecológico, com base nos casos de SC obtidos no Sistema Informação de Agravos de Notificação. Estimativas por área foram geradas pela análise espacial de Kernel, no programa ArcGis, por local de moradia da mãe no momento do nascimento desses casos. As unidades básicas de saúde (UBS) foram identificadas espacialmente. A vulnerabilidade foi aferida pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Houve correlação positiva entre SC e IPVS (Coeficiente Pearson= 0,99; p=0,001). As UBS distribuem-se, em sua maioria, em áreas de baixa vulnerabilidade. Verificou-se associação entre a densidade de ocorrência dos eventos (casos notificados de sífilis congênita ao nascimento) por área e a vulnerabilidade socioespacial.

Palavras chave: sífilis congênita, planejamento urbano, saúde coletiva.

Abstract: Infectious diseases are historically associated with the spatial organization of life. The increased incidence of congenital syphilis (CS) relates to the social and urban dynamics involved in the health/disease/care process. This paper analyzes the socio-spatial distribution of congenital syphilis in the municipality of São José dos Campos, SP, in the years 2015 and 2016. It investigates the influence of socio-spatial conditioning factors and the access to primary care upon occurrence of the event. It is an ecological study, based on the CS cases taken from the national database Information System on Notification Conditions. Area estimates, calculated by Kernel spatial analysis, were generated by the ArcGis software, in a geo-referenced analysis of the mother's dwelling place at the time of birth of the infants in such condition. The Primary Care Units (PCUs) were spatially identified. The Social Vulnerability Index for the State of São Paulo (IPVS) measured the vulnerability of the area. A positive correlation between CS and IPVS was noted (Pearson's coefficient =

0,99; p = 0,001). Most PCUs are located in areas of small vulnerability. The events occurrence density per area, i.e., cases of congenital syphilis notified at birth, was associated with socio-spatial vulnerability.
Key words: congenital syphilis, urban planning, public health.

INTRODUÇÃO

A incompleta transição epidemiológica e as mudanças no perfil de saúde e adoecimento da população nos últimos trinta anos se relacionam tanto às dinâmicas socioespacial, econômica, demográfica e cultural do país, como à implantação do SUS (PAIM et al, 2011). Nesse cenário, a recrudescência da sífilis, agravo evitável pela adoção de medidas preventivas, tem despertado atenção. Os índices ascendentes refletem no aumento de incidência de sífilis congênita, doença de notificação compulsória desde o ano de 1998. Produto da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada a seu concepto, por via transplacentária, a sífilis congênita (SC) pode levar a óbito ou causar sequelas neurológicas permanentes.

Entre 1998 e 2014, mais de 100 mil novos casos de SC foram registrados do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2015a). Dos 13.705 casos notificados em 2013, 43,1% ocorreram na região Sudeste, correspondendo à incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos no país e 5,1 casos/1.000NV na região. A taxa de mortalidade por sífilis em menores de um ano elevou-se em 150% nesse período, passando de 2,2 para 5,5/100 mil NV.

A Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte (RMVale) acompanhou essa tendência. Entre 2008 e 2015, foram notificados 653 casos de SC, um aumento de 1,15 para 5,66 casos/1.000NV-ano. O maior município da região, São José dos Campos, notificou 277 casos entre 2008 e 2016, período em que a taxa se elevou de 1,96 para 7,34 casos/1.000NV (BRASIL/s/d).

Os principais fatores envolvidos na persistência da infecção são o curto intervalo da gestação para a realização do diagnóstico e tratamento; a dificuldade de o profissional abordar o tema das infecções sexualmente transmissíveis, durante a gestação, com a mulher e suas parcerias; e o desconhecimento, pela população e pelos profissionais de saúde, da

magnitude do agravo e dos danos que acarreta à saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES *et al,* 2015), bem como falhas na assistência pré-natal, no tratamento adequado da gestante e, principalmente, no tratamento do parceiro (DOMINGUES *et al*, 2013). Ações de vigilância epidemiológica vêm sendo revistas e reorientadas para o alcance da eliminação da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita (BRASIL, 2015b).

O aumento da incidência de sífilis congênita, porém, não pode ser dissociado da dinâmica social e urbana em que se insere o processo saúde/doença/cuidado. O acelerado processo de urbanização do país combinou alta densidade de ocupação do solo e exclusão social (PAIM et al, 2011; MARICATO, 2003). A segregação urbana é, simultaneamente, fator promotor e uma das faces mais visíveis da desigualdade social. Para a população segregada, as dificuldades se somam: o acesso aos serviços e infra-estrutura urbanos é reduzido; há maior exposição a riscos ambientais; menos oportunidades de emprego ou de profissionalização, maior exposição à violência, discriminação racial, discriminação contra mulheres e crianças e difícil acesso à justiça oficial e ao lazer (MARICATO, 2003). A vulnerabilidade a doenças infecciosas é igualmente maior nesse cenário (EDMUNDO *et al,* 2007).

Susana Bujalance (2010) denomina 'violência espacial' a segregação material e simbólica observada nas cidades. As barreiras visíveis e invisíveis à circulação, dificultando a acessibilidade a equipamentos sociais e culturais na cidade, violam direitos. A plena inserção dos cidadãos na cidade, para a autora, é vinculada à justiça espacial.

O espaço se torna, assim, variável significativa e mensurável da vulnerabilidade, conceito que toma a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de aspectos coletivos e contextuais que incluem a disponibilidade de recursos que as pessoas podem acionar para se proteger dessa exposição (AYRES *et al*, 2003). Tal implicação se traduz na noção de vulnerabilidade socioespacial. A vulnerabilidade, compreendida como construção socioespacial, toma, nessa acepção, o espaço como síntese e expressão das desigualdades sociais e territoriais, que se mesclam e retroalimentam (PENNA & FERREIRA, 2014).

No campo da saúde, a política com maior potência para articular a vulnerabilidade socioespacial à saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF). As diretrizes da ESF preconizam que a atuação de equipes e profissionais seja orientada pelas condições territoriais de vida das pessoas e das famílias, considerados elementos determinantes das condições de vida e saúde (ARAUJO *et al*, 2012).

Observa-se que o aumento da rede de atenção primária, crescentemente reorganizada com base na ESF (PAIM et al, 2011) e as ações no campo da vigilância epidemiológica não evitaram a ascensão dos índices de SC. A produção acadêmica sobre o tema ressalta o papel dos fatores socioeconômicos maternos, do acesso e qualidade do pré-natal (DOMINGUES *et al,* 2013, 2015; ARAUJO *et al*, 2012; TAYRA *et al*, 2007; LIMA *et al,* 2013; MAGALHÃES *et al*, 2013), da atuação da ESF (ARAUJO *et al*, 2012; LIMA *et al,* 2013, MIRANDA *et al*, 2012) e da dificuldade de tratamento do parceiro (MAGALHÃES *et al*, 2013; MIRANDA *et al,* 2012) como fatores de risco para a persistência desse agravo evitável. Estudos que abordam a relação entre a vulnerabilidade à doença e as demais vulnerabilidades sociais das mulheres, vinculadas a seus territórios de vida, são menos frequentes (EDMUNDO *et al*, 2007).

Este estudo investiga a relação entre a ocorrência de sífilis congênita, a vulnerabilidade socioespacial dos territórios de notificação e o acesso às unidades de atenção primária, em um município paulista sede de região metropolitana, nos anos de 2015 e 2016.

MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico que se baseia nos casos de SC notificados no SINAN nos anos de 2015 e 2016, no município de São José dos Campos-SP, na vulnerabilidade socioespacial, medida pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) e na localizações das UBS, com apoio de análise georeferenciada. O estudo é complementado por análise documental. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 1.400.768).

A Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos (VE/SJC) apoiou o estudo e forneceu acesso ao banco de dados SINAN, incluindo endereço de residência materna. Os dados maternos

sociodemográficos (escolaridade, idade, cor; bairro e zona de residência) e a realização de pré-natal foram submetidos à análise descritiva.

A vulnerabilidade do território foi aferida pelo IPVS, índice calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para os municípios paulistas (SÃO PAULO, 2010). O IPVS é um indicador agregado que aufere o desempenho econômico e social, bem como a desigualdade e inequidade interna dos municípios, regiões e Estado, tendo como escala o setor censitário. Os dados são agregados em dois campos: i) renda e escolaridade (renda domiciliar per capita; rendimento médio da mulher responsável pelo domicílio; % de domicílios com renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo; % de pessoas responsáveis pelo domicílio alfabetizadas); ii) demografia (% de pessoas responsáveis de 10 a 29 anos; % de mulheres responsáveis de 10 a 29 anos; idade média das pessoas responsáveis; % de crianças de zero a cinco anos de idade) (SÃO PAULO, 2010). O grau de vulnerabilidade é classificado por setor censitário em escala de um (baixíssima) a seis (muito alta urbana/aglomerados subnormais); acrescida de 7 (alta vulnerabilidade, setores rurais). Foram excluídos da análise de correlação os três casos em aglomerados subnormais, dada a inconsistência desse registro nos formulários de notificação: os três ocorreram no Jardim Nova Esperança, bairro com outros dois casos notificados e registrados como ocorridos em área de alta vulnerabilidade urbana. As atuais áreas periféricas de urbanização não foram incluídas no Censo de 2010 como áreas de aglomerados subnormais.

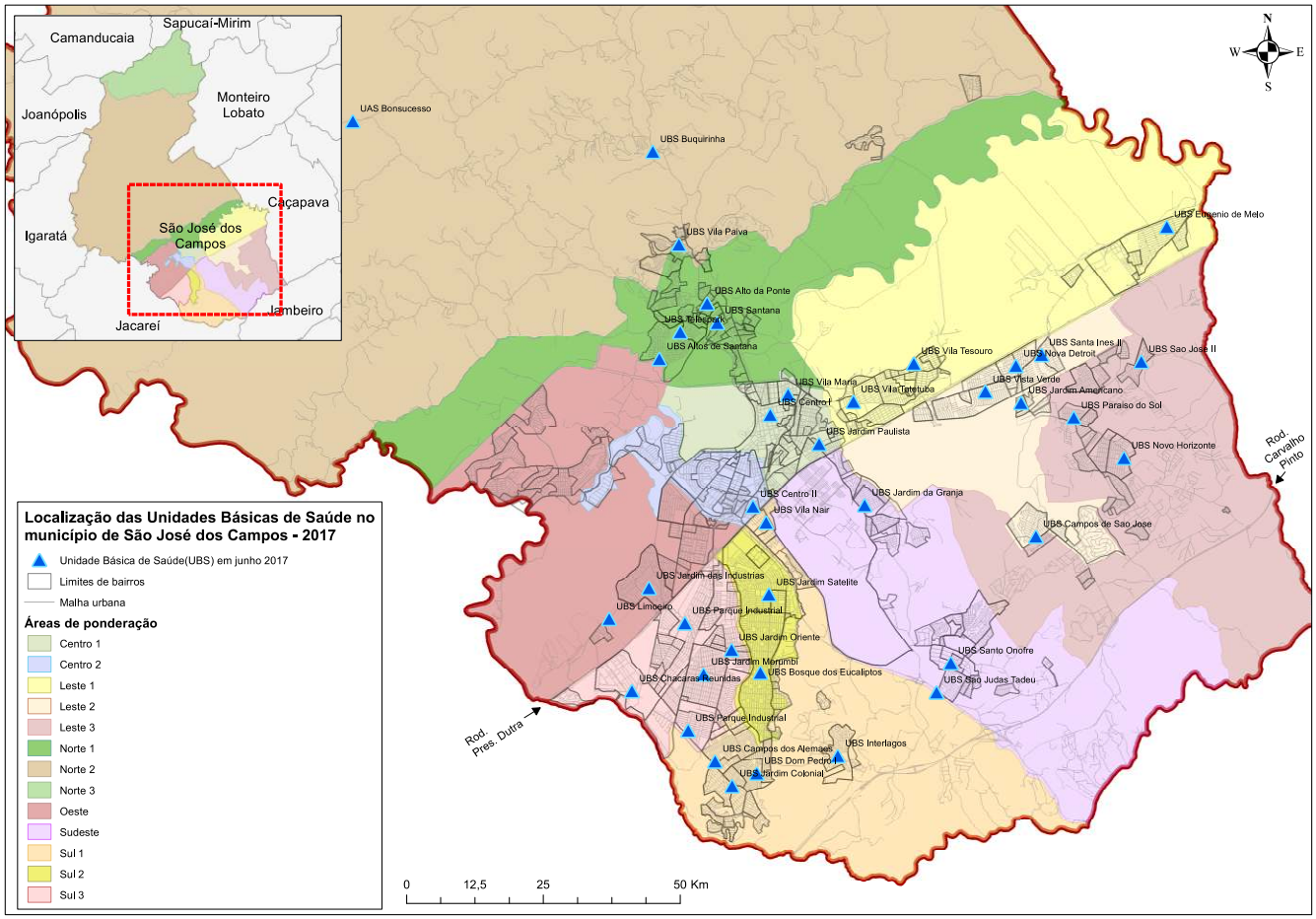
A correlação entre a vulnerabilidade das áreas, medida pelo IPVS, e a taxa de SC foi analisada pelo coeficiente de Pearson. O grau de confiança estabelecido foi de 95%.

A caracterização da vulnerabilidade socioespacial foi complementada pelas características históricas e socioespaciais dos bairros de notificação, obtidas de Documentos Técnicos para a Revisão do Plano Diretor, elaborados pelo Instituto de Pesquisa, Administração e Planejamento (IPPLAN 2017a, 2017b). Nesses documentos, a escala de análise são as onze zonas do município, cujos limites coincidem com as áreas de ponderação definidas pelo IBGE.

Análise espacial

A partir do endereço notificado, os casos, geocodificados com o software Arcgis, respeitando-se os preceitos éticos do sigilo, geraram pontos na malha do município. Duas camadas foram superpostas à camada de identificação dos casos, em momentos distintos: a. áreas de ponderação para o ano de 2010 (disponibilizada pelo IBGE); b. camada de bairros (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 2012). As camadas, de escalas diferentes, se complementam.
A divisão municipal estabelecida no Plano Diretor de 2006 consistia de seis macrozonas urbanas. Nas propostas de revisão do Plano Diretor IPPLAN 2017b), as macrozonas foram divididas em onze zonas, coincidentes com as áreas de ponderação definidas pelo IBGE (Centro 1 e 2; Sudeste; Sul, 1, 2 e 3; Oeste; Leste 1 e 2 e Norte, 1 e 2) (Figura 1).

Figura 1. Município de São José dos Campos, localização das UBS e divisão por zonas (áreas de ponderação).



Autor: Laboratório de Estudo das Metrópoles, Univap, 2017

Os bairros foram considerados escalas importantes de estudo. Constituem a base geográfica de referência das UBS e sua denominação carrega representação simbólica, o que contribui para a investigação da vulnerabilidade socioespacial que, além de material, é subjetiva e cultural (EDMUNDO et al, 2007; BUJULANCE, 2010).

A amostra inicial, obtida do SINAN, totalizava 231 casos. Foram excluídos os recém-nascidos não nascidos em São José dos Campos (nove) e os registros duplicados (15), resultando em 207 casos elegíveis. Em 21 casos, os pontos foram localizados e demarcados manualmente, pois não havia informações completas de endereço para localização e geração automática do ponto de caso pelo procedimento técnico de geocodificação. Nesse procedimento, consultou-se o endereço no Google Maps, com localização visual da rua. Em 19 casos, a informação ausente era número do imóvel e o endereço foi estimado por aproximação, definindo-se a metade do comprimento da rua e/ou avenida para a marcação do ponto. A geocodificação automática combinada à manual possibilitou a vetorização de 205 casos.

Os 205 registros inseridos no programa de análises geográficas Arcgis geraram Mapas de Densidade de Kernel, que estima a densidade espacial dos eventos e a representa em mapas cartográficos (Brasil, 2006). O Mapa de Kernel permite analisar o comportamento de padrões de pontos, fornecendo, por interpolação, a intensidade pontual do processo na área em estudo e calculando estimativas da densidade para as partes de uma região.

A técnica de geocodificação foi realizada com apoio do software ArcGIS e do algoritmo MMQGIS, que permitiu a adição em lote dos endereços de unidades básicas de saúde (UBS). Os dados de endereço das UBS foram tabulados em Excel. No ambiente SIG, do software ArcGIS, a tabulação foi adicionada ao algoritmo MMQGIS e o processamento dos endereços foi adicionado à base de dados do Google Maps, criando uma camada espacial de pontos das UBS.

O acesso às UBS foi avaliado indiretamente, pela distância entre o caso notificado e a UBS da área de abrangência do domicílio, medida em metros e representada graficamente pela ferramenta de geoprocessamento de distâncias, ou *buffer*. A ferramenta *buffer* gera áreas circulares, ao redor da geometria do ponto definido (neste caso, a UBS), com distâncias pré-

estabelecidas pelos pesquisadores. Os perímetros estabelecidos para analisar a distância foram distâncias percorríveis a pé, estipuladas em 1.500, 3.000, 4.500 e 6.000m. Buscou-se conhecer a distância entre o endereço de notificação por SC e a UBS de referência.

Em suma, os casos notificados por SC foram caracterizados em termos sociodemográficos; o local de residência dos casos notificados foi geocodificado; as ocorrências foram contabilizadas por setor censitário e a seguir relacionadas à classificação de vulnerabilidade social, ao histórico de urbanização e características sociais das zonas e bairros e à distância das UBS.

O município de São José dos Campos

Situado entre os municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, São José dos Campos é o município mais populoso e de maior índice de riqueza da RMVale. O IDHM é alto (0,764 em 2010) nos três componentes (educação, renda e longevidade). O município é marcado pela Rodovia Presidente Dutra, BR101, eixo em torno do qual se estabeleceu significativa estrutura urbana e industrial. Praticamente a totalidade dos 629.921 habitantes do município (98,0%) vive na área urbana.

São três os principais vetores de expansão da cidade: *oeste*, impulsionado por empreendimentos de alta renda; *leste,* predomínio de empreendimentos voltados à habitação social; e *sudeste*, com empreendimentos mistos, para alta renda e classe média (IPPLAN 2017a,b). A região Sul é a mais densamente habitada, com origem na migração operária iniciada na década de 1950 e acentuada na de 1970. A região Oeste abriga lotes maiores e população de renda mais alta; empreendimentos com pequenos lotes e habitações sociais concentram-se nas periferias do tecido urbano, nas regiões Sul, Sudeste, Leste e Norte, esta última área de transição rural e maior concentração de loteamentos irregulares (IPPLAN, 2017a, b). O processo histórico de desenvolvimento urbano que resultou na atual configuração socioespacial auxilia a compreender a heterogeneidade da trama urbana, que ora justapõe territórios de diferentes índices de inclusão/exclusão social (regiões centro e sul), ora os demarca claramente (a região oeste exibe

os melhores indicadores da cidade, e a norte, interface urbano/rural, os piores indicadores sociais).

A política habitacional tem contribuído para essa urbanização espraiada, que mantém a população de baixa renda em situação de vulnerabilidade social – compreendida como segregação física, menor acesso a serviços e menor oportunidade de emprego (ALVARENGA et al, 2018).

A rede de saúde se espalha pelo território

A estruturação da rede de saúde, iniciada na década de 1970, acompanhou a transformação da cidade industrial. Espraiamento e acessibilidade, respondendo à vulnerabilidade social das populações migrantes, marcaram a ordenação física da rede.

O município acompanhou o padrão da urbanização do país, com desigualdade entre o centro e as periferias. A espacialização dos índices de saneamento diferenciava o centro – populoso e bem equipado – das demais regiões, de infraestrutura deficiente. As regiões periféricas de expansão urbana, por seu isolamento social e elevado custo de transporte, foram consideradas, na década de 1970, áreas de risco para a saúde (SILVA, 1978).

O diagnóstico de vulnerabilidade social fundamentou o planejamento e implementação de serviços de saúde de atenção primária. As unidades avançadas de saúde, voltadas às áreas mais carentes e de difícil acesso, na região sul, atendiam as demandas identificadas pelo setor social. Os equipamentos especializados se localizaram na região central.

Os equipamentos sociais foram implementados nos territórios em resposta a demandas específicas ou situações identificadas de carência. A atenção materno-infantil abriga as ações de controle da sífilis congênita e é composta por UBS, que realizam ações de saúde reprodutiva, incluindo o pré natal e serviços especializados distribuídos nas seis regiões (exames diagnósticos; atendimento médico especializado e hospitalar). Os partos são realizados em dois hospitais, nas regiões Centro e Leste. A pesquisa se ateve à distribuição espacial das UBS.

A rede de atenção primária é constituída por 40 unidades (Figura 1), acrescidas a quatro “unidades avançadas”, em territórios rurais ou de expansão urbana, ligadas administrativamente às UBSs. Treze (29,5%) são organizadas

no modelo ESF, totalizando 43 equipes de saúde da família, sendo 37 na região Norte. A especializada rede produz razão adequada de consultas por habitante (2,80/1.000 habitantes-ano, em 2014) mas baixo índice de consultas de atenção básica (0,78/1.000 habitantes-ano), sendo a necessidade de "inversão do modelo" da rede de cuidados pauta frequente nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e prioridade nos planos municipais (São José dos Campos, 2013, 2017).

Toda UBS possui técnico/profissional de referência para as ações de vigilância epidemiológica. O protocolo de cuidado pré-natal foi revisto em 2015 seguindo as orientações do Centro de Vigilância Epidemiológica Estadual e orienta as ações de prevenção e tratamento da sífilis, incluindo a interface entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária. A despeito dessa rede, o percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré natal está em declínio (83,7% das gestantes em 2008; 77,0% em 2014) e o percentual de nascidos com baixo peso e SC é ascendente, com pouca diferença nos indicadores entre as regiões (São José dos Campos, 2017).

Das 43 equipes de saúde da família, cerca de 90% (40) foram implementadas em 2014, viabilizadas pelo Programa Mais Médicos para o Brasil. Análise apresentada no Conselho Municipal de Saúde em 2017 indicou melhor desempenho das unidades de atenção primária com o modelo ESF em comparação às demais UBS em indicadores de processo (consulta por habitante, percentual de consultas de pré natal) e resultado (internação por causas evitáveis) (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica e pré natal

Das 19.329 crianças nascidas em 2015 (9.788) e 2016 (9.541) em São José dos Campos, 207 foram notificadas por SC (108 em 2015 e 99 em 2016).

A maioria dos casos foi notificada em área urbana (96,10%), nascidos de mães relativamente jovens, de média escolaridade (32,9% com ensino fundamental incompleto/completo), em concordância com os dados nacionais (BRASIL, 2015a; MAGALHÃES et al, 2013). Em relação à raça/cor, 40,6% das mães era preta/parda, proporção maior do que a distribuição populacional no censo de 2000 (25,9% da população preta/parda). A maior parte das mães

(94,7%) realizou pré-natal, momento em que foi feito o diagnóstico em 82,1% dos casos. No entanto, como identificado por estudos nacionais (DOMINGUES *et al,* 2013; DOMINGUES *et al*, 2015; PINTO, 2016) as oportunidades de tratamento foram perdidas.

Do total de casos, em 126 (60,9%) o diagnóstico de SC foi confirmado; 5,8% foram abortos/natimortos e em 31,9% o diagnóstico foi descartado. A titulação materna antes do parto foi baixa em 65 mães (31,4%) e igual ou superior a 1:16 em 16,9%. Esta informação mostra a importância dos critérios de definição de caso para a notificação (TAYRA et al, 2007): o valor estipulado tem alta sensibilidade e permite à equipe identificar oportunidades de cuidado em saúde reprodutiva dirigido a mulheres em situação de vulnerabilidade.

Outro resultado em consonância com as publicações acadêmicas é o alto percentual de não tratamento das parcerias (EDMUNDO *et al*, 2007; MAGALHÃES *et al*, 2013; MIRANDA et al, 2012; PINTO, 2016). Mais de metade dos parceiros (55,1%) não recebeu tratamento. Miranda *et al* (2012) ressaltam a dificuldade de as mulheres discutirem com as parcerias o uso de preservativo e a necessidade de tratamento. Estudos no campo da sexualidade (BINSTOCK e GOGNA, 2015) e da educação em saúde reprodutiva (GARCIA & SOUZA, 2010) enfatizam que o uso do preservativo não deve ser tomado como uma ação de decisão individual: o processo de tomada de decisão é relacional e, portanto, influenciado, entre outras variáveis, pela questão de gênero, ainda marcada por estereótipos, dificultando a decisão compartilhada de práticas de sexo protegido .

Os dados sugerem mães em situação de vulnerabilidade social e deficiências no cuidado, dada a diferença entre o alto índice de realização de pré-natal e o baixo percentual de tratamento dos parceiros. Teriam essas vulnerabilidades um componente espacial?

Sífilis congênita e vulnerabilidade social

A maior parte da população do município (75,3%) se encontra em situação de baixa vulnerabilidade social, índice superior à média do Estado de São Paulo (70,3%) (SÃO PAULO, 2010). Os setores de maior vulnerabilidade social, porém, concentram a notificação de SC. (Tabela 1).

Tabela 1. Número de casos, população e taxa de sífilis congênita (SC), por classificação pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Município de São José dos Campos, 2015-2016

Classificação - IPVS	Casos (n)	População residente	Casos/10 mil habitantes
1.Baixissima vulnerabilidade	3	58.258	0,52
2.Vulnerabilidade muito baixa	66	283.403	2,33
3.Vulnerabilidade baixa	53	132.679	3,99
4.Vulnerabilidade media	43	90.024	4,78
5.Vulnerabilidade alta (Urbanos)	30	48.622	6,17
7. Vulnerabilidade alta (Rurais)	7	4.845	14,45
Total	204	617.831	3,30

Observa-se que a taxa de SC eleva-se com o grau de vulnerabilidade, atingindo maior índice na área de vulnerabilidade rural muito alta. Conforme detalhado na metodologia, a categoria 6 (aglomerados subnormais) foi excluída da análise. Os três casos notificados nessa categoria correspondem à taxa de 4,26 casos/10 mil habitantes.

A análise de correlação entre grau de vulnerabilidade e a incidência de sífilis congênita foi positiva (coeficiente de Pearson = 0,9277; p = 0,0077). A exclusão da categoria 7 aumentou a correlação estatística (coeficiente de Pearson 0,9911; p = 0,0010).

Há associação estatística entre a incidência de SC e a vulnerabilidade social, medida pelo indicador agregado IPVS, que tem por base o setor censitário. A área rural se destaca pela vulnerabilidade extrema, como um *outlier*. Esse fato pode representar um viés, dada a menor população residente. Pode, também, ser explicado pela maior vulnerabilidade das áreas rurais comparadas às urbanas no que diz respeito ao processo de saúde/doença/cuidado (VLAHOV *et a*l, 2005), ressaltando-se que a análise de indicadores de saúde fundamentou a escolha da região Norte para a implantação da ESF no município. Outra hipótese a se considerar é o apagamento da fronteira entre o rural e o urbano, aportando ao campo os hábitos e costumes da cidade, sem a rede de proteção associada, o que potencializa a já aumentada vulnerabilidade rural.

Os dados revelam que áreas que concentram famílias mais pobres, com predomínio de jovens mulheres chefes de família, menos instruídas, apresentam maior densidade de casos.

Edmundo *et al* (2007), em estudo etnográfico e de intervenção em uma favela carioca, relacionaram práticas de saúde sexual à vulnerabilidade socioespacial (denominada pelos autores "territorial" e caracterizada pela ausência de serviços, espaços de lazer e oportunidades de emprego, além da presença das relações orientadas pela rede de poder associada ao narcotráfico). Para os autores, além dos fatores tradicionalmente identificados como risco (menor escolaridade e renda), fatores estruturais materiais, como a precariedade das moradias e simbólicos, como o estigma do "morar na favela" favoreciam a exposição a práticas sexuais não seguras. Tendo como alvo a população jovem, os autores ressaltam que práticas educativas efetivas no campo da saúde sexual devem respeitar e dialogar com a cultura, as relações e o território de vida dos envolvidos.

A sífilis congênita nos bairros e zonas

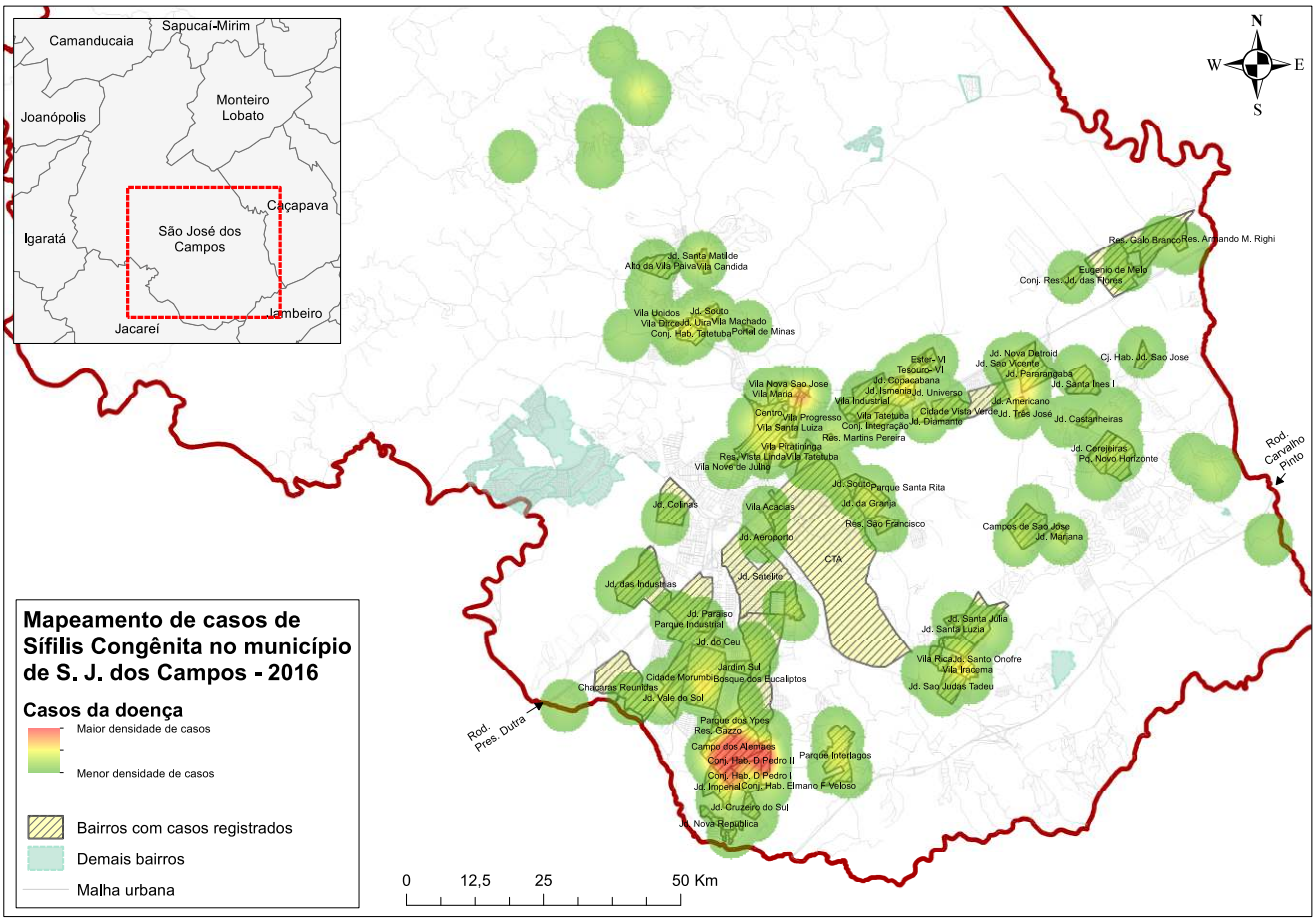
O estudo por zonas indicou que os casos se concentram nas áreas de menor desenvolvimento econômico e social, bem como naquelas que contém bolsões de pobreza (Tabela 2; Figura 2). Como se observa na Tabela 2, a maior concentração de casos ocorreu na zona Sul 1, tanto em números absolutos quanto relativo. Essa região, a despeito das políticas públicas a ela destinadas, é caracterizada pelo adensamento populacional, precariedade de indicadores socioeconômicos e insuficiência de equipamentos sociais para a demanda (IPPLAN, 2017b). Outras zonas que se destacam são a Centro 1 e Leste 2, áreas que mesclam setores de inclusão e exclusão social (idem, ibid.). A zona Sudeste se destaca pela expansão de políticas habitacionais (ALVARENGA *et al,* 2018), e a zona Norte 2 apresenta características rurais e precários indicadores socioeconômicos e de infraestrutura urbana (IPPLAN, 2017b). Todas as demais zonas apresentam taxa inferior a 4,0 casos por 10 mil habitantes, sendo as menores taxas encontradas nas zonas Oeste e Sul 2. (Tabela 2).

Tabela 2. População, densidade habitacional, número e taxa de casos de sífilis congênita notificados no município de São José dos Campos, 2015 e 2016, por zona.

Zona	População	Densidade Habitacional	Número de UBS	Taxa UBS/hab (*15.000hab)	Casos SC (n)	Taxa SC (*10.000 hab.)
Centro 1	41.654	3,91	3	1,1	23	5,52
Centro 2	30.461	3,79	1	0,5	7	2,30
Leste 1	57.850	0,97	3	0,8	18	3,11
Leste 2	45.963	1,87	5	1,6	22	4,79
Leste 3	57.190	0,91	3	0,8	19	3,32
Norte 1	52.820	1,13	4	1,1	16	3,03
Norte 2	19.551	0,03	3	2,3	8	4,09
Oeste	41.163	0,94	2	0,7	3	0,73
Sudeste	46.194	0,83	3	1,0	20	4,33
Sul 1	78.256	1,59	5	1,0	49	6,26
Sul 2	63.877	7,78	2	0,5	2	0,31
Sul 3	91.999	5,89	5	0,8	18	1,96
Total Geral	626.978	0,64	40	0,6	205	3,27

Fonte: VE/SMS-SJC e Censo 2010 (IBGE)

Figura 2. Índice de Kernell para casos de sífilis congênita notificados, por bairro. Município de São José dos Campos, 2015 e 2016



Autor: Laboratório de Estudos das Metrópoles, Univap, 2017

Dada a heterogeneidade das zonas, detalhou-se o estudo espacial na escala “bairro”. Oitenta e seis dos 409 bairros do município (21,0%) notificaram casos de SC.

No estudo espacial por bairros, pelo índice de Kernell, o espaço é confirmado como variável associada à incidência de casos notificados nos bairros Campo dos Alemães, Conjunto Habitacional Dom Pedro, Parque Interlagos, Jardim Morumbi, Conjunto Habitacional Elmano Veloso e outros da zona Sul 1, ressaltando a região do “fundo da zona sul”, como área de extrema vulnerabilidade social e à doença (Figura 2). Outros focos de concentração identificados, porém, com menor força de associação espacial quando comparados à Sul 1, foram bairros nas zonas Norte 2, Leste 2, Centro 1 e Sudeste. (Figura 2)

Os territórios de vulnerabilidade descritos nos documentos técnicos que fundamentam a discussão do plano diretor (IPPLAN, 2017b) são, igualmente, áreas de maior incidência de SC, reforçando o efeito cumulativo e territorial das vulnerabilidades, ou a vulnerabilidade socioespacial. Para Garcia e Souza (2010), aspectos socioeconômicos e culturais (incluindo a combinação baixa renda/baixa escolaridade), situam as mulheres em "situação de vulnerabilidade crescente e estrutural" à aquisição de IST.

Entre os bairros com casos notificados, 24 (5,6% do total) responderam por mais de 60% dos casos, e os quatro bairros identificados pelo índice de Kernell, na região Sul 1 (0,9% do total de bairros), concentram 20% do total de notificações.

Chama a atenção, no estudo qualitativo dos bairros, tendo como referência os documentos de leitura técnica do Plano Diretor (IPPLAN, 2017 a,b), destaca-se o alto percentual de conjuntos habitacionais e loteamentos populares entre os bairros com notificação, bem como a proximidade espacial dos bairros com maior densidade de casos (por exemplo, na Sul 1, Campo dos Alemães, Conjunto Habitacional D. Pedro e Conjunto Habitacional Elmano Veloso; Conjunto Habitacional Tatetuba, Vila Dirce, Jardim Uirá, na Norte 2; Jardim Pararangaba, Jardim Nova Detroit e Jardim Americano, na Leste 2; Vila Rica, Vila Iracema e Santo Onofre, na Sudeste). Na Região Sudeste, o setor econômico do Putim foi o de maior crescimento populacional, concentrado em três loteamentos: Jardim Santa Luiza, Jardim Santa Rosa e Jardim Santa Júlia. Esse setor é também uma área de concentração de casos notificados. Na zona Centro, os casos se concentram no Centro I, de piores indicadores sociais em relação ao Centro II (Vila Maria, Vila Progresso, Vila Nova São José)

A concentração de casos nesses bairros de múltiplas vulnerabilidades, em que se inclui o estigma de "bairros violentos", reforça a importância de inserir o território no cuidado. Barbosa *et al* (2007), em experiência de pesquisa-ação desenvolvida com jovens da Favela da Maré, no Rio de Janeiro, ressaltam: "os temas de gênero, de sexualidade e saúde reprodutiva [não devem ser isolados] das questões de vida mais amplas, sob risco de reproduzirmos modelos de intervenção que pretendem, em última instância, o controle sobre a reprodução social". (p.565)

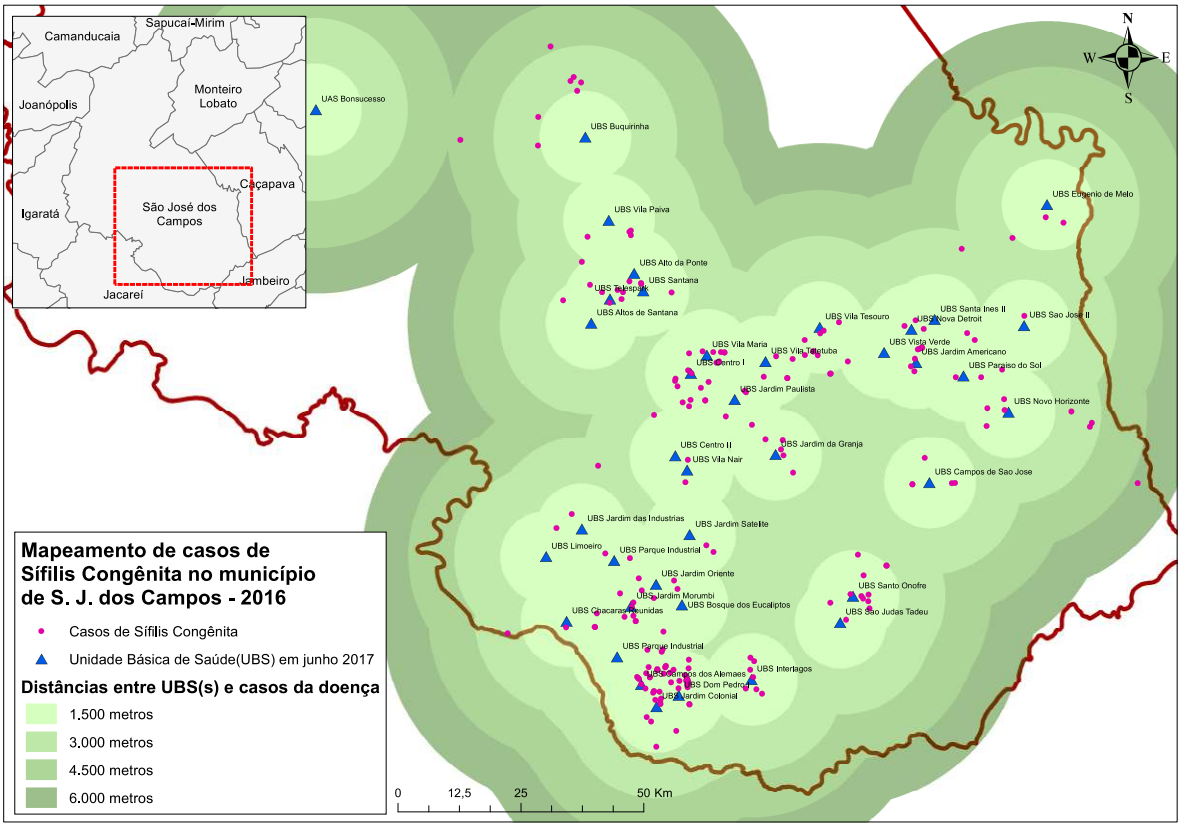
A distância das UBS

As UBS estão distribuídas, em sua maioria, em áreas de baixa vulnerabilidade. No que diz respeito à distância entre a UBS e o caso notificado de SC, em sua maioria, as UBS estão dentro de um raio de distância de 1.500 metros do caso (Figura 3), com exceção da Região Norte, onde as UBS estão a um raio de 3.000 a 4.500 metros. Nenhum caso foi notificado a mais de 4.500 metros da UBS. Ressalte-se que há diferenças de topografia, sendo a região Sul mais plana e a Norte mais montanhosa, com aclives e declives, o que pode reduzir a acessibilidade.

Embora a Região Sul concentre UBS, a taxa de UBS por habitante é baixa (1:20.000hab) e as unidades não operam segundo o modelo de ESF, o que resulta em menor organização territorial da demanda. A proximidade dos equipamentos sem construção de vínculo facilita a peregrinação da gestante por mais de uma unidade durante o pré-natal, o que diminui a longitudinalidade do cuidado, como observado em pesquisa qualitativa realizada no município (VIANNA *et al*, 2017).

Nas Regiões Leste e Norte, as gestantes percorrem maiores distâncias para chegar às UBS. A dinâmica região Leste, em franca expansão, recebe novos conjuntos habitacionais sem equipamentos públicos (ALVARENGA *et al,* 2018) e demanda maior atenção das políticas de saúde. As políticas habitacionais privilegiam justamente a população mais vulnerável à SC: famílias monoparentais comandadas por mulheres de baixa renda. A região Norte, com alta densidade de casos esparsos no território, extrema vulnerabilidade social e escassez de equipamentos públicos, detém considerável parte dos loteamentos irregulares do município e áreas de risco ambiental (IPPLAN, 2017b). Esses fatores, aliados à acidentada topografia do terreno, contribuem para o acesso dificultado às UBS, reiterando a maior vulnerabilidade da área rural em comparação à urbana.

Figura 3 Mapeamento de casos de sífilis congênita notificados, por UBS. Município de São José dos Campos, 2015 e 2016



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar correlação entre as áreas de maior densidade de notificação de SC e áreas de maior vulnerabilidade social, medida pelo IPVS. O estudo georeferenciado dos casos notificados de sífilis congênita nas escalas zona e bairro, interpretadas com o apoio da análise documental, mostra maior concentração espacial de casos nas áreas mais vulneráveis, seja pela característica histórica de desenvolvimento urbano, que gerou zonas de segregação socioespacial (Sul 1) e áreas de transição rural com incompleto provimento de infraestrutura (Norte 2), seja pelas atuais tendências de desenvolvimento urbano, com vetores de crescimento orientados por políticas habitacionais (Leste 1).

Em relação à atuação da UBS como fator de proteção para a infecção congênita, foram encontradas diferentes interpretações entre as regiões. Na região Sul 1, além da menor taxa de unidades por habitante, as UBS não estão organizadas como ESF e a proximidade física das unidades, sem a estratégia, pode contribuir para a não construção de vínculo ou efetivação da

longituinalidade do cuidado. Nas zonas Leste 1 e Norte 2, a escassez de equipamentos e maior distância aos mesmos pode reduzir a acessibilidade e se constituir como fator que contribui para a ocorrência de casos. Ressalte-se que as caraterísticas de vulnerabilidade são diferentes nas duas áreas. A primeira é área de expansão periférica, orientada por políticas habitacionais e a segunda apresenta os piores indicadores sociais do município, com estagnação econômica e demográfica e alta concentração de loteamentos irregulares.

A pesquisa reitera a importância de considerar os territórios de vida na análise de situações de saúde e planejamento de ações. A ocorrência da sífilis congênita pode ser analisada como um marcador da vulnerabilidade socioespacial, abordagem que modifica o olhar para o enfrentamento dessas condições para além do acesso ao serviço de saúde e da ação mecânica de implantação de protocolos, orientação reiteradamente ressaltada nas pesquisas relativas à prevenção da infecção pelo vírus HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (EDMUNDO *et al*, 2007, AYRES *et al*, 2003, VLAHOV, 2005).

Os recursos disponíveis para as jovens mães responsáveis pela família, pobres e pouco instruídas, em seus territórios, parecem escassos e de difícil mobilização para a proteção contra essa condição evitável, que envolve o enfrentamento de suas parcerias e a construção de vínculo com os serviços de saúde. Há que se ter, nos serviços de saúde, um olhar atento para os caminhos cotidianos percorridos por essas gestantes, suas redes de sociabilidade e proteção territorial. A injustiça espacia; (BUJALANCE, 2010) conforma territórios de exclusão física e simbólica, e parece demandar das equipes e profissionais de saúde algo além da mecânica replicação das orientações técnicas protocolares.

A reemergência da SC, nesse município, se relaciona à dinâmica social urbano-rural, que inclui as contradições de suas áreas simultaneamente contíguas e segregadas. Ampliar o olhar sobre a incidência da sífilis congênita, complementando as análises dos tradicionais fatores de risco com análises de vulnerabilidade socioespacial, revela outros mecanismos engendrados em sua reemergência e, consequentemente, novas formas de lidar com esse agravo,

que devem transitar entre campos de conhecimento e tratar das políticas públicas em sua interdisciplinaridade.

Referências Bibliográficas

Alvarenga, D.N., Reschilian, PR, Guerra, R. (2018). Local de moradia e vulnerabilidade social na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte e em São José dos Campos — SP. **Oculum Ens.** 2018; 15(1): 149–169. [acessado em 25 jul 18] Disponível em: http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/oculum/article/view/3928

Araújo, CL et al. (2012) Incidência da sífilis congênita e sua relação com a Estratégia da Saúde da Família**. Rev. Saude Publica**; 46(3): 479-86.

Ayres, JRCM et al (2003). O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novos desafios e perspectivas. In: Czeresnia, D; Machado Freitas, C (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz,. p. 116-138

Barbosa, RS; Giffin, K (2007). Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface**; 11 (23): 549-567. [acessado em 03 jul 18] Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300011

Binstock, G; Gogna, M (2015). La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas. **Sex., Salud** *Soc.*; 20:113-140 [acessado em 03 jul 18] Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487

Brasil, DATASUS, s/d**. Indicadores de Saúde.** [online]. [acessado 04 jan 16] Disponivel em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsp.def>

Brasil, Ministério da Saúde (2006). **Abordagens Espaciais na Saúde Pública.** Vol 1. Brasília, DF.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (2015a). **Boletim Epidemiológico de Sifílis.** Brasília, DF,

Brasil, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC (2015b). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF.

Bujalance SG (2010) El território como base de una violencia espacial. **Thémata Revista de Filosofia;** 48: 37-48

Domingues, RMSM et al (2013). Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**; 47(1): 147-57

Domingues, RMSM et al. (2015) Sífilis congênita no Estado de São Paulo: o desafio continua. **Boletim Epidemiológico Paulista** *(BEPA)*; 12(142): 27-37.

Edmundo, K et al. (2007) Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41 (2), supl. 2: 127-

134, [acessado em 05 mai 16] Disponivel em http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900019

Garcia, S; de Souza, FM. (2010) Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração **Saude soc**.; 19(2) [acessado em 25 set 16] Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003

Instituto de Pesquisa, Administração e Planejamento (IPPLAN) (2017a) **Leitura técnica do Município para revisão do Plano Diretor**. Diagnóstico Síntese.p: 1–51. [acessado em 20 dez 17] Disponível em http://planodiretor.sjc.sp.gov.br/estudo-tecnico/14

Instituto de Pesquisa, Administração e Planejamento (IPPLAN) (2007b) **Leitura técnica do Município para revisão do Plano Diretor.** Caderno 7. Regiões urbanas.: 131–188. [acessado em 20 dez 17] Disponível em http://planodiretor.sjc.sp.gov.br/estudo-tecnico/14

Lima MG et al. (2013) Incidência e fatores de risco para a sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Cien Saude Colet**; 18(2): 499-506, [acessado em 04 dez 15] Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200021&script=sci_abstract&tlng=pt >

Magalhães, DMS et al (2013). Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad Saude Publica;** 29 (6): 1109-1120

Maricato E. (2003) Metrópole, Legislação e Desigualdade. **Estudos Avançados**; 17: 151-166

Miranda, AE et al. (2012) Fatores de risco para sífilis, em mulheres jovens, atendidas pelo programa de saúde da família em Vitória (ES), Brasil. **An Bras Dermatol**.; 87 (1), p. 76-83

Paim, J et al. (2011). The Brazilian Health System: History, Advances, and Challenges. **Lancet Series,** 377 pp. [acessado 03 mar 12] Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655

Penna, NA; Ferreira, IB. (2014) Desigualdades socioespaciais e áreas de vulnerabilidades nas cidades. **Mercator**: 13 (3): 25-36 [acessado em 04 mar 18] Disponível em: http://www.ceam.unb.br/oj/arquivos/artigo_nogales.pdf

Pinto, VM. (2016) Panorama da sífilis na gestante e sífilis congênita no estado de São Paulo. **Semana Paulista de Mobilização contra a Sífilis**, Sífilis Congênita: “Um problema de todos nós”. [acessado em 30 ago 16] Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/publicacoes/arquivos-de-eventos/semana-de-mobilizacao-contra-a-sifilis-2016/apresentações

São José dos Campos, Prefeitura Municipal (PMSJC). (2012) Secretaria de Planejamento Urbano. Departamento de Planejamento Urbano. Divisão de Pesquisa. **São José em dados**.[CD ROM] São José dos Campos.

São José dos Campos, Prefeitura Municipal (PMSJC). Secretaria Municipal de Saúde (2013). **Plano Plurianual de saúde**, 2014-2017. São José dos Campos, SP.

São José dos Campos, Prefeitura Municipal (PMSJC). Secretaria de Saúde. Departamento de Gestão da Informação. (2017) **Prestação de contas quadrimestral,**

Ano 2016. Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde. São José dos Campos, SP.

São Paulo, Fundação Seade. (2010). **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social 2010**. [acessado em 16 dez 13] Disponível em <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/metodologia.pdf>

Silva GE. (1978) Modelo analítico para identificação de áreas urbanas prioritárias para ações de saúde [**Dissertação de Mestrado**]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Tayra, A, Matida, LH, Saraceni, V, Paz, LC, Ramos Júnior, AN. (2007) Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm**: 19: 111–119. [acessado em 04 fev 16] Disponível em http://www.uff.br/dst/revista19-3-2007/1.pdf

Vianna, PVC; Helbusto, NB; Barbosa, RJ; Santos, MHS (2017). Sífilis Congênita, um evento sentinela: Narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**; 23(42): 35-50

Vlahov, D, Galea, S, Gibble, E, & Freudenberg, N. (2005) Perspectives on urban conditions and population health **Cad Saude Pública***; 21*(3): 949–957.

Sobre os Autores

Andrea Paula Peneluppi de Medeiros

Possui Pós-Doutorado (2014) em Gestão Ambiental e Sustentabilidade pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP e Doutorado (2008) em Ciências (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo, USP. Atualmente é professor assistente III da Universidade de Taubaté: na graduação na disciplina de Saúde Coletiva e no Curso de Pós-Graduação em Ciências Ambientais. Coordenadora da Residência de Medicina de Família e Comunidade e vice-coordenadora da Residência Médica da Universidade de Taubaté. Tem experiência na área da Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância em Saúde.

Natália Barboza Helbusto

Possui graduação em Biomedicina pela Universidade do Vale do Paraíba (2015). Mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade do Vale do Paraíba (2018). Atuando principalmente nos seguintes temas: rede de saúde, assistência pré-natal, atenção primaria em saúde. Possui interesse em políticas de saúde e epidemiologia.

Paula Vilhena Carnevale Vianna

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1991), mestrado em Infectologia pela Universidade Federal de São Paulo (1997) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2004). Docente de Saúde Coletiva e Disciplinas de Integração Curricular e pesquisadora do Programa de Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (Univap). Interesse especial na área de história das políticas de saúde e sua relação com o processo de urbanização,

bem como pela interface saúde/espaço, área de atuação nas atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Paulo Roxo Barja

Paulo Roxo Barja é físico (UNICAMP) e músico (Lavignac); fez pós-doutorado na ESALq/USP (2000/2001), é doutor em Ciências pela UNICAMP (2000) e mestre em Física (UNICAMP, 1996). Desde fev/2002 é Professor da UNIVAP, onde coordena o Laboratório de Estatística Aplicada no Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento. Participou de mais de 100 eventos científicos no Brasil, Europa, EUA, Egito e América Latina. Orientou cerca de 30 dissertações de mestrado nas áreas de Engenharia Biomédica e Bioengenharia, além de diversos trabalhos de conclusão de curso nas áreas de Engenharia Biomédica, Educação e Comunicação. Até o momento, publicou cerca de 250 trabalhos em anais de evento, 55 artigos em periódicos acadêmicos e 5 capítulos de livro. Desde 2002, é avaliador do Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e Pós-Graduação anualmente promovido pela UNIVAP. De 2009 a 2012, coordenou o Programa de Mestrado Profissional em Bioengenharia da UNIVAP. Possui 11 livros publicados, além de mais de 80 folhetos de cordel (Cordéis Joseenses) sobre temas variados (meio ambiente, história, política e saúde, entre outros). Tem organizado produções literárias coletivas (principalmente cordéis) a partir de oficinas que ministra em colégios, universidades e outros espaços. Suas principais linhas de pesquisa estão relacionadas a Estatística Aplicada, Bioengenharia e Comunicação. Em seu currículo Lattes, as palavras-chave mais frequentes são: Literatura, Fotoacústica, Comunicação e Música.

A DIFUSÃO DE SABERES SOBRE PLANTAS MEDICINAIS

The dissemination of knowledge about medicinal plants

BRAGA, Nayara Soares de Mendonça
Centro Universitário CESMAC, Maceió-AL

FRANCO, Simone Paes Bastos
Centro Universitário CESMAC, Maceió-AL

FREIRE, Cynthia de Jesus
Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL

SANTOS, Aldenir Feitosa
Centro Universitário CESMAC, Maceió-AL

Resumo: Projeto intervencionista que objetivou a difusão de conhecimentos acerca do uso racional de plantas medicinais, minimizando potenciais riscos e efeitos colaterais decorrentes de sua utilização inadequada, junto aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Maceió/AL e aos raizeiros/ comerciantes locais indicados como prescritores tradicionais desses produtos. Foi ministrada uma palestra educativa e confeccionado e distribuído material técnico-científico contendo esclarecimentos sobre o tema. Foi possível aprofundar a compreensão sobre o uso popular e local das plantas medicinais, resgatando e valorizando esse saber, incorporando e divulgando na comunidade aspectos científicos que embasam seu uso como terapêutica eficaz no combate a doenças.

Palavras-chaves: Difusão de saberes. Uso racional. Plantas Medicinais.

ABSTRACT: Intervention project objected at disseminating knowledge about the rational use of medicinal plants, minimizing potential risks and side effects due to their inadequate use, with users of a Basic Health Unit in the city of Maceió/AL and the indicated local root sellers/traders as traditional prescribers of these products. An educational and made-up lecture was given and technical-scientific material containing explanations on the subject was distributed. It was possible to deepen the understanding about the popular and local use of medicinal plants, recovering and valuing this knowledge, incorporating and disseminating in the community scientific aspects that support its use as effective therapeutics in the fight against diseases.

Keywords: Diffusion of knowledge. Rational use. Medicinal plants.

INTRODUÇÃO

O uso de plantas como fonte de medicamentos pelo homem é tão antigo quanto à história da humanidade e a origem desse conhecimento

confunde-se com sua própria existência. Surgiu à medida que o ser humano buscava suprir suas necessidades básicas através do conhecimento empírico: de casualidades, observações e tentativas (ALMEIDA, 2003), sendo muito difícil encontrar alguma antiga civilização que não tenha recorrido ao poder de cura das plantas para aplacar seus males (PEIXOTO NETO; CAETANO, 2005).

A utilização de plantas medicinais se faz presente em todo o mundo, seja na forma de compostos purificados, no extrato bruto ou in natura, mas em países em desenvolvimento, é na forma tradicional de chás, compressas e emplastos que se tem seu maior uso, e adquire grande importância para muitas populações pobres cujo uso constitui, às vezes, a única opção para a cura de suas doenças (PEIXOTO NETO; CAETANO, 2005).

No Brasil, em 2006, atendendo às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi aprovada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando, entre outras, diretrizes e responsabilidades institucionais para implantação/adequação de ações e serviços que envolvam essa prática na rede pública de saúde. Conforme o MS, as plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais recursos terapêuticos e vêm, há muito, sendo utilizados pela população brasileira nos seus cuidados com a saúde, com a maioria das experiências ocorrendo na Atenção Primária à Saúde (NEWALL; ANDERSON; PHILLIPSON, 2002).

Conforme Araújo (1999), no interior do Nordeste brasileiro, onde os meios de orientação médica são escassos, os conceitos de medicina rústica, desenvolvida por elementos da própria comunidade assimilaram, na tradição oral, os preceitos terapêuticos e preventivos para a saúde da coletividade.

Segundo Lima, Nascimento e Silva (2016) é comum observar-se, na região Nordeste do Brasil, o comércio de plantas medicinais em mercados e feiras livres, através dos quais a população tem acesso a diferentes espécies, que são produzidas ou mantidas por grupamentos culturais que convivem com a natureza, explorando suas potencialidades, como os raizeiros e vendedores de ervas medicinais.

A Unidade de Saúde onde se desenvolveu o projeto é referência em atendimento médico às localidades adjacentes pertencentes ao mesmo bairro onde se localiza no município de Maceió/AL, assistindo uma população com

poucos recursos financeiros e distante dos principais hospitais e centros médicos da cidade, oferecendo acesso a serviços públicos de saúde e garantia de cidadania.

A realização de ações intervencionistas que busquem difundir o uso racional das plantas medicinais é de primordial importância, uma vez que previne riscos e efeitos colaterais decorrentes de seu uso inadequado, constituindo-se numa alternativa barata e segura para a cura e atenuação dos males que afetam a comunidade, sendo instrumento de resgate da cultura popular, integrando-a ao conhecimento científico.

OBJETIVOS

O projeto teve como objetivo difundir informações sobre o uso racional de plantas medicinais junto aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde e aos raizeiros/comerciantes locais, apontados como prescritores tradicionais desses produtos.

METODOLOGIA

O presente projeto caracteriza-se como intervencionista, constituindo-se em Projeto de Extensão aprovado no Processo Seletivo 2015/2016 do Núcleo de Projetos de Extensão (NPE) do Centro Universitário Cesmac e sendo parte de uma Pesquisa de Dissertação de Mestrado, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 1.431.492, tendo sido conduzida dentro dos padrões éticos baseado nas diretrizes da Resolução CNS Nº 466/12. Foi realizado no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde e nos pontos de comercialização de plantas medicinais adjacentes, situados no município de Maceió/AL.

O público alvo foi os usuários que frequentavam a referida Unidade de Saúde e os raizeiros/comerciantes que trabalhavam nos locias de comercialização de produtos, apontados em questionários investigativos prévios utilizados na Pesquisa de Dissertação de Mestrado do qual o projeto foi parte.

Foi realizada, na unidade de saúde, uma palestra educativa sobre o uso racional de plantas medicinais e distribuição de material técnico científico confeccionado pela equipe executora do projeto, com esclarecimentos sobre o tema, dirigidos aos usuários da unidade que se encontravam presentes nos dias de realização da mesma, na sala de espera, enquanto aguardavam atendimento ou após o mesmo, tendo sido previamente comunicado à população as datas em que aconteceriam os encontros.

Nos pontos de comercialização das plantas medicinais, as orientações e distribuição de material técnico-científico destinaram-se aos raizeiros /comerciantes locais durante seu horário cotidiano laboral.

Para a confecção de material técnico-científico realizou-se um levantamento bibliográfico, com a busca e sistematização de todas as informações científicas publicadas sobre as plantas medicinais em uso no SUS e suas aplicações práticas, o que incluiu todas as informações químicas e farmacêuticas necessárias para sua execução.

O material bibliográfico norteador foi a Resolução RDC Nº10 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e seu anexo I.

A escolha das plantas medicinais presentes no material técnico-científico foi determinada previamente pela frequência de indicações de seu uso em um levantamento realizado pela Pesquisa de Dissertação na comunidade, através de entrevistas com uso de questionário investigativo dirigido aos usuários da unidade e aos raizeiros/comerciantes, apontados nessa pesquisa, como fornecedores desses produtos.

O questionário continha questões estruturadas e semiestruturadas relativas às variáveis etnofarmacológicas do uso de plantas medicinais, sua posologia, sobre a aquisição de ervas e sobre o interesse do entrevistado na participação em palestras/treinamentos sobre fitoterapia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados obtidos com as entrevistas prévias, foi realizada na unidade de saúde uma palestra educativa e oficinas abordando aspectos práticos sobre o cultivo e manejo de plantas medicinais, com

orientações técnicas simples, tendo como eixos norteadores: a importância das plantas medicinais – poder curativo e limitações; a correta manipulação das plantas medicinais e sua influência no potencial farmacológico; o uso adequado das plantas medicinais, com foco nas indicações, contraindicações e posologia; o perigo real do uso indiscriminado das plantas medicinais; a importância e a manutenção da horta medicinal doméstica e do uso de adubo orgânico, compostagem, entre outros temas.

Ao final da palestra foram distribuídos os materiais técnico-científicos (folders educativos) produzidos contendo esclarecimentos sobre o uso das ervas medicinais (APÊNDICES). Também foi feita a explicação e discussão do conteúdo dos folders de forma individualizada.

Os folders foram produzidos em linguagem simples e acessível, uma vez que se destinava aos usuários do serviço de saúde e seriam distribuídos também junto aos raizeiros/comerciante nos locais de aquisição de plantas medicinais, visando orientar o uso adequado e racional desse recurso terapêutico, constando nestes as seguintes informações: nome da planta, indicação clínica, forma de utilização e cuidados e ou contraindicações ao uso.

Nos folders, as plantas medicinais foram organizadas e agrupadas em 6 categorias: uma contendo orientações em geral sobre as diferentes formas de uso e 5 conforme indicações clínicas. São elas:

- Formas de uso: com a descrição dos diferentes processos de utilização das plantas (decocção, infusão, cataplasma, gargarejo e bochecho, inalação, compressa, tintura, maceração e xarope);
- Antisséptico e cicatrizante: descreve as formas de uso de seis diferentes plantas utilizadas pela cultura popular com efeito promotor de cicatrização e para antissepsia de cortes e ferimentos;
- Dor: traz as formas de utilização de seis plantas com poder analgésico, consagradas por seu uso popular;
- Insônia: com esclarecimentos sobre o uso de seis plantas com poder calmante e indutoras do sono;
- Problemas inflamatórios, gripes e alergias: contendo oito plantas tradicionalmente usadas nos casos de inflamações da pele, boca e gengivas, alergias, tosse, gripes e resfriados;

- Problemas gastrointestinais: com oito plantas utilizadas nos casos de cólica intestinal, azia, flatulência e má digestão.

O material produzido também foi disponibilizado à Secretaria Municipal de Saúde junto ao relatório com o diagnóstico situacional do uso da Fitoterapia na referida Unidade de Saúde.

Avaliação dos resultados obtidos nas atividades realizadas

Foi observado que a totalidade dos participantes já ouviu falar em Medicina Popular ou caseira e conhecem e/ou utilizam como medicamento, para alívio de sintomas ou tratamento de doenças, as seguintes plantas: Aroeira, Erva Doce, Babosa, Abacaxi, Erva Cidreira, Boldo, Capim Santo, Alho e Gengibre. Informaram ainda acreditar que as plantas medicinais curam.

Foi possível observar que os usuários mantêm o hábito de cultivar as plantas medicinais em suas residências, mantendo a transmissão familiar do uso destas espécies vegetais. Corroborando com essa informação diferentes pesquisas exibem que a utilização de plantas medicinais é facilitada pela obtenção das mesmas sendo cultivadas pelos próprios usuários em seus quintais ou jardins, facilitando o consumo imediato onde provavelmente são utilizadas ainda frescas (REZENDE; COCCO, 2002; TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006; ZANK et al., 2015).

Após a realização das atividades junto aos voluntários foram realizadas rodas de conversa, cujos participantes foram os atores envolvidos na pesquisa. As rodas foram desenvolvidas dentro de uma metodologia participativa de horizontalização das relações de poder. Ou seja, dissolveu-se a figura do mestre como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso. Todos puderam se expressar e apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias, sendo possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro. E, através da análise do discurso gerado foi avaliada a compreensão e retenção das informações fornecidas nas palestras e oficinas e o nível de aceitação das atividades desenvolvidas no projeto.

Através da realização de rodas de conversa e oficinas (Figura 1), onde ocorreu a distribuição de material técnico-científico (Apêndices A-F) a comunidade pode expor seu conhecimento sobre fitoterapia, trocar informações com os pesquisadores deste projeto (docentes e discentes) e saber mais sobre

o uso de plantas medicinais, seu real poder curativo, suas contraindicações e sinergismo com fármacos alopáticos, além dos cuidados com o cultivo e vantagens da produção e uso de adubos orgânicos. Através destas ações intervencionistas espera-se incentivar a transmissão de conhecimentos sob o uso racional das plantas medicinais, os cuidados na administração destas, como fazer compostagem e a horta medicinal doméstica.

O estudo das plantas medicinais permite o entendimento das bases racionais para o uso medicinal de algumas espécies vegetais, o desenvolvimento de fitoterápicos a baixo custo e a descoberta de novas drogas. O uso de plantas medicinais na assistência à saúde é favorecido pela aceitação da população, derivada da inserção cultural, pela disponibilidade de recursos naturais no país e por políticas públicas – a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Tais políticas estão voltadas à inserção de plantas medicinais e da fitoterapia no SUS, e a última, voltada também ao desenvolvimento de toda a cadeia produtiva, de modo a garantir qualidade, segurança e eficácia para plantas medicinais e fitoterápicos.

Através do projeto intervencionista, reconheceu-se que as plantas medicinais fortalecem a relação dos profissionais de saúde com os usuários do SUS, principalmente quando a equipe se envolve em atividades educativas de fitoterapia, prática recorrente e consagrada pelo uso popular para o alívio dos males que comprometem a comunidade. No desenvolvimento dessas e outras atividades, a equipe de saúde promove a revitalização e valorização do conhecimento popular/tradicional, contribuindo com a melhoria nos cuidados com a saúde e aumentando a autoestima dos indivíduos e da coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização das atividades do projeto, a comunidade pôde compreender a importância de conhecer a real indicação e contraindicação do uso das plantas medicinais e seus efeitos tóxicos no organismo, o que certamente irá favorecer o uso mais seguro das plantas cultivadas por eles ou adquiridas com raizeiros.

No estudo sobre o uso das plantas a pesquisa científica vem confirmar o conhecimento popular, que se constitui numa tradição repassada de geração para geração, ressaltando a importância do incentivo e manutenção desta prática milenar embasada em dados científicos que corroborem seu uso terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.Z. **Plantas Medicinais.** 2.ed. Salvador: EDUFBA, 2003. 150 p.

ARAÚJO, I. **A medicina popular**. 3. ed. Natal: EDUFRN, 1999. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos.** Brasília, DF, 2006.148 p.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº10, de 9 de março de 2010**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0010_09_03_2010.html>. Acesso em: 06 outubro 2018.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo I da Resolução RDC nº10, de 9 de março de 2010**. Disponível em: <http://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=108570>. Acesso em: 06 outubro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012. 156 p.

LIMA, I.E.O.; NASCIMENTO, L.A.M.; SILVA, M.S. Comercialização de plantas medicinais no município de Arapiraca-AL. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**. Campinas, SP, v.18, n.2. p. 462-472, 2016.

NEWALL, C.A.; ANDERSON, L,A.; PHILLIPSON, J.D. Plantas Medicinais: Guia para profissional de saúde. Londres: **Premier**, 2002.

PEIXOTO NETO, P.A.S.; CAETANO, L.C. Plantas Medicinais: do popular ao científico. Maceió, AL: **EDUFAL**, 2005.

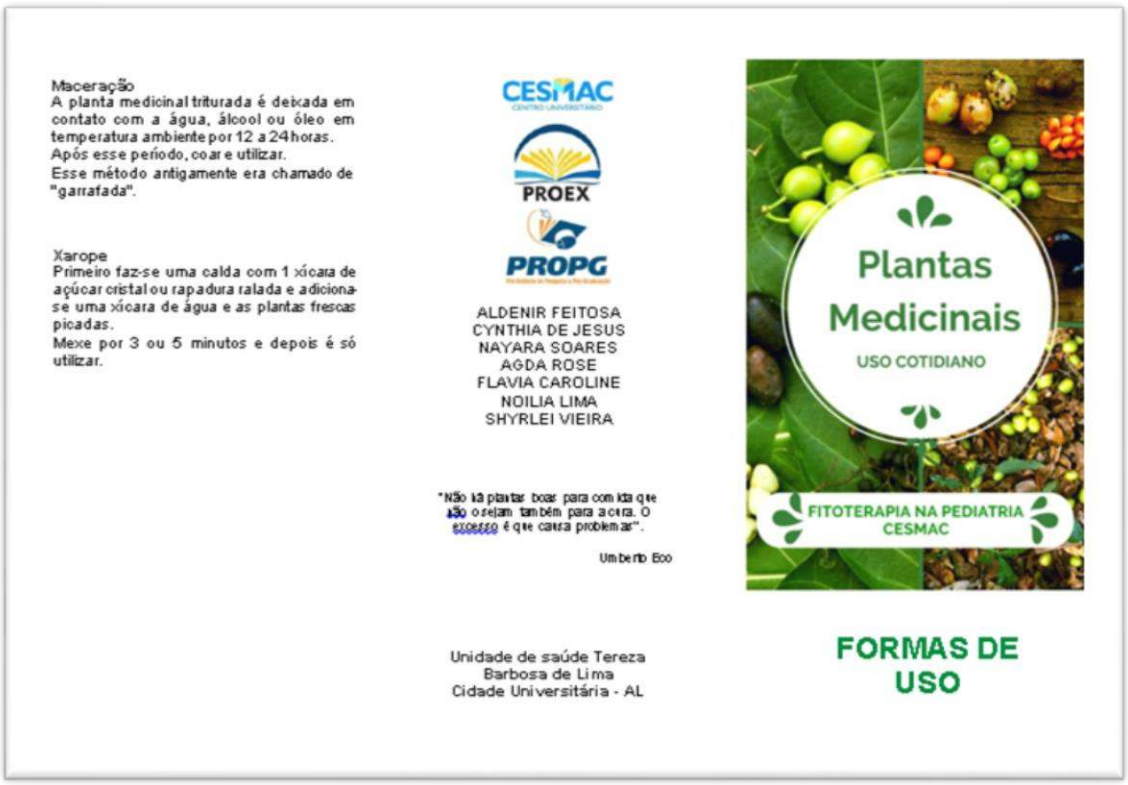
REZENDE, H.A.; COCCO, M. I. M. A utilização da fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.36, n.3, p. 282-288, 2002.

TOMAZZONI, M.I.; NEGRELLE; R.R.B.; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v.15, n.1, p.115-121, 2006.

ZANK, S; PERONI, N; ARAÚJO, E.L.; HANAZAKI, N. Local health practices and knowledge of medicinal plants in a Brazilian semi-arid region: environmental benefits to human health. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**. Londres, p.1-13, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMAS DE USO DAS PLANTAS MEDICINAIS



Maceração
A planta medicinal triturada é deixada em contato com a água, álcool ou óleo em temperatura ambiente por 12 a 24 horas.
Após esse período, coar e utilizar.
Esse método antigamente era chamado de "garrafada".

Xarope
Primeiro faz-se uma calda com 1 xícara de açúcar cristal ou rapadura ralada e adiciona-se uma xícara de água e as plantas frescas picadas.
Mexe por 3 ou 5 minutos e depois é só utilizar.

CESMAC
PROEX
PROPG

ALDENIR FEITOSA
CYNTHIA DE JESUS
NAYARA SOARES
AGDA ROSE
FLAVIA CAROLINE
NOILIA LIMA
SHYRLEI VIEIRA

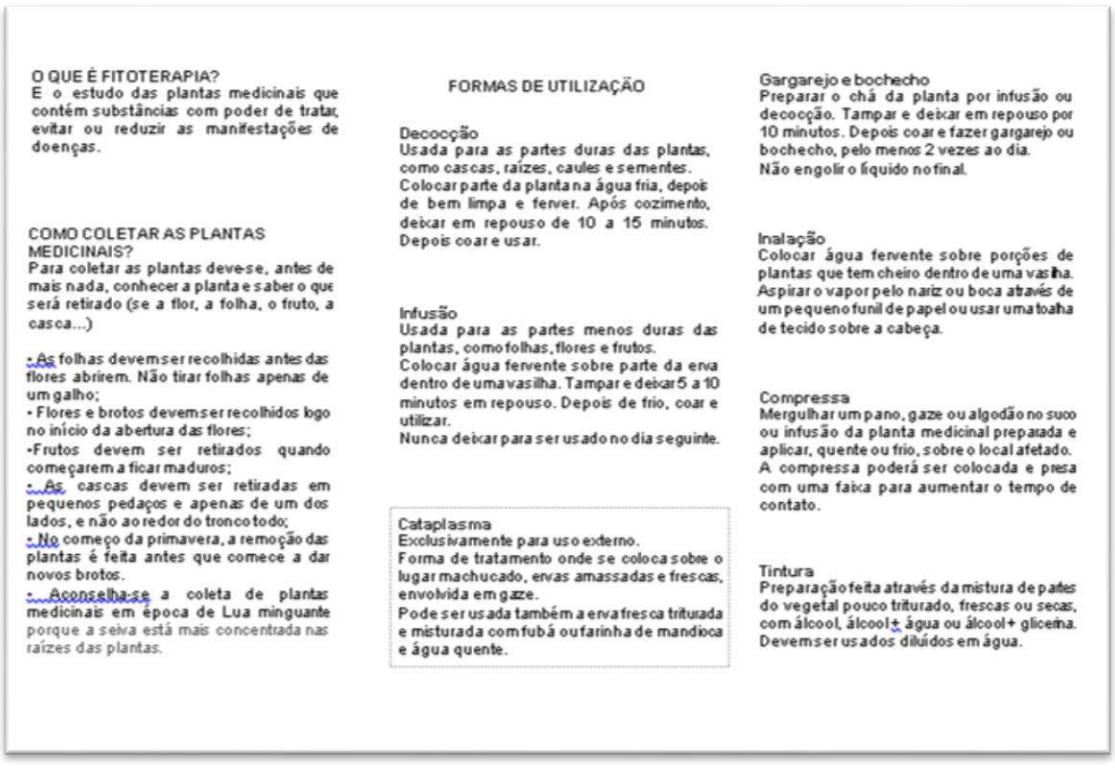
"Não há plantas boas para comida que não o sejam também para a cura. O excesso é que causa problemas".

Umberto Eco

Unidade de saúde Tereza
Barbosa de Lima
Cidade Universitária - AL

Plantas Medicinais
USO COTIDIANO
FITOTERAPIA NA PEDIATRIA
CESMAC

FORMAS DE USO



O QUE É FITOTERAPIA?
É o estudo das plantas medicinais que contém substâncias com poder de tratar, evitar ou reduzir as manifestações de doenças.

COMO COLETAR AS PLANTAS MEDICINAIS?
Para coletar as plantas deve-se, antes de mais nada, conhecer a planta e saber o que será retirado (se a flor, a folha, o fruto, a casca...)

- As folhas devem ser recolhidas antes das flores abrirem. Não tirar folhas apenas de um galho;
- Flores e brotos devem ser recolhidos logo no início da abertura das flores;
- Frutos devem ser retirados quando começarem a ficar maduros;
- As cascas devem ser retiradas em pequenos pedaços e apenas de um dos lados, e não ao redor do tronco todo;
- No começo da primavera, a remoção das plantas é feita antes que comece a dar novos brotos.
- Aconselha-se a coleta de plantas medicinais em época de Lua minguante porque a seiva está mais concentrada nas raízes das plantas.

FORMAS DE UTILIZAÇÃO

Decocção
Usada para as partes duras das plantas, como cascas, raízes, caules e sementes.
Colocar parte da planta na água fria, depois de bem limpa e ferver. Após cozimento, deixar em repouso de 10 a 15 minutos.
Depois coar e usar.

Infusão
Usada para as partes menos duras das plantas, como folhas, flores e frutos.
Colocar água fervente sobre parte da erva dentro de uma vasilha. Tampar e deixar 5 a 10 minutos em repouso. Depois de frio, coar e utilizar.
Nunca deixar para ser usado no dia seguinte.

Cataplasma
Exclusivamente para uso externo.
Forma de tratamento onde se coloca sobre o lugar machucado, ervas amassadas e frescas, envolvida em gaze.
Pode ser usada também a erva fresca triturada e misturada com fubá ou farinha de mandioca e água quente.

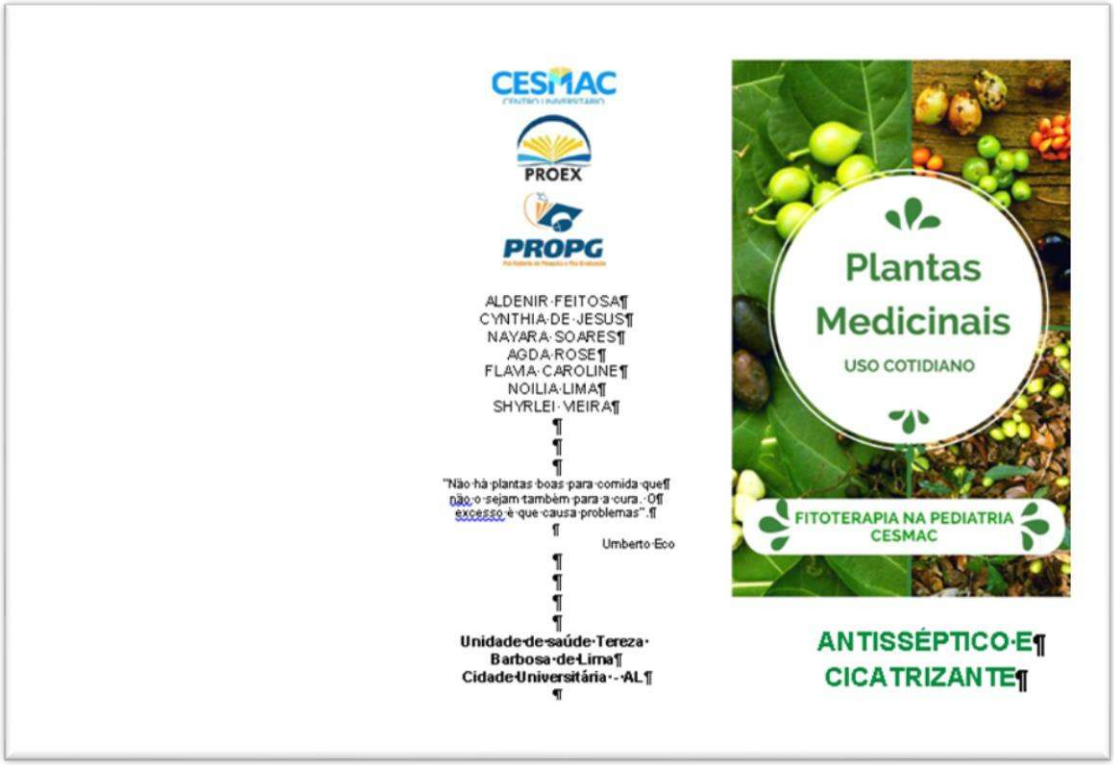
Gargarejo e bochecho
Preparar o chá da planta por infusão ou decocção. Tampar e deixar em repouso por 10 minutos. Depois coar e fazer gargarejo ou bochecho, pelo menos 2 vezes ao dia.
Não engolir o líquido no final.

Inalação
Colocar água fervente sobre porções de plantas que tem cheiro dentro de uma vasilha. Aspirar o vapor pelo nariz ou boca através de um pequeno funil de papel ou usar uma toalha de tecido sobre a cabeça.

Compressa
Mergulhar um pano, gaze ou algodão no suco ou infusão da planta medicinal preparada e aplicar, quente ou frio, sobre o local afetado.
A compressa poderá ser colocada e presa com uma faixa para aumentar o tempo de contato.

Tintura
Preparação feita através da mistura de partes do vegetal pouco triturado, frescas ou secas, com álcool, álcool + água ou álcool + glicerina.
Devem ser usados diluídos em água.

APÊNDICE B - ANTISSÉPTICO E CICATRIZANTE



CESMAC

PROEX

PROPG

ALDENIR·FEITOSA¶
CYNTHIA·DE·JESUS¶
NAYARA·SOARES¶
AGDA·ROSE¶
FLAVIA·CAROLINE¶
NOILIA·LIMA¶
SHYRLEI·VIEIRA¶

¶
¶
¶

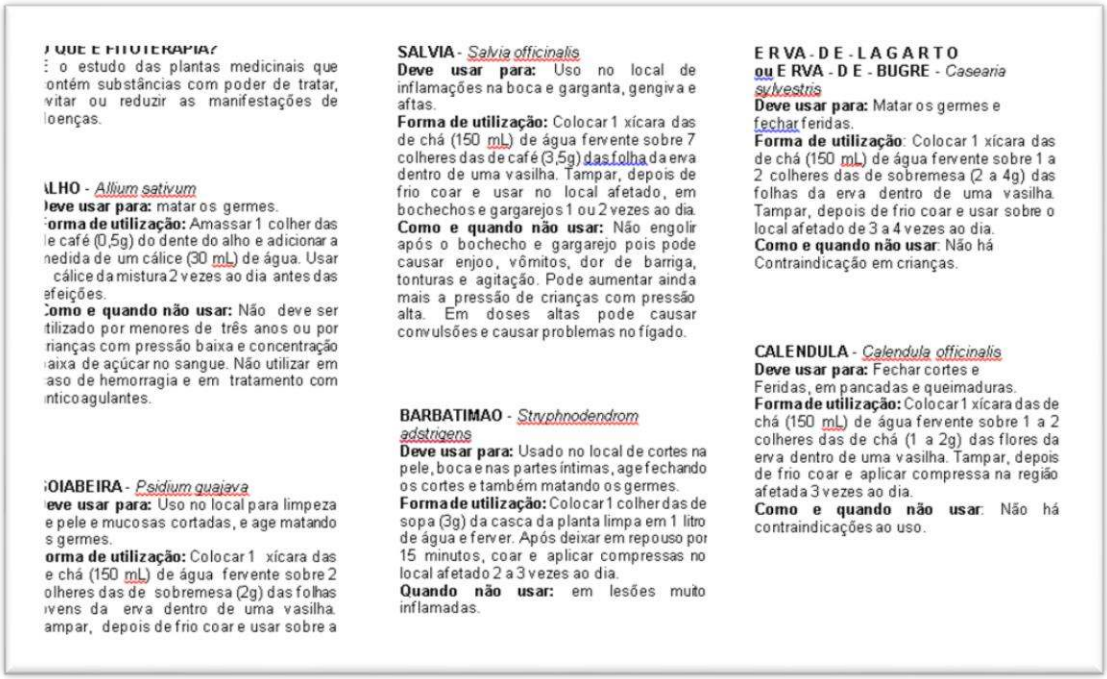
"Não·há·plantas·boas·para·comida·que¶
não·o·sejam·também·para·a·cura.·O¶
excesso·é·que·causa·problemas".¶
¶
Umberto·Eco

¶
¶
¶
¶

Unidade·de·saúde·Tereza·
Barbosa·de·Lima¶
Cidade·Universitária·-·AL¶

¶

ANTISSÉPTICO·E¶
CICATRIZANTE¶



) QUE É FITOTERAPIA?
É o estudo das plantas medicinais que contém substâncias com poder de tratar, evitar ou reduzir as manifestações de doenças.

ALHO - *Allium sativum*
Deve usar para: matar os germes.
Forma de utilização: Amassar 1 colher das de café (0,5g) do dente do alho e adicionar a medida de um cálice (30 mL) de água. Usar cálice da mistura 2 vezes ao dia antes das refeições.
Como e quando não usar: Não deve ser utilizado por menores de três anos ou por crianças com pressão baixa e concentração baixa de açúcar no sangue. Não utilizar em caso de hemorragia e em tratamento com anticoagulantes.

GOIABEIRA - *Psidium guajava*
Deve usar para: Uso no local para limpeza de pele e mucosas cortadas, e age matando os germes.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 2 colheres das de sobremesa (2g) das folhas novens da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar sobre a

SALVIA - *Salvia officinalis*
Deve usar para: Uso no local de inflamações na boca e garganta, gengiva e aftas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 7 colheres das de café (3,5g) das folha da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar no local afetado, em bochechos e gargarejos 1 ou 2 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não engolir após o bochecho e gargarejo pois pode causar enjoo, vômitos, dor de barriga, tonturas e agitação. Pode aumentar ainda mais a pressão de crianças com pressão alta. Em doses altas pode causar convulsões e causar problemas no fígado.

BARBATIMAO - *Stryphnodendrom adstrigens*
Deve usar para: Usado no local de cortes na pele, boca e nas partes íntimas, age fechando os cortes e também matando os germes.
Forma de utilização: Colocar 1 colher das de sopa (3g) da casca da planta limpa em 1 litro de água e ferver. Após deixar em repouso por 15 minutos, coar e aplicar compressas no local afetado 2 a 3 vezes ao dia.
Quando não usar: em lesões muito inflamadas.

ERVA-DE-LAGARTO
ou ERVA-DE-BUGRE - *Casearia sylvestris*
Deve usar para: Matar os germes e fechar feridas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 1 a 2 colheres das de sobremesa (2 a 4g) das folhas da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar sobre o local afetado de 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há Contraindicação em crianças.

CALENDULA - *Calendula officinalis*
Deve usar para: Fechar cortes e Feridas, em pancadas e queimaduras.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 1 a 2 colheres das de chá (1 a 2g) das flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e aplicar compressa na região afetada 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há contraindicações ao uso.

APÊNDICE C – DOR

ALDENIR FEITOSA
CYNTHIA DE JESUS
NAYARA SOARES
AGDA ROSE
FLAVIA CAROLINE
NOILIA LIMA
SHYRLEI VIEIRA

"Não há plantas boas para comida que não o sejam também para a cura. O excesso é que causa problemas".

Umberto Eco



Unidade de saúde Tereza Barbosa de Lima
Cidade Universitária - AL

DOR

O QUE E FITOTERAPIA?
E o estudo das plantas medicinais que contém substâncias com poder de tratar, evitar ou reduzir as manifestações de doenças.

ARNICA - *Arnica montana*
Deve usar para: Usado em traumas, pancadas, torções, inchaços devido a fraturas e torções, além de manchas roxas por pancadas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 colher das de sopa (3g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, deixar estriar, coar e usar. Aplicar compressa na área a ser tratada de 2 a 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não deve beber esse líquido, pois pode causar inflamações no estômago e intestino e problemas no coração, falta de ar e morte. Não usar em feridas abertas e nem por períodos maiores que 7 dias, pois pode ocorrer irritação e inflamação.

CAPIM SANTO - *Cymbopogon citratus*
Deve usar para: Cólicas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 3 colheres das de chá (1 a 3g) de folhas da erva dentro de uma vasilha. Tampar, deixar estriar, coar e usar 1 xícara de chá de 2 a 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Pode aumentar o efeito de medicamentos calmantes.

CAMOMILA - *Matricaria recutita*
Deve usar para: Cólicas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 colher das de sopa (3g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, deixar estriar e coar. Usar 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Pode ocorrer reações alérgicas ocasionais. Em caso de uso exagerado, pode ocorrer o aparecimento de náuseas, excitação nervosa e insônia.

HORTELA-PIMENTA - *Mentha x piperita*
Deve usar para: Cólicas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 3 colheres das de café (1,5g) de folhas ou flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, deixar estriar e coar. Usar 1 xícara de chá de 2 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não deve ser utilizado em casos de problemas graves no fígado. Na presença de cálculos na vesícula, consultar profissional de saúde antes de usar.

GENGIBRE - *Zingiber officinale*
Deve usar para: Tratamento de dor na "boca" do estômago.
Forma de utilização: Cozinhar 1 a 2 colheres das de café (0,5 a 1 g) da raiz da planta em 1 xícara das de chá de água (150mL), esperar 5 minutos após o preparo e beber 1 xícara de chá 2 a 4 vezes por dia.
Como e quando não usar: Não deve ser usada em crianças com cálculos na vesícula, que estejam usando medicamentos anticoagulantes ou que tenham problemas de sangramento, gastrite e hipertensão. Evitar o uso em menores de seis anos.

CALENDULA - *Calendula officinalis*
Deve usar para: No local em que houve pancadas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 2 colheres das de chá (1 a 2g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, deixar estriar, coar e aplicar compressa na região afetada 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há Contraindicações ao uso.

APÊNDICE D – INSÔNIA

ALDENIR FEITOSA
CYNTHIA DE JESUS
NAYARA SOARES
AGDA ROSE
FLAVIA CAROLINE
NOILIA LIMA
SHYRLEI VIEIRA

"Não há plantas boas para comida que não o sejam também para a cura. O excesso é que causa problemas".

Umberto Eco

Unidade de saúde Tereza Barbosa de Lima
Cidade Universitária - AL



INSÔNIA

O QUE E FITOTERAPIA?
É o estudo das plantas medicinais que contém substâncias com poder de tratar, evitar ou reduzir as manifestações de doenças.

CAMOMILA - *Matricaria recutita*
Deve usar para: Ansiedade e como calmante.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 colher das de sopa (3g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e usar 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia.
Cuidados com o mau uso: Pode ocorrer reações alérgicas. Se tomar muito pode ocorrer o aparecimento de enjoos, agitação nervosa e insônia.

MARACUJA - *Passiflora sp*
Deve usar para: Ansiedade, insônia e como calmante.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 colher das de sopa (3g) de folhas da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar 1 xícara de chá de 1 a 2 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não deve ser usado junto com remédios calmantes. Nunca utilizar por muito tempo.

CAPIM SANTO - *Cymbopogon citratus*
Deve usar para: Ansiedade, insônia e como calmante.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 3 colheres das de chá (1 a 3g) das folhas da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar 1 xícara de chá de 2 a 3 vezes ao dia.
Cuidados com o uso: Pode aumentar o efeito de remédios calmantes.

LARANJA-AMARGA – *Citrus aurantium*
Deve usar para: Ansiedade e insônia leves e como calmante.
Forma de utilização: Amassar 1 a 2 colheres das de chá (1 a 2g) das flores da planta e adicionar 1 xícara das de chá (150mL) de água. Usar 1 a 2 xícaras de chá, antes de dormir.
Cuidados com o uso: Não deve ser utilizado por crianças com problemas de coração.

ERVA CIDREIRA - *Lippia alba*
Deve usar para: Ansiedade e insônia leves e como calmante.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 3 colheres das de chá (1 a 3g) das partes aéreas (caule, folha, flor e fruto) da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Uso cuidadoso em crianças com pressão baixa, pois pode baixar mais a pressão.

MARCELA - *Achyrocline satureioides*
Deve usar para: insônia leve.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre meia colher das de sopa (1,5g) das flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio coar e usar 1 xícara de chá 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há Contraindicações ao uso.

APÊNDICE E– PROBLEMAS INFLAMATÓRIOS, GRIPE E ALERGIAS

SALVIA - *Salvia officinalis*
Deve usar para: Inflamações na boca, garganta e gengivas e tratar aftas.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 7 colheres das de café (3,5g) de folhas da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e aplicar no local afetado, em bochechos e gargarejos 1 ou 2 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não engolir após o bochecho e gargarejo pois pode causar enjoo, vômitos, dor de barriga, tontura e agitação. Pode aumentar a pressão em crianças que já tem pressão alta. Em doses a mais pode causar convulsões e problemas no fígado.

ERVA CIDREIRA - *Lippia alba*
Deve usar para: soltar o catarro.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 3 colheres das de chá (1 a 3g) de partes aéreas da erva (caule, flor, folha ou fruto) dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e usar 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Uso cuidadoso em crianças com pressão baixa, pois pode baixar demais a pressão.

CESMAC
PROEX
PROPG

ALDENIR FEITOSA
CYNTHIA DE JESUS
NAYARA SOARES
AGDA ROSE
FLAVIA CAROLINE
NOILIA LIMA
SHYRLEI VIEIRA

"Não há plantas boas para comida que não o sejam também para a cura. O excesso é que causa problemas".

Umberto Eco

Unidade de saúde Tereza Barbosa de Lima
Cidade Universitária - AL



PROBLEMAS INFLAMATÓRIOS, GRIPES E ALERGIAS

O QUE É FITOTERAPIA?
É o estudo das plantas medicinais que contém substâncias com poder de tratar, evitar ou reduzir as manifestações de doenças.

CALENDULA - *Calendula officinalis*
Deve usar nos: locais com inflamações.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 2 colheres das de chá (1 a 2g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e aplicar compressa na região afetada 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há contraindicações ao uso.

HAMAMELIS - *Hamamelis virginiana*
Deve usar para: Inflamações da pele.
Forma de utilização: Colocar 1 a 2 colheres das de sopa (3 a 6g) de casca da planta limpa em 1 xícara das de chá (150 mL) de água fria e ferver. Após cozimento, deixar em repouso, coar e aplicar em compressas na região afetada 2 a 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não beber esse líquido, pois pode provocar gastrite e vômitos. Nunca usar por mais de 4 semanas.

CHAMBA - *Justicia pectoralis*
Deve usar como: Tosse, para soltar o catarro e para o cansaço respiratório.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 5 colheres das de chá (5g) de partes aéreas da (caule, folha, flor e fruto) erva dentro de uma vasilha.
Tampar, depois de frio, coar e usar 1 xícara de chá de 2 a 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: em pacientes

CAMOMILA - Matricaria recutita
Deve usar nos: locais com inflamações na boca e gengiva.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 2 a 3 colheres das de sopa (6 a 9g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e aplicar de 3 a 4 vezes ao dia, em forma de compressas, bochechos e gargarejos.
Como e quando não usar: Não aplicar na região próxima aos olhos.

MIL FOLHAS - *Achillea millefolium*
Deve usar para: inflamação.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 a 2 colheres das de chá (1 a 2g) de erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e usar 1 xícara de chá 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não deve ser utilizado em crianças com úlceras no estômago.

GUACO - *mikania glomerata*
Deve usar para: Gripes, resfriados, bronquites e para soltar o catarro.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre 1 colher das de sopa (3g) de folhas da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e usar 1 xícara de chá 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: A utilização pode interferir no controle do sangramento. Doses a mais pode provocar vômitos e diarreia.

ALHO - *Allium sativum*
Deve usar para: soltar catarro.
Forma de utilização: Amassar 1 colher das de café (0,5g) do dente da planta e adiciona a medida de um cálice (30mL) de água. Usar 1 cálice 2 vezes ao dia antes das refeições. Como e quando não usar: Não utilizar em menores de três anos ou em criança com pressão baixa e concentração de açúcar baixo no sangue, no caso de sangramentos e em tratamento com medicamentos que evitam trombos.

MARCELA - *Achyrocline satureioides*
Deve usar como: Inflamação.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150mL) de água fervente sobre meia colher das de sopa (1,5g) de flores da erva dentro de uma vasilha. Tampar, depois de frio, coar e usar 1 xícara de chá 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há contraindicações ao uso.

APÊNDICE E– PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS

ALDENIR FEITOSA
CYNTHIA DE JESUS
NAYARA SOARES
AGDA ROSE
FLAVIA CAROLINE
NOILIA LIMA
SHYRLEI VIEIRA

"Não há plantas boas para comida que não o sejam também para a cura. O excesso é que causa problemas".

Umberto Eco



Unidade de saúde Tereza Barbosa de Lima
Cidade Universitária - AL

PROBLEMAS GASTRO-INTESTINAIS

O QUE E FITOTERAPIA?
E o estudo das plantas medicinais que contém substâncias com poder de tratar, evitar ou reduzir as manifestações de doenças.

MIL FOLHAS - *Achillea millefolium*
Deve usar para: azia e cólica intestinais.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara de chá (150 mL) de água fervente sobre 1 a 2 colheres de chá (1 a 2g) de parte a[érea da planta (caule, folha, flor ou fruto). Tampar, depois de frio coar e tomar 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não deve ser utilizado por crianças com úlcera no estômago ou no intestino ou com problemas nas vias biliares.

GENGIBRE - *Zingiber officinale*
Deve usar para: Má digestão e cólicas abdominais.
Forma de utilização: Cozinhar 1 a 2 colheres das de café (0,5 a 1 g) da raiz da planta em 1 xícara de chá (150mL) de água e beber 1 xícara de chá 2 a 4 vezes por dia, 5 minutos após o preparo.
Como e quando não usar: Não deve ser utilizada por crianças com cálculos biliares, que estejam usando medicamentos que evitam trombos, que tenham problemas de sangramento, gastrite ou pressão alta. Evitar o uso em menores de seis anos.

ERVA-DOCE ou ANIS – *Pimpinela anisum*
Deve usar para: Azia e cólicas intestinais.
Forma de utilização: Colocar 3 colheres das de café (1,5g) do fruto da planta em 1 xícara das de chá (150 mL) de água e depois ferver.
Tampar a vasilha e deixar esfriar, coar e tomar 1 xícara de chá 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há contraindicação ao uso.

SALVIA - *Salvia officinalis*
Deve usar para: Azia e má digestão.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 3 a 4 colheres das de café (1,5 a 2g) de flores da planta. Tampar, depois de frio coar e tomar 1 xícara de chá 2 a 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Pode aumentar ainda mais a pressão de crianças que tem pressão alta. Em altas doses pode causar convulsões e problemas no fígado.

MARCELA - *Achyrocline satureioides*
Deve usar para: Azia, má digestão e cólicas intestinais.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre meia colher das de sopa (1,5g) de flores da planta. Tampar, depois de frio coar e tomar 1 xícara de chá 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não há contraindicação ao uso.

CAPIM SANTO - *Cymbopogon citratus*
Deve usar para: Cólicas intestinais.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 1 a 3 colheres das de chá (1 a 3g) de folhas da planta. Tampar, depois de frio coar e tomar 1 xícara de chá 2 a 3 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Pode aumentar o efeito de medicamentos calmantes.

ERVA CIDREIRA - *Lippia alba*
Deve usar para: Azia, gases e cólicas abdominais.
Forma de utilização: Colocar 1 xícara das de chá (150 mL) de água fervente sobre 1 a 3 colheres das de chá (1 a 3g) da parte aérea da planta (caule, folhas, flores ou frutos) da planta. Tampar, depois de frio coar e tomar 1 xícara de chá 3 a 4 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Uso cuidadoso em crianças com pressão baixa.

AÇAFRAO DA TERRA ou CURCUMA - *Curcuma longa*
Deve usar como: Azia.
Forma de utilização: Colocar 3 colheres das de café (1,5g) da raiz da planta em 1 xícara das de chá (150 mL) de água e depois ferver. Tampar a vasilha e deixar esfriar, coar e tomar 1 xícara de chá 1 a 2 vezes ao dia.
Como e quando não usar: Não deve ser utilizado por crianças com problemas na vesícula, com úlcera no estômago ou no intestino. Em caso de pedra na vesícula, utilizar somente sob avaliação médica.

SOBRE OS AUTORES

Nayara Soares de Mendonça Braga

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC, monitora do módulo de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ginecologia e Obstetrícia), Vice-presidente da Liga Acadêmica de Cardiologia da Criança e do Adolescente (LACCA), Diretora de Iniciação Científica da Liga Acadêmica de Terapia Intensiva e Farmacologia Integrada, Tesoureira do Comitê Local de Estágios e Vivências do Centro Universitário CESMAC (CLEV), Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), voluntária do Projeto Coração de Estudante, Membro Associada da Associação Acadêmica de Cardiologia e membro associada da Sociedade Acadêmica Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Simone Paes Bastos Franco

Possui graduação em Farmácia pelo Centro Universitário CESMAC e pesquisadora nas áreas de produtos naturais, análises de sistemas ambientais e alimentos.

Cynthia de Jesus Freire

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas (2007). Atualmente é Professora Assistente na área de Pediatria da Universidade Federal de Alagoas e Pediatra vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Especialista em Pediatria, em Docência do Ensino Superior e em Medicina Chinesa-Acupuntura. Mestra em Pesquisa em Saúde. Tem experiência na área de Pediatria, com ênfase em Pediatria Ambulatorial e Hospitalar.

Aldenir Feitosa Santos

Possui mestrado em Química e Biotecnologia pela Universidade Federal de Alagoas (1997) e doutorado em Química e Biotecnologia pela Universidade Federal de Alagoas (2005). Atualmente é coordenadora stricto sensu da coordenação de pesquisa e pós-graduação do Centro Universitário CESMAC. Também atua como professora e pesquisadora no Curso de Mestrado Profissional de Pesquisa em Saúde e no Curso de Medicina. É professora

titular e pesquisadora do Curso de Licenciatura em Química da Universidade Estadual de Alagoas . Tem experiência na área de fitoterapia e fitoquímica, com ênfase em química de compostos bioativos, atuando principalmente nos seguintes temas: atividade antioxidante, cicatrizante, moluscicida, cercaricida, antiesquistossomótica e hipoglicemiante de espécies vegetais, incluindo também seus resíduos. A pesquisa por compostos naturais bioativos é sua principal área de atuação e dentro desta linha fez o pós-doutorado no Instituto de Química e Biotecnologia da UFAL, Laboratório de Pesquisa em Recursos Naturais - LPqRN, na área de produtos naturais com ação anti-HIV e antioxidante.

DETECÇÃO DE PATÓGENOS EM HORTALIÇAS ENCONTRADOS EM ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS

Detection of Pathogens in Vegetables Found in Public Establishments

SOUZA, Larissa Graziela de
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

SOUZA, Laís Flaviane de
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

AMORIM, Ilza Santos Ribeiro
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

NEUFERT, Maruska
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

Resumo: A busca por uma alimentação mais saudável e equilibrada é cada vez maior. Os consumidores estão preocupados com a saúde e em vista disso, estão mudando seus hábitos alimentares e procurando por uma qualidade de vida melhor, através de uma alimentação mais adequada e nutritiva com produtos de origem vegetal. Entretanto, a incerteza da qualidade é um dos fatores que dificultam o seu consumo pois estes alimentos são fontes de contaminações por microrganismos. Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade e a segurança microbiológica em hortaliças, como alface, couve e espinafre encontradas nos estabelecimentos públicos dos municípios de Itapira e Mogi Mirim através da coleta de amostras de hortaliças de pacotes em estabelecimentos públicos, como supermercados e feiras e os resultados encontrados foram o crescimento de bactérias em quase todas as placas de Petri em que foram realizadas as semeaduras. Desta forma, podemos dizer que realização de análises e avaliações microbiológicas periódicas do Ministério da Agricultura em hortaliças é fundamental em vista que esses alimentos são alvos dos perigos causados pelos microrganismos.

Palavras-chave: Hortaliças, alimentos processados, contaminações.

Abstract: The search for a healthier and more balanced diet is growing. Consumers are concerned about health and, in view of this, are changing their eating habits and looking for a better quality of life, through a more adequate and nutritious diet with products of plant origin. However, quality uncertainty is one of the factors that make it difficult to consume because these foods are sources of contamination by microorganisms. Therefore, the objective of this study was to evaluate the quality and microbiological safety of vegetables such as lettuce, cabbage and spinach found in public establishments in the municipalities of Itapira and Mogi Mirim through the collection of samples of vegetables from packets in public establishments, such as supermarkets and fairs and the results found were the growth of bacteria in almost all Petri dishes in which the sowing was carried out. In this way, we can say that conducting periodic microbiological analyzes and evaluations of the Ministry of Agriculture in vegetables is fundamental in view that these foods are targets of the dangers caused by the microorganisms.

Key-words: Vegetables, processed foods, contamination.

INTRODUÇÃO

A busca frequente por uma alimentação saudável tem crescido nas últimas décadas, o consumidor vem ganhando consciência maior da sua importância e por conta disso, tem dado preferência a frutas e hortaliças em detrimento de produtos industrializados (PINTO, 2007; PEREZ *et al.*, 2008). Principalmente pelo surgimento das doenças degenerativas contrastando com a preocupação para o aumento da expectativa de vida. Diante disso, o consumo de alimentos de origem vegetal torna-se imprescindível para a boa saúde que incluem porções diárias de frutas e hortaliças (COELHO *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2012)

A sociedade tem se preocupado mais com a segurança dos alimentos, principalmente com produtos considerados saudáveis. Segundo a revista Food Ingredients Brasil (2008, p.33) “um conceito importante na garantia de um alimento saudável é dos perigos que podem ser de origem biológica, química e física”. Os de origem biológica são os microrganismos, os principais causadores de contaminações de alimentos.

A preocupação com os riscos causados por microrganismos patogênicos a saúde pública, aumentou significativamente (SANTOS, 2010). Segundo o comitê da Food and Agriculture Organization of the United Nations (WHO/FAO), patologias associadas com a contaminação de alimentos têm sido, provavelmente, o maior problema de saúde pública no mundo.

No Brasil, nos anos de 1996 e de 1998 a 2000, foram registrados 192 surtos de infecção alimentar com 12.188 enfermos e 3 mortes, tendo sido a *Salmonella sp* a responsável pela maioria, com incidência em 76,56% destas ocorrências. As hortaliças de folhas e raízes foram responsáveis por 19 (9,9%) surtos (SIRVETA, 2002). No Canadá, foi estimado que somente 2 a 5% dos casos de doenças transmitidas por alimentos durante os anos de 1983 e 1984 estavam relacionados a frutos e hortaliças (TODD, 1989 *apud* MAIA, 2005).

Doenças de origem alimentar ou toxinfecções alimentares, tem como principal veículo agentes patogênicos vindos de alimentos contaminados (Paiva et al., 2000). Essas enfermidades ocorrem quando uma pessoa consome um alimento contaminado com toxinas indesejáveis ou microrganismos patogênicos e com isso, contrai uma doença. Essas doenças têm como

sintomas mais comuns: dor de estômago, náuseas, vômitos, diarreia e febre. Sabe-se que apenas poucos casos de enfermidades provocadas por alimentos são notificados aos órgãos de controle e inspeção dos alimentos e agências de saúde, pois a maioria dos casos de surtos de infecção alimentar apresentam sintomas moderados o que faz com que a população não busque ajuda médica e esse é um dos principais motivos no qual as autoridades sanitárias não são comunicadas (OLIVEIRA, 2008).

Nos Estados Unidos durante os últimos anos, constatou-se um maior registro de infecções alimentares causadas por produtos hortifrutícolas nacionais e importados. Como iniciativa da grande preocupação dos países com a segurança alimentar de frutas e vegetais minimamente processados, no ano de 1997, foi lançado nos Estados Unidos, o projeto *Produce and Imported Foods Safety Initiative* (Iniciativa para Garantir a Segurança de Produtos Hortifrutícolas Importados e Domésticos) com a intenção de reduzir os perigos relacionados aos microrganismos patógenos destes alimentos. A partir deste projeto foi publicado um manual “Guia para Minimização de Riscos Microbianos em Produtos Hortifrutícolas Frescos” em que auxilia o setor hortícola nas boas práticas agrícolas, minimizando a contaminação por microrganismos (FDA, 1998). Tradicionalmente, os produtos frescos não eram alvos de preocupação dos órgãos de vigilância, uma vez que eles eram cortados e logo consumidos. Porém, com o surgimento dos produtos minimamente processados, a preocupação tornou-se acentuada, em razão de que os alimentos com essa procedência sofrem ações manuais como corte, lavagem e embalagem, contribuindo para a contaminação bacteriana. (BARBARI, PASCHOALINO, SILVEIRA, 2001).

Sabe-se que a oferta desses alimentos envolve atividades como seleção, classificação da matéria-prima, pré-lavagem, corte, fatiamento, sanitização, enxague, centrifugação e embalagem, visando à obtenção de produtos frescos e saudáveis, que na maioria das vezes, não precisam ser lavados ou preparados para consumo próprio (MORETTI, 2007).

Deste modo eles surgiram como uma opção atrativa para o consumidor que não dispõe de tempo para realizar a sua refeição ou mesmo para quem não gosta de preparar, ou seja, refletindo na busca da sociedade por novos produtos que atendem a suas necessidades, tanto na qualidade como na

praticidade (PEREZ et al., 2008; PINTO, 2007). No entanto, ao sofrer um processo mínimo, esses produtos podem estar viáveis a vários problemas que afetam a sua qualidade, principalmente pelo processo de corte na qual o vegetal fica com grandes áreas visíveis, liberando líquidos celulares e vasculares e consequentemente, possibilitando um aumento na proliferação bacteriana e deterioração do vegetal (SILVA, 2006). Dessa forma, a produção, a distribuição, a qualidade e a segurança de tais frutos e hortaliças são limitadas pelos conhecimentos que se têm acerca desse tipo de produto (BOLIN & HUXSOLL, 1989).

O Ministério da Integração Nacional (1998) realizou uma pesquisa para entender e identificar os consumidores dos *hortifruits* pré-processados e compararam com os produtos a granel. A pesquisa mostrou que o preço das hortaliças *hortifruits* são aproximadamente 180 % a 400 % maiores do que os produtos granel, o que pode ser considerado um fator limitante ao consumo dos pré-processados. Também foi verificado que os consumidores do Estado de São Paulo, não costumam comprar os pré-processados devido a desconfiança pela qualidade e ao preço do produto (Saabor,1999). Uma pesquisa com 246 pessoas mostrou que 46% dos que consomem hortaliças minimamente processadas relataram que o motivo é pela comodidade e praticidade, e os que não consomem, 31% é por considerar elevado o preço (PEREZ et al., 2008).

A contaminação dos alimentos pode ocorrer antes, durante ou pós-colheita e os principais fatores são o solo, o ambiente, o ar, a água de irrigação, as fezes, as pragas, os animais domésticos e selvagens, a adubagem, a manipulação humana, os equipamentos e utensílios utilizados, as embalagens e os veículos de transportes (Brackett,1999). Dentre os microrganismos nos vegetais com processamento mínimo destacam-se as espécies *Pseudonomas sp* e *Erwinia sp* como deterioradores e *L. monocytogenes, Aeromonas hydrophila* e *Yersinia enterocolitica* e *Salmonella, E.coli* O 157:H7 e *Clostridium botulinum* como patógenos psicrotróficos e mesófilos, respectivamente (LANDGRAF & NUNES, 2006). Além disso, temperatura, tempo e pressão são outros aspectos indispensáveis que colaboram para o desenvolvimento de patógenos (BEUCHAT, 2002). Os níveis de concentrações de CO_2 e O_2 também podem afetar o crescimento de

organismos microaerófilos, bactérias láticas e bactérias gram-positivas e gram-negativas (LANDGRAF & NUNES, 2006).

A determinação da incidência de microrganismos patógenos em hortaliças, além de ser uma fonte de dados para especificação de padrões microbiológicos, serve de subsídio para boas práticas de manuseio e armazenamento, bem como verificar se atendem aos padrões de inocuidade estabelecidos pela RDC N°12 de 02 janeiro de 2001 (BRASIL, 2001). A qualidade microbiológica dos alimentos está relacionada à presença de microrganismos deteriorantes que irão influenciar nas alterações sensoriais do produto durante sua vida útil. Contudo, a maior preocupação está relacionada à sua segurança, não apresentando contaminação por agentes químicos, físicos e microbiológicos em concentrações prejudiciais à saúde (VANETTI, 2004).

As hortaliças frescas e minimamente processadas geralmente não recebem o tratamento de cozimento para serem consumidas, portanto devem estar isentas até a quantidade permitida de microrganismos patogênicos. Pois, estes não pertencem a microbiota normal dos vegetais e quando presentes no alimento podem indicar contaminação ou risco para doença de origem alimentar (INTERNATIONAL COMMISSION ON MICROBIOLOGICAL SPECIFICATIONS FOR FOODS, 2015).

A presença de microrganismos patógenos oferece grande risco à saúde e se torna mais grave em pessoas que já têm algum problema estomacal, por exemplo. O consumo desses alimentos contaminados pode causar desconforto abdominal, além de diarreias, vômitos e náuseas. Nessas hortaliças podem ser encontrados além de microrganismos patógenos, diversos parasitas que também fazem mal à saúde. A avaliação, análise e estudo de parâmetros microbiológicos são vias para garantir a segurança de hortaliças que são consumidas na procedência crua, além de ser meios importantes para a saúde pública, fornecendo informações sobre o estado de higiene na produção, armazenamento, transporte e manipulação dos alimentos (SILVA, 2006).

Dentro deste contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade e a segurança microbiológica em hortaliças, como alface, couve e espinafre encontrados nos estabelecimentos públicos de Itapira e Mogi Mirim através da

coleta de amostras de hortaliças de pacotes em estabelecimentos públicos, como supermercados e feiras.

METODOLOGIA

Foram analisadas amostras de hortaliças com a alface, couve e espinafre adquiridos de supermercados e feiras dos municípios de Itapira e Mogi Mirim. Ao total, foram 14 hortaliças coletadas, sendo que 6 amostras foram para a primeira análise com hortaliças apenas com a classificação in natura consistindo em 2 unidades de alface, 2 unidades de couve e 2 unidades de espinafre, uma proveniente do supermercado e outra proveniente da feira. E, 8 amostras para a segunda análise com hortaliças in natura e minimamente processada, constituindo em 2 unidades de espinafre, 3 unidades de alface e 3 unidades de couve, duas na forma in natura proveniente do supermercado e outro da feira e uma minimamente processada, proveniente do supermercado, exceto espinafre que não foi encontrado na forma de minimamente processado em nenhum dos estabelecimentos. Além disso, não foi possível encontrar alface e couve na procedência de minimamente processado em feiras.

As amostras foram devidamente coletadas e transportadas em caixas térmicas sob refrigeração e assepsia até o laboratório de análises Microbiológicas do Centro Universitário de Jaguariúna onde foram analisadas sob orientação de profissionais capacitados.

As análises foram processadas no mesmo dia da coleta. Em seguida, elas foram separadas e pesadas (25g) para serem homogeneizadas em 225 ml de água peptonada. A partir desse ponto foram realizadas as diluições seriadas para a contagem total de mesófilos. A determinação de microrganismos mesófilos por semeadura de superfície, foi utilizado o meio de cultura ágar padrão para contagem (PCA) e três diluições seriadas foram selecionadas (10^{-3}, 10^{-2} e 10^{-1}). As placas foram incubadas em estufa a 37°C por um período de 24-48 horas para visualizações de colônias de mesófilos.

Para a análise qualitativa, nos primeiros testes foram utilizadas amostras de alface, couve e espinafre provenientes das feiras dos municípios e na segunda análise foram utilizadas as amostras das mesmas hortaliças, no entanto, provenientes do supermercado. Para a análise microbiológica, foram

preparados, antecipadamente, meios de cultura específicos para microrganismos específicos, tais como: MacConkey Ágar (MC), para determinação de *Escherichia coli*, Sabouroud Dextrose Ágar (S), para determinação de *Cândida albicans*, Mannitol Salt Ágar (MSA), para determinação de *Staphylococcus aureus* , Metheline Blue Ágar (EMB), para determinação de Enterobactérias e Salmonella-Shigella (SS) para determinação de *Salmonella.* Após o preparo, os meios de cultura foram esterilizados e incubados na estufa 37º por 24 horas para verificar a isenção de contaminação.

Subsequentemente, todo o procedimento foi realizado dentro da capela de fluxo laminar e consistiu nas diluições seriadas das amostras das hortaliças (10^{-4}, 10^{-3}, 10^{-2} e 10^{-1}), controle negativo e controle positivo. Após a semeadura das amostras nas placas de Petri, elas foram levadas para a estufa em um período de incubação de 24 horas, a temperatura de 35ºC+- 2ºC. A fim de verificar o crescimento de colônias dos microrganismos, foi realizada a leitura pelo Método de Contagem padrão das placas de cultura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 foi possível demonstrar o crescimento de bactérias e fungos nas hortaliças (alface, couve, espinafre) obtidas de supermercados e feiras de municípios do interior de São Paulo.

Tabela1. Diluições e número de colônias

Hortaliça	Local de coleta	Meio de Cultura	Diluição/nº de colônias (CT: controle negativo)
Alface	Feiras	EMB	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 6 colônias 10^{-4} / 3 colônias CT não proliferado
		MSA	10^{-1} / 1 colônia 10^{-2} / não proliferado 10^{-3} / não proliferado 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		MC	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / 2 colônias CT não proliferado

		S	10^{-1} / incontável 10^{-2} /49colônias 10^{-3} /17colônias 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		SS	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 3 colônias 10^{-3} / não proliferado 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
	Supermercado	EMB	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / incontável CT não proliferado
		MSA	10^{-1} / 22 colônias 10^{-2} / 11 colônias 10^{-3} / 5 colônias 10^{-4} / 1 colônia CT não proliferado
		MC	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / incontável CT não proliferado
		S	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / incontável CT não proliferado
		SS	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / incontável CT não proliferado
Couve	Feiras	EMB	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 42 colônias 10^{-4} / 7 colônias CT não proliferado
		MSA	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 18 colônias 10^{-3} / não proliferado 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		MC	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 35 colônias 10^{-4} / 1 colônia CT não proliferado
		S	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 37 colônias 10^{-4} / 12 colônias CT não proliferado
		SS	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 4 colônias 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
	Supermercado	EMB	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 15 colônias 10^{-4} / 11 colônias CT não proliferado
		MSA	10^{-1} / 21 colônias

			10^{-2} / 3 colônias 10^{-3} / não proliferado 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		MC	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 32 colônias 10^{-3} / 12 colônias 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		S	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 31 colônias 10^{-3} / 5 colônias 10^{-4} / 1 colônia CT não proliferado
		SS	10^{-1} / 17 colônias 10^{-2} / 4 colônias 10^{-3} / 3 colônias 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
Espinafre	Feiras	EMB	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 52 colônias 10^{-3} / 32 colônias 10^{-4} / 9 colônias CT não proliferado
		MSA	10^{-1} / 20 colônias 10^{-2} / 12 colônias 10^{-3} / 6 colônias 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		MC	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 41 colônias 10^{-4} / 14 colônias CT não proliferado
		S	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / 62 colônias CT não proliferado
		SS	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 63 colônias 10^{-3} / 22 colônias 10^{-4} / 4 colônias CT não proliferado
	Supermercado	EMB	10^{-1} / incontável 10^{-2} / 68 colônias 10^{-3} / 31 colônias 10^{-4} / 1 colônia CT não proliferado
		MSA	10^{-1} / 16 colônias 10^{-2} / 8 colônias 10^{-3} / 5 colônias 10^{-4} / não proliferado CT não proliferado
		MC	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / 26 colônias 10^{-4} / 7 colônias CT não proliferado
		S	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável 10^{-3} / incontável 10^{-4} / 42 colônias CT não proliferado
		SS	10^{-1} / incontável 10^{-2} / incontável

			10^{-3} / 13 colônias 10^{-4} / 3 colônias CT não proliferado

Ao analisar os resultados foi observada proliferação dos microrganismos nas diluições 10^{-1}, 10^{-2}, 10^{-3}, 10^{-4} e, na qual, muitas vezes, não foi possível realizar a contagem visual das colônias devido ao alto crescimento. Nesta análise qualitativa observou que houve a presença de crescimento de colônias de *Salmonela* e segundo ANVISA RDC 12/2001 não é seguro a presença em 25g, porém o crescimento em quase todas as placas analisadas pode ser um sinal de alerta para realizar um teste confirmativo, uma vez que a análise qualitativa oferece informações sobre a população presuntiva e o teste confirmativo sobre a população real. Na comparação entre as hortaliças coletadas da feira e supermercado foi observado que a alface e couve do supermercado apresentaram maior contaminação e entre a análise dos espinafres ambos estavam muito parecidos.

Geralmente, as hortaliças expostas nas bancadas dos supermercados passam pelas mãos de muitos consumidores que com o intuito de selecionar o melhor produto acabam pegando várias unidades antes de adquiri-las. Nas feiras, o responsável pela seleção dos vegetais é o produtor e este pode não apresentar uma higienização adequada das mãos, além disso, os alimentos ficam expostos nas bancadas ao ar livre o que contribui para uma maior contaminação.

Na tabela 2 podemos observar através do método de contagem padrão em placas a qualidade das hortaliças.

Tabela 2. Contagem padrão em placa

Hortaliça	Classificação	Local de coleta	Meio de Cultura	Diluição / nº de colônias
Alface	In natura	Supermercado	PCA	10^{-1} / incontável
				10^{-2} / 106 colônias
				10^{-3} / 52 colônias
		Feira	PCA	10^{-1} / incontável
				10^{-2} / incontável
				10^{-3} / 172 colônias

	Minimamente processado	Supermercado	PCA	10^{-1} / 2 colônias
				10^{-2} / não proliferado
				10^{-3} / não proliferado
		Feira	-	Não realizado
Couve	In natura	Supermercado	PCA	10^{-1} / incontável
				10^{-2} / incontável
				10^{-3} / incontável
		Feira	PCA	10^{-1} / 215 colônias
				10^{-2} / 6 colônias
				10^{-3} / 4 colônias
	Minimamente processada	Supermercado	PCA	10^{-1} / incontável
				10^{-2} / incontável
				10^{-3} / incontável
		Feira	-	Não realizado
Espinafre	In natura	Supermercado	PCA	10^{-1} / incontável
				10^{-2} / 72 colônias
				10^{-3} / 9 colônias
		Feira	PCA	10^{-1} / 207 colônias
				10^{-2} / 84 colônias
				10^{-3} / 12 colônias
	Minimamente processado	Supermercado	-	Não realizado
		Feira		Não realizado

Nesta tabela foi observado que a análise qualitativa feita com as hortaliças in natura e minimamente processadas apresentou em grande maioria, um número incontável de colônias. Notou-se que a alface in natura adquirida do supermercado comparado com a adquirida da feira apresentou uma quantidade menor de colônias. A amostra de couve in natura obtida da feira apresentou-se em números menores de colônias em comparação com a do supermercado. E, verificou-se um alto crescimento de colônias na amostra de couve minimamente processada adquirida do supermercado.

O que pode justificar a contaminação das hortaliças in natura está relacionado com a semente ou local de produção com presença de animais domésticos ou selvagens (BRACKETT,1997).

Em alimentos de origem vegetal prontos para o consumo como os

minimamente processados é esperado que não ocorra nenhuma contaminação ou tenha uma redução considerável da carga microbiana (SILVA, 2006). Porém, se os alimentos com esta procedência apresentarem contaminação a justificativa para esta ocorrência é que não passaram por um processo rigoroso de refrigeração ou não receberam embalagens adequadas (ZEUTHEN, 2002). No entanto, não foi possível realizar as comparações entre todas as hortaliças minimamente processadas devido a indisponibilidade destas nas feiras dos municípios.

Diante dos resultados apresentados nesta análise qualitativa, o que pode ter levado essas amostras a estarem visualmente mais contaminadas relacionado ao solo, ambiente, ar, água de irrigação, fezes, pragas, animais domésticos e selvagens, adubagem, manipulação humana, equipamentos e utensílios utilizados, embalagens e veículos de transportes, além da temperatura, tempo ou pressão. As principais fontes de contaminação são o uso inadequado de esterco não curtido na adubação, a água de irrigação contaminada, as mãos mal lavadas de manipuladores (EMBRAPA, 2005).

Se medidas de segurança não forem adotadas em toda a cadeia de produção dos alimentos, estes poderão ser fontes potenciais de contaminação e consequentemente poderá causar riscos à saúde do consumidor (Moretti, 2007).

Portanto, são necessárias boas práticas agrícolas para evitar a contaminação microbiológica, como a água para irrigação e os fertilizantes que são usados no plantio devem ter identificação de suas origens. Os estercos e fertilizantes naturais devem ser administrados com cuidado para minimizar o risco de contaminação. O solo também deve ser avaliado quanto ao seu potencial de contaminação e caso apresente níveis excessivos deve ser corrigido antes do plantio ou se não puder, não deve haver plantio (Moretti, 2007). E antes de serem usados, os adubos devem receber um tratamento em que são eliminados os protozoários e os microrganismos patogênicos (SILVA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista dos resultados qualitativos obtidos neste estudo realizado com hortaliças in natura e minimamente processadas comercializadas em

supermercados e feiras dos municípios de Mogi Mirim e Itapira, foi verificado que o número de colônias se encontra elevado e que é necessário a realização de análises práticas para obter o controle desses microrganismos. Por essa razão, a realização de análises e avaliações microbiológicas periódicas do Ministério da Agricultura em hortaliças é fundamental em vista que esses alimentos são alvos dos perigos causados pelos microrganismos, como graves doenças de origem alimentar. Os estabelecimentos em que comercializam e manipulam os vegetais devem apresentar condições físicas e sanitárias adequadas, além de seguir as boas práticas e o cumprimento das leis, garantindo a qualidade e segurança dos alimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBARI, S. G.; PASCHOALINO, J. E.; SILVEIRA, N. F. A. **Efeito do cloro na água de lavagem**. v. 21, n. 2, p. 197–201, 2001.

BRACKETT, R. E. **Alteraciones microbiológicas y microorganismos patógenos de frutas y hortalizas refrigeradas minimamente procesadas. Zaragoza**: Acribia, 1997.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Resolução RDC N°12 de 02 de Janeiro de 2001**. Brasília: ANVISA.

COELHO, E. M.; ROSA, O. O.; LIMA, M. G. Avaliação da qualidade microbiológica de alface (*Lactuca sativa L.*) em plantio direto e hidropônico. **Rev. Hig. Aliment**., v. 21, n. 149, p. 94-98, 2007.

COSTA, E. A. et al. Avaliação microbiológica de alfaces (*Lacuta satival*) convencionais e orgânicas e a eficiência de dois processos de higienização. **Alim. Nutr., Araraquara**, v. 23, n. 3, p. 387-392, 2012.

EMBRAPA. **Hortaliças minimamente processadas**. Brasila, 2005. Disponivel em:<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/114310/1/00076170.pdf>. Acesso em 01 mai. 2018.

FDA. U.S. Food and Drug Administration. **Guia para Minimização de Riscos Microbianos, 1998**. Disponível em: <http://www.fda.gov>. Acesso em: 04 mar. 2017.

FOOD INGREDIENTS BRASIL. Segurança alimentar. **Revista Fib***,* São Paulo, n.4, p. 32-43, 2008.

INTERNACIONAL COMMISSION ON MICROBIOLOGICAL SPECIFICATIONS FOR FOODS. Microrganismos em Alimentos 8: **Utilização de Dados para Avaliação do Controle de Processo e Aceitação de Produto**. 1ª ed. São Paulo: Blucher, 2015.

LANDGRAF, M.; NUNES, T. P. Microbiologia em frutas e hortaliças minimamente processadas. **IV Encontro Nacional sobre Processamento Mínimo de Frutas e Hortaliças.** Palestras Universidade de São Paulo, p.60, 2006.

MORETTI, C. L. (Ed.). **Manual de Processamento Mínimo de Frutas e Hortaliças. Brasília: Embrapa Hortaliças e SEBRAE**, p. 121-140, 2007.

OLIVEIRA, R. B. A. et al. Avaliação higiênico-sanitária dos boxes que comercializam carnes em dois mercados públicos da cidade do Recife-PE/Brasil, **Revista de Medicina Veterinária**, v. 2, n. 4, p. 10-16, 2008.

PAIVA, C. P.; BORGES, R. G.; PANETTA, J. C. Frequência de quadros entéricos em aeronautas: Pressuposta ligação com toxinfecções alimentares. **Higiene alimentar***,* São Paulo, v. 14, n. 75, p. 13-23, fev. 2000.

PEREZ, R. et al. **Minimamente processadas de Belo Horizonte**. May 2014, 2008.

PINTO, D. M. Qualidade de produtos minimamente processados comercializados em diferentes épocas do ano. 2007. 127f. **Dissertação (mestrado**)-UFL- Universidade Federal de Lavras, 2007.

SAABOR, A. **A importância dos pré-processados**. Frutifatos, v. 1, n. 1, p. 16-18, 1999.

SANTOS, M. C. A.; SILVA, T. **Avaliação do mercado de frutas e hortaliças embaladas, minimamente processadas, orgânicas e desidratadas na capital de Minas Gerais**. Contagem, p.1-117, 2010.

SILVA, S. R. P. Avaliação bacteriológica e parasitológica em hortaliças minimamente processadas comercializadas em Porto Alegre- RS. **Dissertação (Mestrado em Microbiologia do Agrícola e do Ambiente)** – Faculdade de Agronomia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.12-18, abr. 2006.

SIRVETA – **Sistema de vigilância epidemiológica de enfermidades transmitidas por alimentos.** Sistema de información regional para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos. Módulo dinâmico de acesso a la informatión.

VANETTI, M. C. D. Segurança microbiológica em produtos minimamente processados. In: Encontro Nacional Sobre Processamento de Frutas e Hortaliças, Viçosa, MG. **Resumos**, Viçosa: UFV, 2004. p. 30-32, mar. 2004.

ZEUTHEN, P. Safety criteria for minimally processed foods. In: OHLSSON, T.; BENGTSSON, N. (Eds.). **Minimal Processing Technologies in the Food Industry. Cambridge**: Woodhead publishing, cap. 8, p. 196- 219, 2002.

SOBRE OS AUTORES:

Larissa Graziela de Souza
Curso de Graduação em Nutrição
Centro Universitário de Jaguariúna
E-mail: laary_58@hotmail.com

Laís Flaviane de Souza
Curso de Graduação em Nutrição
Centro Universitário de Jaguariúna
E-mail: lais.flaviiane@gmail.com

Profª Ilza Ribeiro Santos Amorim
Coordenadora de Laboratório
Centro Universitário de Jaguariúna
E-mail: laboratórios.ilza@faj.br

Profª Drª Maruska R. Neufert Fernandes
Bióloga, pesquisadora colaboradora no Instituto de Biologia da Unicamp e docente na UNIFAJ.
E-mail: maruskaneufert@gmail.com

IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO DE FARMÁCIA VIVA NA INTERCLÍNICAS, JAGUARIÚNA - SP[1]

Implementation of a farmacia viva project in Interclínicas, Jaguariúna – SP

FURLANETO, Aline Xavier
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

ANECHINI, Larissa Daiane Villanova
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

BOIAGO, Iara Aparecida
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

NUNES, Jardeliane Pereira
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

PEREIRA, Raquel Medeiros
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

RENNÓ, André Lisboa
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

CARNEVALE, Renata Cavalcanti
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

RESUMO: O uso de plantas medicinais tem sido passado por gerações, e mesmo nos dias atuais é altamente praticado por pessoas ao redor do mundo. Entretanto, o conhecimento sobre as plantas medicinais está se perdendo com o tempo. O Projeto Farmácia Viva tem por finalidade resgatar o conhecimento e o uso tradicional das plantas medicinais, promovendo seu uso racional. A Farmácia Viva da UniFAJ foi aprovada pelo Centro Universitário de Jaguariúna em 2017, sendo construída na Interclínicas, Jaguariúna – SP e contando com o cultivo de 29 plantas medicinais. Muitas atividades estão sendo desenvolvidas como pesquisas, confecções de lâminas para microscopia, visitas, aulas, treinamentos, estágios e iniciação científica. A comunidade receberá a planta *in natura*, tendo todas as informações sobre o seu uso correto. Futuramente, pretende-se disponibilizar para a população chás medicinais e medicamentos fitoterápicos, bem como promover palestras, oficinas e treinamentos para aqueles que buscam o conhecimento para si ou para propagá-lo criando novas Farmácias Vivas. O projeto está sendo um campo de pesquisa para extensão do conhecimento acadêmico, e uma alternativa terapêutica que se mostra bem aceita pela comunidade.

Palavras-chaves: Farmácia Viva; Plantas Medicinais; Fitoterapia.

Abstract: The use of medicinal herbs has been passed through time and it is, even in the recent days, largely used by people worldwide. However, knowledge about medicinal herbs and its popular use is getting lost. The

[1] Resumo apresentado no 17° Congresso Nacional de Iniciação Científica CONIC 2017.

Farmacia Viva project aims to rescue the traditional and popular knowledge of medicinal herbs and promote its rational use. The project was approved by Centro Universitário de Jaguariúna in 2017. It was built in a suitable place in Interclinicas, Jaguariúna – SP, which is a primary care unit, that know counts with 29 different medicinal herbs cultivated. Many activities are being developed such as research with population, blades for microscopic observation, visits, classes, trainees, internships and scientifical iniciation. Community will receive herb *in natura*, along with information about how to use it, indications and cultivation. In the future, we aim to provide medicinal teas and herbal medicines to the population, and also promote workshops and trainings to those who want knowledge for it's own purpose or to spread it by creating new Farmacias Vivas. The project it's being also a research field for academical extention, such as a therapeutical alternative that shows to be well accepted by community.

Key-words: Farmacia Viva; Herbs; Phytotherapy.

Introdução

As plantas medicinais são o recurso mais antigo utilizado para o tratamento e prevenção de doenças, sendo até nos dias atuais a única escolha por algumas comunidades (JUNIOR, 2005; MACIEL, 2001). Segundo a OMS (Organização Nacional de Saúde) cerca de 80% da população de países desenvolvidos utilizam práticas tradicionais como o uso das plantas medicinais e suas preparações (BRASIL, 2006; JUNIOR, 2005). Mesmo sendo utilizadas por grande parte da população, com o passar do tempo e a globalização, está sendo perdido o conhecimento tradicional e ainda falta pesquisa sobre muitas destas plantas.

O Projeto Farmácia Viva, foi criado em 1983 pelo Professor Dr. Francisco José de Abreu Matos, e o desenvolvimento desse projeto foi adotado por várias comunidades pelo Brasil (BIANCHI, 2012). Entretanto, foi instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em 2010, mediante a Portaria MS/GM nº 886/2010 (BRASIL, 2010).

Os principais objetivos da Farmácia Viva abrangem o cultivo, a coleta, armazenamento, a dispensação e as preparações magistrais, visando uma qualidade de vida a partir da utilização das plantas medicinais, assim proporcionando uma alternativa terapêutica segura (BIANCHI, 2012).

Ela é classificada de acordo com o serviço prestado à comunidade, sendo elas: tipo 1, que disponibiliza a planta *in natura* e oferece oficinas de preparações caseiras; tipo 2, que pode realizar as atividades citadas anteriormente e disponibiliza o chá medicinal (planta medicinal seca); tipo 3,

que pode realizar as atividades do tipo 1 e 2, e faz as preparações de medicamentos fitoterápicos como xaropes, cápsulas e pomadas, e sua dispensação para a população com todas as orientações de seu uso (BRASIL, 2012).

A Farmácia Viva tem uma função importante no uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, incluindo seu preparo e administração, pois elas podem apresentar interações e reações adversas (BIANCHI, 2012; BRASIL, 2010).

Considerando esta perda do conhecimento popular e tradicional, o interesse das pessoas em utilizarem as plantas medicinais, o grande benefício terapêutico que elas podem trazer, e a necessidade da promoção do uso racional das plantas medicinais, foi percebido que a implantação de uma Farmácia Viva no Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ) seria bastante benéfica.

Objetivos

Implantar uma Farmácia Viva na UniFAJ que realize ações educativas com a comunidade, profissionais e estudantes do centro universitário. E que disponibilize plantas medicinais para a comunidade, resgatando assim o conhecimento popular e tradicional e promovendo seu uso racional.

Metodologia

O Projeto Farmácia Viva foi aprovado pelo Centro Universitário de Jaguariúna e implantado em Abril de 2017, sendo construída na Interclínicas, Jaguariúna – SP. As mudas das plantas medicinais foram doadas pela Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI), e hoje são cultivadas 29 plantas medicinais, como: cúrcuma (*Curcuma longa* L.), boldo brasileiro (*Plectranthus barbatus* Andrews), citronela (*Cymbopogon winterianus* Jowitt), babosa (*Aloe vera* L.), melissa (*Melissa offcinalis* L.) e erva cidreira brasileira (*Lippia Alba* (Mill) N. E. Brown).

A escolha das plantas medicinais cultivadas na Farmácia Viva foi baseada nos resultados de pesquisa, realizada com pacientes da Interclínicas, sobre a utilização das plantas medicinais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ), sob o parecer

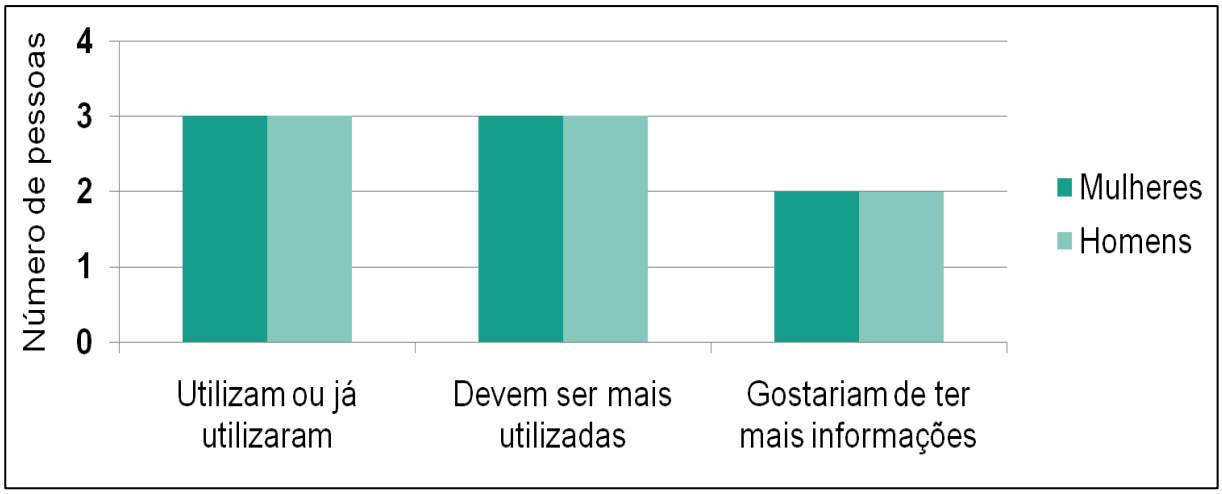
2.019.208. Todos os pacientes incluídos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e forneceram as informações sobre uso de plantas medicinais. Estas informações foram compiladas e analisadas.

A Farmácia Viva é um projeto social, educativo e terapêutico, e, portanto, propõe a realização de muitas atividades, como: a) realização de pesquisas sobre uso de plantas medicinais pela comunidade, pesquisas de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), iniciação científica e campo para realização de estágios no curso de Farmácia; b) realização de treinamentos e capacitações com a comunidade, estudantes, crianças e profissionais de saúde sobre as plantas medicinais; c) oficinas de compostagem; d) confecção de exsicatas e lâminas para observação microscópica; e) visitas externas de instituições que queiram conhecer e/ ou reproduzir o projeto, fazendo com que a Farmácia Viva se torne um pólo de referência em plantas medicinais; f) campo para realização de aulas práticas do curso de Farmácia, Nutrição e Enfermagem da UniFAJ; g) dispensação para a população de plantas medicinais *in natura*, e posteriormente de chás medicinais e medicamentos fitoterápicos.

Resultados

A pesquisa sobre utilização de plantas medicinais foi feita com 06 pacientes da Interclínicas, 03 homens e 03 mulheres. A partir das informações coletadas nestas entrevistas, foi verificado um alto uso de plantas medicinais e um grande interesse no seu uso (Figura 1).

Figura 1 - Uso e interesse em plantas medicinais dos seis pacientes entrevistados.



As plantas mais utilizadas pelos pacientes são o boldo, hortelã, erva cidreira e erva doce. Poucas pessoas cultivam essas plantas em casa; a maioria das indicações para utilização das plantas foram realizadas por amigos ou familiares, e não por um profissional da saúde; algumas pessoas utilizam essas plantas para tratar alguma doença ou sintoma, porém outras utilizam apenas pelo gosto que os chás proporcionam; e apenas uma pessoa informou ao médico sobre seu uso da planta medicinal (Tabela 1).

Tabela 1 - Plantas medicinais utilizadas pelos seis pacientes entrevistados e informações sobre seu uso, cultivo e indicação.

	Utiliza esta planta	Cultiva em casa	Indicação de familiar ou amigo	Informou ao médico	Utilizou como tratamento
Guaco	3	0	2	0	3
Boldo	5	2	5	1	5
Capim cidreira	4	1	4	0	2
Babosa	3	0	3	0	3
Erva doce	4	1	4	0	3
Arnica	0	-	-	-	-
Erva baleeira	0	-	-	-	-
Hortelã	5	3	5	0	4
Confrei	2	0	2	0	1

De acordo com os resultados, uma pequena parcela das plantas medicinais é cultivada na casa dos pacientes. Este fato pode ser decorrente de inúmeros fatos, como falta de espaço para cultivo ou falta de interesse, ou simplesmente pela falta de acesso às mudas. Assim, o projeto Farmácia Viva poderia contribuir disponibilizando estas mudas aos pacientes e orientando seu plantio e uso correto, evitando assim que estas plantas medicinais tenham que ser compradas ou obtidas de outras pessoas.

Um resultado preocupante deste estudo é o fato da maioria das indicações de plantas medicinais serem realizadas por amigos e parentes, e não por profissionais da saúde. Isto revela a distância que os profissionais da saúde tomaram em relação às plantas medicinais, e como é importante resgatar o papel destes profissionais no uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. A promoção do uso racional é de extrema importância para orientar as indicações, posologia das plantas medicinais e fitoterápicos e esclarecer que eles também tem eventos adversos, interações medicamentosas e contraindicações.

A partir desse levantamento de dados, a Farmácia Viva que estava em seu estágio inicial, conforme a Figura 2, passou a ter suas plantas melhores definidas e escolhidas para cultivo, para que atendesse à necessidade e interesse da população.

Figura 2 - Farmácia Viva em seu estágio inicial após construção



. **Fonte:** Imagem interna.

Atualmente a Farmácia Viva tem sido campo para: a) realização de estágios, projetos de iniciação científica e aulas práticas do curso de Farmácia (Figura 3), Enfermagem e Nutrição do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ); b) realização de visitas externas, como a visita dos alunos do ensino médio da E.E. Prof. Celso Henrique Tozzi – Jaguariúna, que cursam como matéria optativa Plantas Medicinais e Medicina alternativa (Figura 4), assim

tendo por objetivo levar conhecimento sobre as plantas medicinais, como seu uso, indicação e plantio, proporcionando orientações para que os alunos tenham a sua própria horta na escola; c) realização de cursos de extensão (Figura 5).

Figura 3 - Realização de aula prática do curso de Farmácia (disciplina de Farmacobotânica).



Fonte: Imagem interna.

Figura 4 - Visita externa dos alunos da escola Tozzi, acompanhados do professor Marcel Montoro e orientados pela coordenadora da Farmácia Viva Renata Carnevale.



Fonte: Imagem interna.

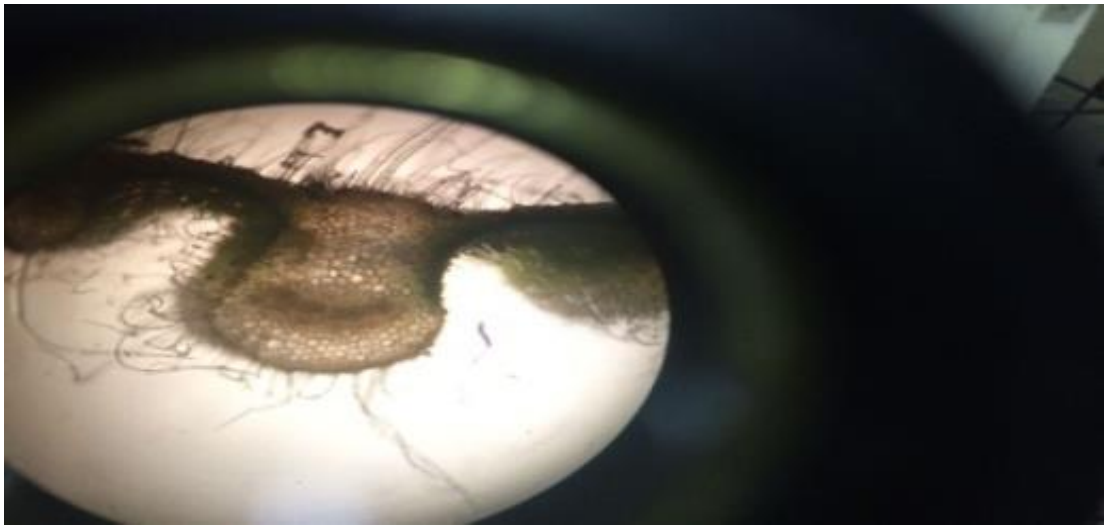
Figura 5 - Curso de Extensão realizado pela professora Renata Cavalcanti Carnevale na Farmácia Viva em 14-abril-2018.



Fonte: Imagem interna.

Outra atividade que tem sido realizada são as cartilhas de plantas medicinais, que estão sendo revisadas para que sejam um guia sobre uso racional de plantas medicinais para usuários e prescritores; as lâminas de plantas medicinais estão sendo confeccionadas (Figura 6) e serão utilizadas nas aulas de Farmacobotânica do curso de Farmácia; e foram escritos também os POPs (Procedimento Operacional Padrão) para direcionar visitas, aulas e treinamentos.

Figura 6 - Lâmina de Boldo confeccionada por estagiária da Farmácia Viva.



Fonte: Imagem interna.

Além disso, outras atividades foram realizadas, como: treinamentos dos estagiários da Farmácia Viva; oficina de compostagem, que foi ministrada pela professora Claudia Vaamonde, coordenadora do curso de Engenharia Ambiental da UniFAJ, no qual, o objetivo foi ensinar a técnica para preparação da compostagem, para que a Farmácia Viva possa ter seu próprio adubo. Assim, reduzindo custos do projeto e evitando desperdícios de resíduos que antes eram descartados, promovendo um projeto sustentável e de conscientização ambiental (Figura 7).



Figura 7 - Realização dos processos para o projeto piloto na oficina de compostagem. **Fonte:** Imagem interna.

Também foram montados um Histórico da Farmácia Viva e um blog para divulgação do projeto e divulgação de documentos oficiais para que todos tenham acesso à informação das plantas medicinais; um logotipo (Figura 8) e um poema, que foram desenvolvidos pelos alunos do curso de Farmácia para representar a identidade da Farmácia Viva da UniFAJ; e foram feitas placas de identificação com *QR Code*, por alunos do curso de Farmácia, em que serão utilizadas na Farmácia Viva, para que as pessoas a partir desse *QR Code* tenham todas informações necessárias sobre as plantas medicinais (identificação, indicações, forma de uso, etc).

Figura 8 - Logotipo da Farmácia Viva UniFAJ, criado por um aluno do curso de Farmácia.



Fonte: Imagem interna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Farmácia Viva apresentou resultados positivos, despertando o interesse da população, alunos e médicos da Interclínicas, uma vez que é um projeto benéfico à saúde, que resgata saberes populares e tradicionais e promove a qualidade de vida e a reaproximação com a natureza.

Possibilitou a realização de aulas, estágios e projetos de iniciação científica, proporcionando uma extensão do conhecimento acadêmico. Também permitindo a realização de visitas externas, oficinas, confecção de lâminas, cartilhas, curso de extensão, entre outras atividades.

Além disso, facilitou o desenvolvimento de um maior vínculo com a população, possibilitando assim, um dos grandes objetivos da Farmácia Viva que é reconectar o conhecimento científico ao conhecimento popular e tradicional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886/GM/MS**, de 20 de abril de 2010. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BIANCHI, V.R. **Farmácia da Natureza: Um modelo eficiente de Farmácia Viva.** Instituto de Tecnologia em Fármacos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11123/1/31.pdf. Acesso em: 15 set. 2017.

JUNIOR, V.F.V.; PINTO, A.C. **Plantas medicinais: cura segura?**. Quim. Nova, Vol. 28, nº 3, 28 Fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/qn/v28n3/24145. Acesso em: 21 out. 2017.

MACIEL, M.A.M.; PINTO, A.C.; JUNIOR, V.F.V. **Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares**. Quim. Nova, Vol. 25 nº 3, 25 Jul. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/qn/v25n3/9337.pdf. Acesso em: 21 out. 2017.

Sobre os Autores

Aline Xavier Furlaneto
Aluna do 9º Semestre do curso de Farmácia do Centro Universitário de Jaguariúna, conclusão prevista para 2018
Participação em Projeto de Iniciação Científica na Farmácia Viva do Centro Universitário de Jaguariúna – Maio de 2017 a Abril de 2018
Email para contato: line12_@hotmail.com

Larissa Daiane Villanova Anechini
Aluna do 9º Semestre do curso de Farmácia do Centro Universitário de Jaguariúna, conclusão prevista para 2018
Participação do estágio na Farmácia Viva do Centro Universitário de Jaguariúna – Maio a Dezembro de 2017
Email para contato: larissa_villanova@hotmail.com

Iara Aparecida Boiago
Aluna do 9º Semestre do curso de Farmácia do Centro Universitário de Jaguariúna, conclusão prevista para 2018
Participação do estágio na Farmácia Viva do Centro Universitário de Jaguariúna – Maio a Setembro de 2017
Email para contato: iaraboiago@gmail.com

Jardeliane Pereira Nunes
Aluna do 9º Semestre do curso de Farmácia do Centro Universitário de Jaguariúna, conclusão prevista para 2018
Participação do estágio na Farmácia Viva do Centro Universitário de Jaguariúna – Maio a Outubro de 2017
Email para contato: jardelianee@gmail.com

Raquel Medeiros Pereira
Aluna do 9º Semestre do curso de Farmácia do Centro Universitário de Jaguariúna, conclusão prevista para 2018
Participação do estágio na Farmácia Viva do Centro Universitário de Jaguariúna – Maio a Dezembro de 2017
Email para contato: raq_sins@hotmail.com

André Lisboa Rennó
Graduação em Ciências Farmacêuticas pelo Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2007), mestrado em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas (2010), doutorado em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas (2014) e pós-doutorado em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas (2016) e é professor e coordenador do curso de Farmácia do Centro Universitário de Jaguariúna.
Email para contato: farmacia@faj.br

Renata Cavalcanti Carnevale
Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP (2018)
Mestra em Ciências Médicas pela UNICAMP (2012)
Especialista em Homeopatia (2012)
Farmacêutica formada pela PUC-Campinas (2003)
Professora do Centro Universitário de Jaguariúna
Email para contato: renatacarnevale10@gmail.com

RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA: NUMA DIALÉTICA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS INATAS DO INDIVÍDUO E AS CONSTRUÇÕES AO LONGO DA VIDA

Psychological resilience: in a dialectic between the innate characteristics of the individual and the constructions throughout life

RAQUEL, Aline Gomes
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

PRADO, Anne Caroline Bordini Godoy do
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

BARBOSA, Jonis Marcos
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

SOUZA, Luciana Gomes Almeida de
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

RESUMO: Esta pesquisa traz como tema central o termo resiliência, no âmbito da psicologia. Questionamos se a resiliência, esta capacidade de se submeter à adversidade, é uma capacidade inata ou fruto da interação humana, por meio das relações. Objetivamos conhecer, compreender e refletir, com base numa revisão bibliográfica, sempre considerando a complexidade que tal constructo possui. Metodologicamente essa pesquisa baseou-se em busca na base de dados Scielo.org, com o descritor resiliência psicológica, resultante em 111 artigos, porém reduzida como objeto de estudo a 14 artigos, acrescidos de literatura de apoio. Como resultado trazemos um constructo formado por saberes e conhecimentos que divergem nas maneiras de serem abordados. Mas nos artigos encontrados é possível afirmar que em sua maioria, discorrem sobre a resiliência enquanto uma capacidade ou processo, que ocorre numa relação recíproca entre o indivíduo, o meio e as relações que estabelece de maneira multidimensional. Mas por tratar-se de um constructo complexo, obviamente não cabe definição que limite a compreensão ou finde a pesquisa sobre o tema. Tornam-se assim necessárias pesquisas que atuem de maneira a desvelar e compreender outras condições favoráveis à resiliência psicológica.

Palavras-chaves: resiliência psicológica

Abstract: This research has as central theme the term resilience, related to psychology. We question whether resilience, this ability to submit to adversity, is an innate ability or fruit of human interaction, through relationships. We aim to know, understand and reflect, based on a bibliographic review, always considering the complexity that such a construct has. Methodologically, this research was based on a search in the Scielo.org database, with the descriptor psychological resilience, resulting in 111 articles, but reduced as object of study to 14 articles, added by supporting literature. As a result we bring a construct formed by knowing and knowledge that diverges in the ways of being approached. But in the found articles it is possible to state that most of them are about resilience as a capacity or process, which occurs in a reciprocal

relationship among the individual, the environment and the relationships that he establishes in a multidimensional way. But because of being a complex construct, obviously there is no definition that limits the understanding or end the research about the subject. Thus, researches become necessary to work in a way to reveal and understand other favorable conditions to psychological resilience.

Key-words: Psychological resilience

INTRODUÇÃO

Na existência humana é impossível planejar, estabelecer metas, direcionar a "viagem" para ter o prazer do "destino" tão esperado, de maneira que todo este processo vivencial de busca não seja passível de mudanças. E quando a temática envolve mudanças podemos afirmar que se apresentam com múltiplas facetas, podendo ser parte do processo natural do desenvolvimento ou um objetivo a ser alcançado, que por meio deste, imagina-se trazer para si uma realidade que fora almejada ou, situações não planejadas que envolvam perdas emocionais, materiais e físicas.

No que tange ao processo do desenvolvimento humano, segundo Papalia (2006), as mudanças que ocorrem são inúmeras e abrangem o aspecto físico, cognitivo e psicossocial, desde os primórdios (início da vida) até a terceira idade, chegando ao fim da vida. Tais mudanças ocorrem paulatinamente de tal forma que não percebemos claramente o processo, porém, quando estas se estabelecem tornam-se perceptíveis. Neste mesmo contexto, no qual abrange as mudanças do processo do desenvolvimento humano, citamos Paul B. Baltes, expresso por Neri (2006), cujo trabalho na área da psicologia do desenvolvimento intensificou-se com a perspectiva Life-Span. Tal perspectiva compreende o indivíduo em seu desenvolvimento de maneira ininterrupta e dinâmica. Nesta perspectiva, as mudanças que ocorrem ao longo da vida, no aspecto físico, cognitivo e psicossocial são chamadas de eventos normativos, pois possuem uma natureza de previsibilidade, isto é, espera-se que tais mudanças ocorram em determinadas fases do desenvolvimento (NERI, 2006). Uma característica do desenvolvimento humano é que este é marcado por ganhos e perdas à medida que este processo ocorre de maneira interativa entre o indivíduo e o meio externo (NERI, 2006).

Papalia (2006, p. 49), diz que "O desenvolvimento está sujeito a influências internas e externas, tanto normativas como não normativas". Os eventos não normativos não dependem do tempo, também não são dependentes do processo natural do desenvolvimento, opostamente a isso são imprevisíveis (NERI, 2006).

É diante do inesperado que pode instalar-se um possível estado melancólico e de sofrimento. É nestas ocorrências que muitos não conseguem reorganizar-se subjetivamente resultando em um quadro psicológico doente. Aqui, na realidade do inesperado, o curso natural é interrompido e incertezas permeiam o contexto; o susto, o trauma, a perda, podem ser como um golpe repentino que poda esperanças. Segundo Neri (2006), os efeitos que resultam dos eventos não normativos tornam-se mais fortes por não permitirem ao indivíduo o controle da situação vivenciada.

Opostamente, vê-se indivíduos que mesmo tendo vivido experiências tão marcantes em razão do nível do potencial estressor, angústia, mortes, ou perdas de outras naturezas, superaram e puderam experimentar uma nova realidade promissora, com perspectiva positiva de futuro. O terremoto que devastou um país, destruindo sonhos, vidas e muitos planos, leva-nos a pensar como um indivíduo olha para um presente em destroços, para conhecidos que estão mortos. Como pode ter atitudes internas e ações para superar, lutar e encontrar forças para continuar a "caminhar" e "construir" a própria existência.

É esta capacidade para superar as adversidades que nos chama a atenção, e que, nos últimos vinte anos ganhou visibilidade nos âmbitos acadêmicos. Capacidade esta que os teóricos da área "psi" chamaram de resiliência, cunhando este termo da Física e Engenharia (TABOADA, 2006). Nestas áreas onde se originou o termo resiliência, a definição refere-se à capacidade que um material possui a tal ponto que, recebendo um impacto que pode resultar em deformação, este material não terá danos permanentes, ao contrário, ele volta a seu estado anterior. Em ciências humanas resiliência é entendida como a capacidade de superar adversidades que alguns indivíduos apresentam (TABOADA, 2006).

Diante do exposto, somos impulsionados a indagar sobre este termo que expressa uma capacidade fundamental para que a existência humana flua

de maneira saudável. Por que alguns indivíduos apresentam esta capacidade e outros sucumbem diante das adversidades?

Iniciamos pensando sobre o desenvolvimento humano, explicitando como este ocorre diante dos eventos normativos e não-normativos, e que este processo do desenvolvimento envolve, necessariamente, ganhos e perdas (NERI, 2006). Quando falamos em eventos normativos é mais tangível em que consistem estes ganhos e perdas do aspecto físico, cognitivo e psicossocial, porém, diante das situações não planejadas, na vivência do sofrimento, o que está em evidência são as perdas e o ganho deste processo, isto é, aquilo que poderia potencializar o desenvolvimento no aspecto físico, cognitivo e psicossocial nem sempre ocorre.

A resiliência, esta capacidade para superar adversidades é inata ou desenvolve-se através do ambiente e nas relações?

Justifica-se como tema relevante para a psicologia, bem como para pesquisas, conhecer os meandros que ativam ou não esta capacidade de se submeter a adversidades. Visto que a psicologia como ciência e profissão visa à saúde mental do viver das pessoas, bem como dos processos que a conduzem ao equilíbrio emocional.

Postulamos que a resiliência enquanto uma capacidade, seja inata, requerendo habilidades que carecem desenvolver-se através do ambiente, nas relações humanas.

Objetivamos conhecer, compreender e refletir através da literatura existente sobre o constructo resiliência, que ainda novo no âmbito acadêmico, desperta questionamento e simultaneamente nos ensina a discursar sobre este termo com muita cautela, pois nos remete às dimensões da personalidade humana, de tal forma que precisamos reconhecer a complexidade que tal constructo possui.

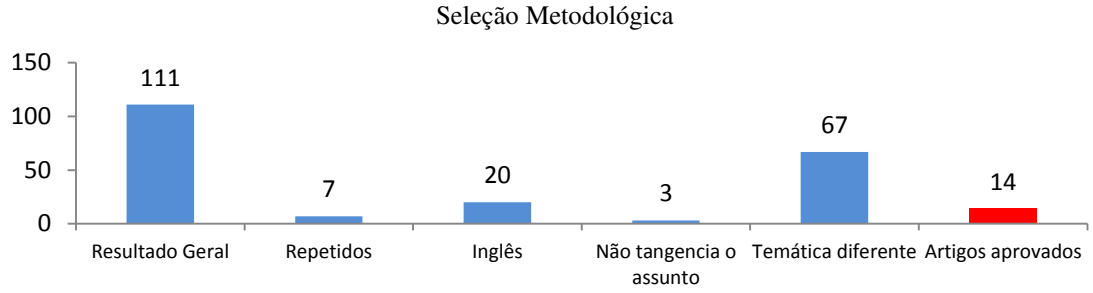
METODOLOGIA

Na busca de artigos científicos, tendo em vista a garantia de uma abrangência internacional de pesquisa, selecionou-se a base indexadora SciELO Regional, sem um recorte temporal definido. Realizou-se duas buscas distintas, utilizando-se inicialmente o termo “resiliência”, que apresentou 738

artigos, trazendo consigo um volume grande de material, que não abrange nosso foco de atenção.

Num segundo momento, utilizou-se o termo “resiliência”, com a soma do descritor “psicológica”. Adotou-se este procedimento por resiliência ser um termo inicialmente derivado da física, criando assim uma vinculação ao nosso campo de pesquisa, a psicologia. Como resultado apresentou-se 111 artigos, com um direcionamento mais focado para o campo psicológico.

Gráfico 01 – processo de seleção de artigos



Como expresso no gráfico 01, teve-se um resultado geral de busca com 111 artigos científicos. No processo de análise dos resultados, colocou-se os artigos em ordem alfabética, excluindo 07 elementos repetidos. Numa segunda etapa, excluiu-se 20 artigos de língua inglesa, pela problemática envolvida na tradução, termos técnicos e necessidade de precisão dos resultados, porém manteve-se os artigos em língua espanhola, pela facilidade de compreensão do idioma. Examinou-se os artigos, por meio da leitura dos títulos, excluindo 03 artigos que não trazem o assunto escolhido, pois basicamente tratam de cultura organizacional, intervenção em terapia familiar de uma região específica e saúde bucal.

Realizou-se então uma análise refinada, com a leitura dos 81 resumos, tendo como finalidade eliminar artigos que usando a palavra-chave aplicada, não considerassem a temática, tendo somente um tangenciamento em relação ao assunto. Neste procedimento, excluiu-se 67 artigos, que tangenciaram, porém apresentaram uma temática diferente do assunto em questão.

Como resultante desta conferência, obtivemos 14 artigos, tangenciando e tematizando nosso objeto de estudo, a resiliência psicológica. Utilizou-se então este precioso material para uma leitura completa e minuciosa, bem como

para levantamento de dados para a este artigo científico. Segue adiante uma breve descrição do conteúdo do material de estudo:

01) Artigo: Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. **Autores:** SOUZA, I. et al. **Ano**: 2017. **Objetivo:** identificar o perfil de resiliência. **Resultados:** 11,6% indivíduos resilientes, 33,1% não resilientes e 55,3% nem resilientes e nem não resilientes. **Conclusões:** mostrou-se útil a construção de perfil de resiliência, que refletem necessidades diferenciadas de acompanhamento clínico.

02) Artigo: Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Autores**: SILVA, S. M. et al. **Ano**: 2016. **Objetivo**: níveis de resiliência e burnout de enfermeiros, se resiliência é protetora do burnout. **Resultados**: 70% sem burnout, 25% burnout moderado e 5% burnout elevado; 12% resiliência reduzida, 63% resiliência moderada e 25% resiliência elevada. Apresentam ausência de burnout e elevado grau de resiliência. **Conclusões**: Intervenções sobre o ambiente de trabalho devem ser pensadas. Quanto maior o nível de resiliência menor a probabilidade de desenvolver o burnout.

03) Artigo: Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Autores**: PRESTES, C. R.; PAIVA, V. S. F. **Ano**: 2016. **Objetivo**: apresentar teorias e práticas que potencializam a saúde de mulheres negras. **Resultados**: riscos; relações raciais e perspectivas psicossociais; resiliência em mulheres negras. **Conclusões**: necessário inovar práticas e concepções nos processos de cuidado em saúde; expandir a visão do processo saúde-doença para que se incorpore o impacto das relações raciais, de gênero; uma rede de cuidados que estimule mulheres negras a superarem os contextos nocivos a que estão expostas pode potencializar processos de resiliência.

04) Artigo: Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Autores**: SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. **Ano**: 2015. **Objetivo**: percepções e experiências de estresse e resiliência. **Resultados**: alta demanda psicológica; riscos de adoecimento profissional; indicadores de resiliência superior a 60%; nível de escolaridade como fator de proteção;

mulheres com tendência a maior sensibilidade emocional; gestores com menor sensibilidade; privação de sono como estressor; trabalho interferindo na convivência familiar; suporte social, companheirismo e relações de afeto amortecendo o estresse ocupacional. **Conclusões**: identificou fatores de proteção e de risco, possibilitou refletir sobre o processo de saúde-doença, apontou aspectos a serem fortalecidos.

05) Artigo: Adversidades e resiliência no contexto da depressão materna: estudos de casos comparativos. **Autores**: PIZETA, F. A.; LOUREIRO, S. R. **Ano**: 2012. **Objetivo**: resiliência em famílias de criança sem idade escolar convivendo com depressão materna. **Resultados**: evidenciou cenários familiares de convivência, com foco nos distintos estressores em operação conjunta com a depressão materna. **Conclusões**: levar em conta as especificidades, nas estratégias de intervenção a famílias que convivem com a depressão materna.

06) Artigo: Resiliência em idosos atendidos na rede de atenção básica de saúde em município do nordeste brasileiro. **Autores**: FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. **Ano**: 2012. **Objetivo**: avaliar a resiliência na velhice. **Resultados**: positivos os relacionamentos com familiares; religiosidade é estratégia de enfrentamento eficaz; enfrentam a velhice de forma resiliente; autoestima favorável. **Conclusões**: resiliência e fatores de proteção propiciam vivência saudável, superação de adversidades; resiliência não depende de traços e disposições pessoais apriorísticos.

07) Artigo: Abuso sexual na infância e adolescência: resiliência, competência e coping. **Autores**: ANTUNES, C.; MACHADO, C. **Ano**: 2012. **Objetivo**: principais diretrizes da resiliência; principais conclusões da investigação do abuso sexual. **Resultados**: definições de resiliência com novas abordagens; confusão com outros conceitos; não é estática e tem alterações; variadas estratégias para lidar com a experiência abusiva. **Conclusões**: funcionamento adaptativo após a experiência de abuso sexual; ser como agente principal da sua própria adaptação; função protetora no imediato; papel adaptativo a longo-prazo; suporte social determinante no restabelecimento das vítimas; adaptação positiva como tarefa de todos os envolvidos.

08) Artigo: Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Autores**: REPPOLD, C. T. et al. **Ano**: 2012. **Objetivo**: discutir a pertinência da criação e utilização de escalas para mensuração da resiliência. **Resultados**: perspectiva histórica citando o desenvolvimento dos testes e escalas ao longo do tempo; apresentação detalhada de alguns aspectos e construtos, mostrando diferentes pontos de percepção. **Conclusões**: avaliação da resiliência na psicologia é assunto de controvérsia e utiliza-se de diferentes instrumentos; ser resiliente, não quer dizer que será novamente; somente faz sentido falar em resiliência diante de um contexto significativo.

09) Artigo: Tradução e validação da escala de resiliência para estudantes do ensino superior. **Autores**: OLIVEIRA, M. F.; MACHADO, T. S. **Ano**: 2011. **Objetivo**: tradução e validação do resilience scale. **Resultados**: consistência interna e correlação entre os itens e escala total; análise fatoral; validade de conteúdo e concorrente. **Conclusões**: são boas as propriedades psicométricas do instrumento; utilizada para discussão sobre a percepção do sujeito na vida, em contexto clínico e também em contexto terapêutico.

10) Artigo: A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Autores**: BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; NASCIMENTO, I. F. G. **Ano**: 2011. **Objetivo**: diferentes concepções sobre resiliência. **Resultados**: seu surgimento no campo da física; origens etmológicas; na língua inglesa, portuguesa e latina; inter-relações e aplicações. **Conclusões**: diferentes idiomas mostram aplicações variadas ao termo; sentidos diversos; pode ser concebida como resistência ao estresse, recuperação e superação ou capacidade do material voltar a sua forma inicial, entre outros.

11) Artigo: Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisistras los atentados del 11 de marzoen uma muestra de pacientes enel CSM de Alcalá de Henares. **Autores**: RUIZ, A. B. et al. **Ano**: 2010. **Objetivo**: conhecer os fatores de resiliência em vítimas de atentado. **Resultados**: 104 histórias. **Conclusões**: o fator de resiliência mais mencionado foi o apoio familiar e importância do tratamento; de modo geral mostra que o apoio sócio familiar foi importante.

12) Artigo: Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. **Autor**: BASTOS, C. L. **Ano**: 2008. **Objetivo**: relacionar temporalidade, trauma psíquico e fenômenos dissociativos como instrumentos terapêuticos. **Resultados**: relaciona tempo e cultura; associa cultura e psicopatologias; aborda a terapêutica envolvida na religião. **Conclusões**: técnicas psicoterápicas dissociativas têm uso restrito aos terapeutas religiosos /alternativos, mas em situações catastróficas, podem ser instrumentos terapêuticos, permitindo a restauração do autorrespeito e proporcionando sentido a um novo período da vida.

13) Artigo: Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. **Autores**: VÉLEZ, D. E. J. et al. **Ano**: 2005. **Objetivo**: conhecer os níveis de resiliência e espiritualidade em mulheres maltratadas. **Resultados**: 54,2 % com síndrome de estresse pós-traumático; 98,9% com violência psicológica; 43,2% com violência sexual; 98,9% com filiação religiosa. **Conclusões**: nível de escolaridade influi no nível de resiliência; altos níveis de resiliência e espiritualidade colaboram na superação da adversidade.

14) Artigo: Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Autores**: PESCE, R. P. et al. **Ano**: 2004. **Objetivo**: relacionar resiliência com eventos de vida desfavoráveis e fatores de proteção. **Resultados**: 997 alunos; 7ª/8ª e 1ª/2ª; 12 a 19 anos; meninas com maiores níveis de superação; mais resilientes tendem a ter supervisão em casa; relacionamento com professor se relaciona a níveis de resiliência. **Conclusões**: deve-se ter preocupação em não transformar resiliência num conceito “da moda”, subestimando circunstâncias de vida penosas; promoção da resiliência não deve substituir políticas de combate à desigualdade social.

RESULTADOS DA METODOLOGIA

Gráfico 02 – distribuição temporal

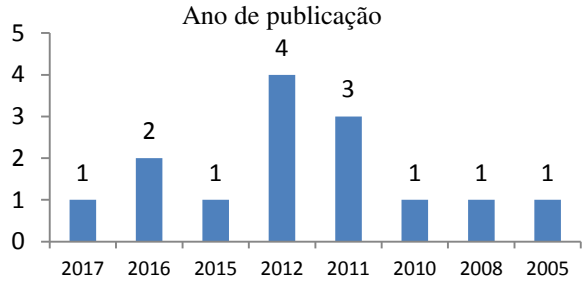
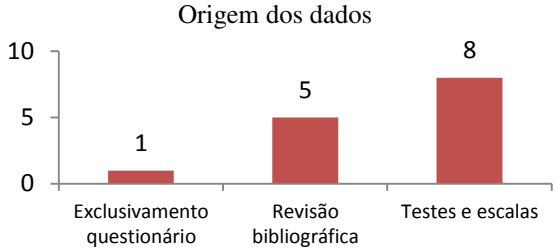


Gráfico 03 – fontes de pesquisa



Para uma análise temporal do material selecionado, verifica-se no gráfico 02, que há uma variação dos anos de 2017 a 2005, ou seja, uma amplitude de 12 anos. Destacamos que a maior parte destes artigos concentram-se nos anos de 2012 (04 artigos – 28,57%) e em 2011 (03 artigos – 21,43%).

Na tentativa de descobrir quais assuntos nortearam os artigos escolhidos, buscou-se as principais referências abordadas, para isso utilizou-se das palavras-chave apresentadas. Teve-se uma resultante de 52 expressões e neste universo destacam-se a palavra saúde, que se apresenta 03 vezes (5,77%) e resiliência, 12 vezes (23%). As demais 37 palavras-chave (71,23%) apresentam-se somente uma vez: abuso sexual, atentado terrorista, avaliação psicológica, burnout, coping, depressão, dissociação, dor crônica, enfermagem, ensino superior, envelhecimento, escala de resiliência, espiritualidade, estresse pós-traumático, estresse profissional, etimologia, eventos de vida, fatores de proteção, fatores de risco, formação de conceito, idoso, inventário de ansiedade, medicina, mensuração, mulheres, mulheres maltratadas, Origem étnica pessoal, psicopatologia, psicossocial, qualidade de vida, recuperação, relações raciais, resolução de conflito, temporalidade, trabalho, transtorno de estresse pós-traumático e vulnerabilidade.

Para saber de onde surgiram os diferentes estudos, efetuou-se uma análise demográfica, verificando que 04 artigos (28,58%), são de origem estrangeira, sendo 02 de Portugal e os demais da Colômbia e Espanha. Os 10 artigos restantes (71,42%), são de origem brasileira, podemos destacar a

região de Porto Alegre, com 03 artigos (21,43%) e São Paulo com 02 artigos (14,28%).

Buscou-se a origem dos dados trabalhados nos artigos selecionados para esta pesquisa. Tomou-se como eixo três origens básicas, para se compreender que tipo de informação foi adquirida e trabalhada. Vê-se no gráfico 03, que o uso exclusivo de questionário, foi fonte de informação da pesquisa de 01 artigo (7,14%). A busca exclusivamente em litera-tura, através da revisão bibliográfica, foi fonte para 05 artigos (35,71%). Os resultados obtidos por testes e escalas foram fonte de informação para 08 artigos (57,14%), entre eles destacamos: escala de resiliência, maslach burnout Inventory, job stress scale, escala de apoio social, escala de autoestima, escala de perspectiva espiritual, escala de tácticas de conflitos, escalas de violência física e psicológica.

DISCUSSÃO

Mediante os artigos encontrados é possível afirmar que ao mergulhar neste constructo chamado resiliência, possivelmente seremos convidados a vislumbrar e desvelar uma parte, claro que diminuta, de sua complexidade e beleza, pois certamente sua presença ou ausência, tem grande significância e implicações na existência humana, em suas múltiplas dimensões.

O nascimento do termo resiliência ocorreu na Física e Engenharia, sendo usado pelo inglês Thomas Young. Nestas áreas de conhecimento entende-se que resiliência é a característica ou capacidade de um material, que ao sofrer um impacto, não ser afetado de forma permanente. As definições de resiliência no campo das ciências humanas, bem como sua compreensão, é norteada nos estudos de acordo com a escolha dos tipos de sujeitos e grupos estudados (BRANDÃO, 2011).

Emprestamos as palavras de Souza (2017), “esta capacidade de se adaptar às circunstâncias estressantes”, onde níveis mais elevados associam-se a maiores níveis de aceitação da dor (adaptação). Isto é, a resiliência, capaz de nos inspirar a continuar a “jornada” da vida, motivados a não sucumbir e poder chegar ao destino que se busca. Mas será que esta capacidade para superar adversidades é qualidade apenas de alguns indivíduos?

Todo este processo do “renascer das cinzas” ao superar o luto, as perdas emocionais e materiais, refazer-se após ocorrência de eventos que fogem à previsibilidade e ao controle; e é visto como o ser humano vivenciando o que parecia impossível, frente a um nível elevado de sofrimento.

Salientamos na presente discussão que, julga-se necessário estar aqui expresso nossa cautela com relação a este constructo. Visto que na área de humanas, encontrou-se inúmeras definições para resiliência psicológica, fazendo ainda interface com outras áreas de conhecimento. Diante disto, temos a mesma percepção de Brandão (2011), que talvez os estudos que tangem a resiliência não sejam fruto apenas de uma perspectiva fenomenológica ou tais estudos pesquisem também fenômenos diferentes.

Como um ápice de sofrimento, deparamo-nos com Antunes (2012), que apresenta a resiliência no âmbito do abuso sexual, trazendo a possibilidade do funcionamento adaptativo e mostrando o indivíduo como agente de sua própria transformação. Assim certamente ao longo da vida iremos inevitavelmente nos deparar com situações, que farão necessário uma renovação, enquanto indivíduos, bem como nas relações que estabelecemos, podendo isso gerar mudanças profundas.

Em Bastos (2008), encontramos o fator tempo, ou melhor, a passagem do tempo, apresentando também o aspecto cultural e a visão pela ótica de diferentes religiões, bem como suas influências terapêuticas. Temos aqui na cura religiosa uma profunda ligação com o significado dado à experiência traumática.

Na temática em torno de testes e escalas, temos a complexidade em mensurar aspectos tão subjetivos do indivíduo. Oliveira (2011) avalia como positivo a aplicação do teste de resiliência, mas deixa expresso que os resultados podem mudar ao longo da vida, sendo necessário uma nova avaliação. Já Reppold (2012), diz que “os recursos utilizados, ainda que chamados de instrumentos para medir a resiliência, acabam sendo mais instrumentos de medida de ajustamento psicossocial”. Além de toda uma problemática da generalização de aspectos socioeconômicos, faixas etárias e grupos culturais. Também por analisarem características estáveis, como ansiedade, raiva, serenidade, perseverança, autoconfiança, entre outras, que podem sofrer alterações em função do momento traumático.

Ruiz (2010) apresenta o resultado de um estudo com 104 diferentes histórias, de indivíduos submetidos ao trauma de um atentado terrorista. O fator de resiliência mais mencionado foi o apoio sócio familiar; tendo ainda o tratamento pós-trauma, o enfrentamento individual, recuperação da vida cotidiana, volta ao trabalho, bem como espiritualidade e religião.

Prestes (2016), ao estudar mulheres negras em contexto de vulnerabilidade, às quais são atingidas por racismo e sexismo, vivendo a supressão dos direitos humanos em seu cotidiano e fatores de risco, expõe uma perspectiva psicossocial. Aqui, resiliência é vista como sendo resultante de um processo que ocorre nas relações humanas e o meio em que se inserem; os saberes transmitidos através das gerações e experiências coletivas maximizam a resiliência e nesta ótica é necessário considerar a história de vida destes sujeitos e lugares nos quais se relacionam, como redes sociais, territórios e comunidades e não apenas considerar o aspecto de acolhimento. Este contexto remete a uma classificação feita pela própria autora em trabalhos anteriores, posto a resiliência como classificada em duas vertentes: concepção constitucional, caracterizada por ter um olhar estrutural e adjetivante; e a vertente denominada concepção processual, que possui perspectiva com um sentido mais dinâmico, considerando assim o contexto. Ao longo dos artigos encontrados é possível ver que esta classificação permeia a maneira como este termo resiliência é abordado.

Neri (2006), relaciona resiliência individual aos apoios sociais e recursos da personalidade, fazendo menção que tais recursos, que são chamados por Bandura de mecanismos de autorregulação do self, ou seja, aqui sendo expressa a concepção processual.

Pizeta (2012) busca compreender quais as condições que poderiam ser facilitadoras ou não para a resiliência e como podem influenciar o desenvolvimento infantil produzindo impacto na vida escolar. Neste estudo dentre os fatores estressores presentes, o principal é a depressão materna e as condições que favoreceram a resiliência podem ser explicadas como que nas quais, os integrantes da família tendem a comportamentos que expressam enfrentamento de forma pró-ativa, como rotina familiar, participação paterna e pró-atividade da mãe. Elencando tais condições, estas se tornam chaves para a resiliência.

Com base em um estudo realizado com 997 adolescentes, buscou-se analisar a relação da resiliência com eventos desfavoráveis, como violência física, violência entre irmãos e pais, violência sexual e fatores de proteção como supervisão familiar e relacionamentos com amigos e professores. Os resultados apontaram que os eventos aversivos não estavam relacionados com a resiliência, mas sim aos fatores de proteção (PESCE, 2004).

Em Prestes (2016), segundo os sujeitos de pesquisa e variáveis apontadas pelos diferentes artigos até aqui, a compreensão que emerge é de que a resiliência não é determinada por traços de personalidade, conjunto de habilidades do indivíduo ou uma espécie de invulnerabilidades do sujeito, isto é, pela concepção constitucional. Pesce (2004), em concordância com Prestes (2016), diz que a resiliência não é inata, e que também não é adquirida de forma passiva ou automática no decorrer do desenvolvimento humano, mas que esta resulta de uma resposta do comportamento do indivíduo, diante de uma situação de risco ou sofrimento, e esta resposta ou variação individual, ocorre em um processo dinâmico e interativo entre o indivíduo e o meio.

Vélez (2005), ao focar seu estudo em mulheres maltratadas, apresenta o nível de escolaridade como um fator facilitador da resiliência, além de apresentarem menores índices de estresse. E que a relação entre espiritualidade e resiliência, apresenta-se como uma positiva possibilidade de exploração dos âmbitos pessoais e sociais do indivíduo.

Cabe ainda ressaltar que na busca por discutir e compreender a resiliência humana, automaticamente palavras ou pensamentos como “superação”, “vitória” e “a fênix que renasce das cinzas” logo surgem, e neste momento pode-se entender que a resiliência significa a eliminação da fonte de sofrimento. Isto é, que a adversidade foi vencida e que agora o indivíduo está numa configuração vivencial á qual sempre sonhou, porém isto não procede. No contexto que aborda os fatores de proteção, nem sempre serão eliminados os riscos vivenciais, todavia trarão encorajamento ao indivíduo como mediadores e protetores frente à adversidade (FERREIRA, 2012). Em consonância com o exposto acima, cita-se a perspectiva do paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (Life-Span), o qual pelo meta-modelo de seleção, otimização e compensação, expressa-se a capacidade de adaptação frente às perdas normativas e não-normativas ao longo do

desenvolvimento humano (NERI, 2006). Segundo o mesmo autor, "O desenvolvimento e envelhecimento bem sucedidos baseiam-se em seleção de metas, otimização dos meios para se atingir essas metas e busca de compensações quando os meios disponíveis para atingir as metas estiverem ausentes".

Diante das situações inerentes à existência humana, sejam elas esperadas (normativas) ou inesperadas (não normativas), o interesse expressa-se por buscar compreender como indivíduos dispõem de recursos internos e externos para potencializar os ganhos e minimizar as perdas, quando estas são irreversíveis. Nesta perspectiva, quando o indivíduo é acometido por perdas e suas alternativas ou possibilidades estão limitadas, será necessária uma reorganização no tocante às suas metas, isto é, aquilo que outrora poderia ser a razão do funcionamento do sujeito e agora não há possibilidade de concretização, terá que sofrer uma nivelação e desenvolver novos desejos de vida e novas metas, de acordo com as possibilidades existentes (NERI, 2006). Isto não significa que não poderá haver busca por um funcionamento num grau elevado, pelo contrário, é possível adquirir, aplicar e manter recursos internos e externos, havendo condições favoráveis que englobam uma rede social de apoio, enxergando possibilidades como alternativas para o funcionamento (NERI, 2006). Ou porque não dizer, continuar a viver possuindo novas razões para o existir?

Possivelmente nesta perspectiva do modelo Life-Span, podemos afirmar que a resiliência seja a capacidade de adaptar-se às mudanças inerentes à existência humana, mesmo quando a adversidade não se dissipa ou quando a situação não esperada é permanente ou irreversível.

Abandonando a vertente do trauma, dos eventos não normativos, mergulhamos numa nova perspectiva, a resiliência frente aos males adquiridos na rotina profissional. Assim temos em Sousa (2015), a correlação entre estresse ocupacional e resiliência, analisados em 92 profissionais da saúde. Traz a resultante da conflituosa relação de trabalho e aspectos como ocupação, escolaridade, nível hierárquico, enfim, seu papel no trabalho, nas relações e nos grupos sociais, colaborando nos índices de estresse e de resiliência. Já em Silva (2016), temos a relação entre resiliência e burnout, medida numa amostra de 200 enfermeiros. Traz como definição de burnout, "...

a reposta ao processo de estresse ocupacional crônico, o resultado de uma exposição prolongada ao estresse no trabalho causando um aumento na exaustão emocional, cinismo e ineficácia." Este estudo coloca a resiliência como um fator de proteção contra o Burnout; por ser uma variável envolvida na redução da vulnerabilidade à exaustão emocional, associando também a elevação da resiliência como um fator de redução do estresse.

Mas a compreensão do termo resiliência no meio acadêmico ainda é permeada por divergências, como mencionado no início de nossa discussão, pois nem todos compreendem a resiliência como que resultando de um processo dialético entre o indivíduo e o meio, isto é, interagindo em reciprocidade e de maneira multidimensional. Assim que a psicologia adotou o termo resiliência em estudos pioneiros, entendido que tal capacidade é resultante de traços de personalidade ou esforços cognitivos para lidar com situações de sofrimento (postura de enfrentamento e coping), isto posto emerge a ideia de que a resiliência é algo inato, talvez com probabilidades mínimas de ser adquirida (BRANDÃO, 2009). Porém ressalta-se que, um traço de personalidade não necessariamente nasça com o indivíduo, mas pode ser construído na relação entre o indivíduo e o ambiente (BRANDÃO, 2011).

O estudo considerado como marco no tema resiliência, foi pesquisa realizada por Werner e Smith, em 1989, na qual lista características presentes nos indivíduos considerados resilientes, buscando os fatores que fizeram com que esses sujeitos se adaptassem (BRANDÃO, 2011).

Vislumbrando a vertente da concepção constitucional, que segundo Prestes (2016), discorre sobre traços de personalidade em indivíduos especiais, capacidade de superar traumas e obstáculos e um conjunto de habilidades e competências do indivíduo. Na concepção constitucional, entende-se que a resiliência se restringe a algumas pessoas que possuem características específicas. Mas conforme Brandão (2011) explicita, na contemporaneidade as pesquisas partem de uma perspectiva de que a resiliência é desenvolvida na interação do sujeito com sua história, frente à adversidade que vivencia e não como resultado de traços específicos de personalidade. Porém expressam ainda, de forma enviesada, a resiliência como característica pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca por compreender a gênese de um termo relativamente novo no meio acadêmico, como a resiliência, trilhamos um caminho de pesquisa no qual o solo é formado por saberes e conhecimentos que divergem em suas múltiplas maneiras de abordar tal tema. Assim nesta pesquisa, encontrou-se inúmeros artigos com variados grupos de indivíduos inseridos nas mais variadas formas de potenciais estressores e situações de risco, tanto em âmbitos familiares, comunidade e contexto com foco em saúde, sendo vivenciados por indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano. Nisto denota que, para ocorrer o sofrimento ou potenciais estressores basta o indivíduo existir, isto é, ter nascido. Portanto, não se pode afirmar que o sofrimento intensifica-se em fase específica da vida, pois as reorganizações internas, bem como as relações, ocorrerão ao longo da existência (CAMPOS, 1993).

Ressaltamos uma perspectiva bastante relevante de resiliência, como sendo a de uma concepção processual, como a resiliência desenvolvendo-se em relação dialética entre o indivíduo e o meio, isto é, onde o indivíduo está inserido e estabelece suas relações.

Libório (2006) citado por Brandão (2009), diz que a razão para a falta de congruência na concepção da resiliência psicológica, está no fato de que, mesmo com os pesquisadores defendendo a resiliência em seu processo dinâmico, a maneira como o tema é tratado, ainda é carregado de estigmas deterministas e estáticas, com “olhar individualizante”.

Observamos que a existência humana está exposta aos potenciais estressores que podem ocorrer, ou porque não dizer, que havendo vida inevitavelmente haverá sofrimento em maior ou menor grau. Porém o que nos chama atenção é o fato que, diante de potenciais estressores, que diferem nos mais variados grupos, numa relação dialética entre sujeito e “meio”, destaca-se as relações estabelecidas como sendo fatores de proteção.

Nos artigos encontrados é possível afirmar que em sua maioria discorrem sobre a resiliência enquanto uma capacidade ou processo que ocorre numa relação recíproca entre o indivíduo, o meio e as relações que estabelece de maneira multidimensional. Mas por tratar-se de um constructo

complexo, obviamente não cabe definição que limite a compreensão ou finde a pesquisa sobre o tema. Certamente sempre será complexo falar sobre resiliência, sendo necessário levar em análise os grupos de indivíduos e as variáveis em que estão inseridos, isto é, fatores de risco, recursos internos e externos dos indivíduos e a relação dialética que aí se estabelece o que, por conseguinte, resulta em variação quanto às seguintes perguntas: Quais são as condições favoráveis para resiliência? Quais características de personalidade são favoráveis à resiliência?

Torna-se necessário que as pesquisas não sejam limitadas a alguns grupos de indivíduos ou tipos de adversidades, mas sim que haja expansão quanto aos campos estudados, para que corrobore as pesquisas de maneira a desvelar e compreender outras condições favoráveis à resiliência psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, C.; MACHADO, C. Abuso sexual na infância e adolescência: resiliência, competência e coping. **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 30 n. 1, p. 63-77, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v30n1-2/v30n1-2a07.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BASTOS, C. L. Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, v. 11, n. 2, p. 195-207, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a02v11n2.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRANDÃO, J. M. Resiliência: de que se trata? O conceito e suas implicações. **Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/TMCB-7WYN7C/disserta__o__final.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; NASCIMENTO, I. F. G. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia.** Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

CAMPOS, P. C. Consulta psicológica nas transições desenvolvimentais. **Caderno de consulta psicológica**. Porto, v. 9, p. 5-9, 1993. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5254/2/81734.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2017.

FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na rede de atenção básica de saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 46, n. 2, p. 328-334, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a09v46n2.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

LIBÓRIO, R. M. C.; CASTRO, B. M.; COÊLHO, A. E. L. **Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas**. Inn: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. **Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011. cap. 4.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OLIVEIRA, M. F.; MACHADO, T. S. Tradução e validação da escala de resiliência para estudantes do ensino superior. **Análise Psicológica.** Lisboa, v. 29, n. 4, p. 579-591, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n4/v29n4a07.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8ª. Ed. Porto Alegre, Artmed, 2006.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 20, n. 02, p. 135-143, mai./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

PIZETA, F. A.; LOUREIRO, S. R. Adversidades e resiliência no contexto da depressão materna: estudos de casos comparativos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 29, n. 1, p. 727-735, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/09.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

PRESTES, C. R.; PAIVA, V. S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 25, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00673.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

REPPOLD, C. T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** Porto Alegre, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a06v25n2.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

RUIZ, A. B. et al. Los factores de resiliencia ante lassituaciones traumáticas. Análisis tras los atentados del 11 de marzoen una muestra de pacientes enel CSM de Alcalá de Henares. **Revista de lá Asociación Española de Neuropsiquiatría.** Madrid, v. 30, n. 3, p. 375-391, jul./set. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n3/02.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SILVA, S. M. et al. Relação entre resiliência e burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto, n. 16, p. 41-48, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n16/n16a06.pdf.>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: ciência e profissão.** Brasília, v. 35, n. 03, p. 900-915, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n3/1982-3703-pcp-35-3-0900.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SOUZA, I. et al. Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, jan. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00146915.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

TABOADA, N. G.; LEGAL, E. J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n3/12.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2017.

VÉLEZ, D. E. J. et al. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos em mujeres maltratadas. **Revista de salud pública.** Bogotá, v. 07, n. 3, p. 281-292, nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n3/v7n3a04>. Acesso em: 04 abr. 2017.

EFEITOS DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS: BREVES REFLEXÕES ACERCA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Effects of therapeutic workshops: brief reflections on scientific production

CASAGRANDE, Mariana Imbruniz
Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ

SILVA, Iago Alvarim da
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

FAGUNDES, Viviane Vianna de Andrade
Centro Universitário de Jaguariúna - UniFAJ

Resumo: O objetivo deste trabalho foi analisar as produções disponíveis acerca dos efeitos das oficinas terapêuticas na vida das pessoas que apresentam algum tipo de psicose. Foi realizado um estudo de revisão das literaturas publicadas na íntegra e em português, entre os anos de 2007 a 2017, indexadas nas Bases de Dados LILACS e SciELO. Foram selecionados 10 artigos com texto completo disponível em suporte eletrônico e que obedeciam aos critérios de inclusão. Os estudos apontaram para as oficinas terapêuticas como uma das ferramentas que auxiliam na remissão dos sintomas, principalmente os que são relacionados à sociabilidade, autonomia e comunicação; o que faz delas um importante fator para a reabilitação psicossocial, (re)construção da autonomia e exercício da cidadania. Concluiu-se que as oficinas terapêuticas, quando contextualizadas junto ao Projeto Terapêutico Singular promovem impactos positivos na vida de quem apresenta algum tipo de psicose, sendo um importante dispositivo para reabilitação psicossocial na lógica de uma clínica que seja ampliada. Aponta-se a necessidade de estudos de campo sobre o tema, associado ao cuidado com diversos transtornos mentais.
Palavras-chave: saúde mental, oficinas terapêuticas, reabilitação psicossocial; psicoses.

Abstract: The objective of this work was to analyze the available productions about the effects of therapeutic workshops on the lives of people with some type of psychosis. A study was carried out to review the literature published in full and in Portuguese, between 2007 and 2017, indexed in the LILACS and SciELO databases. We selected 20 articles with full text available in electronic format that met the inclusion criteria. The studies pointed to the therapeutic workshops as one of the tools that help in the remission of symptoms, especially those related to autonomy, communication and sociability; which makes them an important factor for psychosocial rehabilitation, (re) construction of autonomy and exercise of citizenship. It was concluded that the therapeutic workshops, when contextualized with the Unique Therapeutic Project promote positive impacts on the life of those who present some type of psychosis, being an important device for psychosocial rehabilitation in the logic of a clinic that is enlarged. It is pointed out the necessity of field studies on the subject, associated to the care with diverse mental disorders.
Keywords: mental health, therapeutic workshops, psychosocial rehabilitation; psychoses.

INTRODUÇÃO

Com a reforma psiquiátrica, inaugurada no Brasil há mais de quatro décadas, a reformulação no cuidado em saúde mental foi marcada pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, articulados para compor uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que preconiza a necessidade de equipamentos múltiplos para atender a complexidade do sofrimento psíquico (WETZEL & KANTORSKI, 2004).

As oficinas terapêuticas estão entre os equipamentos substitutivos e são serviços estratégicos para impulsionar o processo de reabilitação psicossocial. Elas reúnem um conjunto de práticas variadas e desenvolvidas nos novos serviços de saúde mental, como os CAPS ou Centros de Convivência; ou ainda, como modalidade de intervenção inserida em políticas locais, com a força de superar a concepção manicomial massificante das oficinas que, por sua vez, tinham a função apenas de ocupar e entreter o doente (DAMASCENO & REINALDO, 2009).

Na prática, elas envolvem o trabalho, a criação, a geração de renda e a autonomia do sujeito, distanciando-se, assim, de nova institucionalização e cronificação (MONTEIRO & LAYOLA, 2009). Nesse sentido, as oficinas terapêuticas são consideradas por diversos autores enquanto ferramenta de redução dos efeitos debilitantes do tratamento convencional, permitindo o acolhimento da demanda dos usuários nos cenários sociais dos cidadãos comuns (NASCIMENTO & PÍTIA, 2010).

As oficinas podem ser utilizadas em diversos setores da saúde e de outros que compõem a vida em comunidade. No campo da saúde mental, é útil para acolher qualquer tipo de sofrimento psíquico, especialmente as pessoas que apresentam um quadro psicótico, tal como pode ser verificado em diversos registros na história da psiquiatria.

Assim, Nise da Silveira e sua terapêutica contribuíram significativamente para uma prática psiquiátrica carregada de afeto, que considerava o doente e sua relação com o mundo subjetivo. Ela sintetizou a necessidade de considerar o tempo *versus* o afeto nos transtornos psiquiátricos, favorecendo o entendimento e a compreensão acerca da condição humana de pessoas com sofrimento psíquico. Em uma perspectiva

de atenção psicossocial, seu trabalho contribuiu para o êxito da substituição dos hospitais psiquiátricos e das formas de tratamento retrógrados, favorecendo a "emoção de lidar" com o mundo (GUIMARÃES & SAEKI, 2007).

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar a literatura acerca do impacto das oficinas terapêuticas na vida de pessoas que apresentam algum tipo de psicose e analisar a produção disponível na literatura científica sobre esse tema.

Um dos fatores que qualifica as oficinas enquanto estratégia, para a reforma psiquiátrica, é a articulação entre diversos serviços de saúde e setores da comunidade. Portanto, no desenvolvimento deste artigo, além dos resultados relacionados à pergunta de pesquisa, fez sentido, inicialmente, expor breves informações coletadas acerca de alguns equipamentos substitutivos no esboço de uma linha do tempo.

Do Tratamento Moral à Clínica Ampliada

O sentido do trabalho e de qualquer atividade realizada pelos pacientes enquanto parte do tratamento em saúde mental sofreu mudanças ao longo do tempo. O tratamento que começou a ser realizado nos manicômios, no final do século XVIII, foi o "tratamento moral", ou seja, os loucos eram considerados alienados, que não conseguiam distinguir o bem e o mal, e só seriam curados se reaprendessem essa distinção. Partindo desse princípio, o tratamento lidava com o ato de adverti-los e puni-los cada vez que cometessem algo indevido. Essas punições fariam com que reconhecessem seus erros e não os cometessem mais (MINAS GERAIS, 2006).

Essa forma de tratamento moral estava atrelada às concepções de saúde e doença e suas formas de tratamento pautadas em uma clínica totalmente positivista, ou seja, "[...] sua racionalidade é baseada na observação e classificação da natureza" com a primazia dos "[...] sentidos para captar sinais da doença presente no corpo enquanto se menospreza a subjetividade singular do doente, tida como supérflua" (CAMPOS, 2015, p. 29-32). Assim, estes métodos apresentaram-se inefetivos e desumanos, com isso surgiu uma nova perspectiva, tendo por objetivo a saúde mental e não mais a doença mental (MINAS GERAIS, 2006).

> *A clínica moderna, mediante um processo empírico, busca descobrir a doença presente no doente. Em outras palavras, fundamenta-se unicamente no campo perceptivo, guiado pelo exercício do olhar. Seu objeto de atenção é a doença, percebida pela experiência sensível (CAMPOS, 2015, p.36).*

Ao final da II Guerra Mundial, iniciaram-se os primeiros passos para uma reforma psiquiátrica. Os primeiros movimentos dessa reforma se difundiram, principalmente, na Inglaterra, França e Itália, e eram contrários à maneira repressiva que os hospitais psiquiátricos lidavam com seus pacientes, deixando-os abandonados, em péssimas condições de alimentação, higiênicas e ambientais, sofrendo maus-tratos constantes e tratamento agressivo (MINAS GERAIS, 2006).

Esses países tiveram grande influência na reforma psiquiátrica brasileira e, na década de 80, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, representando o fim de uma trajetória sanitarista e o início de propostas de ação social no âmbito da saúde mental, além do começo do Movimento Antimanicomial. Posteriormente se seguiram a 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreram em 1992 e 2001, respectivamente (MINAS GERAIS, 2006).

Um importante conceito que orienta a direção e qualidade da atenção psicossocial é o de “Clínica Ampliada”. Trata-se da articulação e diálogo entre as diversas especialidades na construção de um tipo de cuidado em saúde mental com base na subjetividade do usuário e em seu direito de cidadão ativo na elaboração de seu próprio projeto terapêutico. Dessa maneira, a clínica ampliada envolve o Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto produto da discussão coletiva entre profissionais e usuário e tem seu efeito na transcendência do diagnóstico, ao passo que é fundamentado a partir da singularidade do usuário e na receptividade das diferenças. (Brasil, 2004)

Queiroz & Delamuta (2011) apontam a importância da equipe interdisciplinar tomar o sujeito em sua completude para além da doença, ou seja, compreender a dinâmica familiar, social, de trabalho. Possibilitando assim, uma elaboração e execução mais precisa do projeto terapêutico singular.

A psicose[2] explicita bem o rompimento dos laços sociais, pois o sujeito acometido não é mais dotado de total autonomia, algo imprescindível no sistema capitalista, passando, portanto, ao status de dependente. Sigmund Freud, em *"A perda da realidade na Neurose e Psicose"*, considera que a psicose reflete uma dificuldade intensa na relação do sujeito com as exigências do mundo externo bem como com as frustrações advindas do mesmo. A psicanálise pode fundamentar tanto a compreensão quanto o cuidado em saúde mental visando a reabilitação psicossocial, pois é a partir da escuta da subjetividade que o desejo do sujeito poderá compor novas trajetórias de vida.

O modelo atual de cuidado absorve as oficinas terapêuticas enquanto um importante recurso clínico no PTS do sujeito, como denota a seguinte citação: "[...] não devemos usar as oficinas como uma resposta pré-formada, e sim produzi-las como recurso nos processos de singularização, de produção de emancipação e de construção de cidadania na vida social" (MINAS GERAIS, 2006, p. 72).

Serviços Substitutivos

Após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, as ações foram direcionadas para acolher a demanda dos moradores de instituições psiquiátricas para promover a desinstitucionalização de maneira mais efetiva, o que culminou nos "lares abrigados". As iniciativas exitosas nesse âmbito em diversas cidades do sudeste do país incentivaram a elaboração da Portaria n.º 106/2000 (regulamentada pela portaria n.º 1.220/2000), do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Os SRTs são casas com um número limitado para egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. A gestão dessa moradia é feita pelos moradores que recebem apoio de uma equipe multiprofissional em intensidades variáveis, de acordo com o grau de independência do grupo (BRASIL, 2004). O morador que antes tinha uma vida de dependência precisou passar pela reabilitação psicossocial para uma vida em liberdade, com direitos

[2] Considerada a perda do contato com a realidade, caracteriza-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro (DALGALARRONDO, 2008)

e deveres de cidadãos. Para alcançar esses objetivos, as oficinas terapêuticas com modalidades variadas foram essenciais. Portanto, os SRTs são dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reabilitação que "[...] visam devolver ao sujeito sua capacidade de gerenciamento de sua própria vida, seu poder contratual, aumentar seu grau de autonomia e sua capacidade de escolha" (CAMPOS, 2015, p. 60). Para isso aproxima-se o doente da sociedade e da família, retirando-o do hospital psiquiátrico.

A implantação dos SRTs foi uma importante iniciativa para superação do modelo manicomial, mas o grande marco foi a Lei Federal n.º 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Nesse ciclo de mudanças observa-se uma articulação entre as portarias a fim de garantir o cuidado extramuro. Exemplo disso, também foi a Lei n.º 10.708/2003, que propiciou o Programa de Volta Para Casa, um auxílio financeiro para os pacientes que recebiam alta de internações psiquiátricas que tiveram a duração de no mínimo dois anos ininterruptos. Com isso, a redução de leitos psiquiátricos foi acelerada e ganhou mais força ainda com a as Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2004).

O principal dispositivo para a reforma psiquiátrica são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que surgiram no país. Foram regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e fazem parte do SUS. Historicamente, passaram a funcionar com propostas semelhantes às atuais, desde a Portaria GM 224/92, quando eram definidos como "unidades de saúde locais/regionalizadas que ofereciam atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional" (BRASIL, 2004).

A missão dos CAPS é acolher, regular e acompanhar a demanda de saúde mental de um município e/ou região. As pessoas atendidas são as que apresentam transtornos mentais graves e devem ser acompanhadas em seus Projetos Terapêuticos Singulares, com a ênfase no estímulo da autonomia e

integração familiar e social em um "território" concreto, ou seja, no espaço da cidade onde a vida acontece. Segundo Brasil (2004), esse serviço é dividido a partir do público e delimitação das demandas, e de acordo com o tamanho populacional do território:

• CAPS I (de 20 mil a 70 mil habitantes) e CAPS II (de 70 mil a 200 mil habitantes): são para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

• CAPS III (acima de 200 mil habitantes): são para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana.

• CAPS ad (de 70 mil a 200 mil habitantes): para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

• CAPS i (acima de 200 mil habitantes): para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Notam-se nos CAPS diferentes formas de abordar o sujeito e de aplicar os diferentes métodos terapêuticos, os quais se diferem em diversas regiões, tanto nas cidades quanto nos Estados. Os profissionais são uma chave importante para um bom fazer clínico, para um bom impacto das atividades terapêuticas, mas também podem ser um dos problemas que retardam o progresso e o processo dos diferentes métodos, nas oficinas terapêuticas. E, se por um lado bons profissionais buscam a melhor forma de realizá-las, por outro:

> *[...] não há como prever se alguma atividade poderá ser útil, ou não, para algum paciente. A operacionalidade das oficinas reside, justamente, no acaso, não existindo uma oficina a priori. No encontro com os pacientes, quem vai saber o que cada um vai inventar? [...] o importante é o acidente, a descoberta acidental, a oportunidade que se abre e a que o sujeito responde, dando, a um material qualquer, um lugar único. Estamos no campo da reinvenção, como os pacientes (SILVA& ALENCAR, 2009, p. 5).*

Em saúde mental, mais especificamente com relação à psicose, fala-se em reabilitação psicossocial e, nesse sentido, "reabilitar" significa transformar uma desabilitação numa habilitação, uma incapacidade numa capacidade. O sujeito, então, é sempre alguém considerado como portador de um déficit, que se pretende extinguir. Mas, Benedetto, 1999 (apud Minas Gerais, 2006, p. 71), acredita que as habilidades se concretizam nas redes sociais e nas trocas que elas proporcionam ou não, "o autor propõe chamar de reabilitação 'um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos - onde se coloca como decisiva a perspectiva da negociação", portanto, não se trata de conduzi-lo a uma meta estabelecida, mas de convidá-lo a exercer plenamente tudo aquilo que é capaz.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura e uma análise da produção científica acerca dos efeitos das oficinas terapêuticas na vida das pessoas que apresentam algum tipo de psicose. Os dados foram coletados no período de abril de 2017 a abril de 2018, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Os critérios de inclusão foram: artigos disponibilizados na íntegra, em português, publicados entre os anos de 2007 e 2017. Inicialmente, foi utilizado o descritor "reabilitação psicossocial" e a partir dos critérios de inclusão foi composta uma amostra de 380 produções. Com o cruzamento dos descritores "oficinas terapêuticas", "reabilitação psicossocial" e "saúde mental" e com a leitura prévia dos títulos e resumos, apenas, foram selecionados 20 artigos e, para refinamento das buscas e delimitação do tema, optou-se por acrescentar aos critérios de inclusão, artigos que abordassem oficinas terapêuticas com pessoas adultas portadoras de algum tipo de psicose. Ao cruzar os descritores "reabilitação psicossocial", "psicose" e "oficinas terapêuticas", obteve-se 10 artigos disponíveis em rede eletrônica que obedeciam aos critérios de inclusão.

A análise dos estudos foi realizada, inicialmente, pela leitura completa dos estudos, interpretação dos resultados e seleção de trechos associados ao tema. Posteriormente, o conteúdo foi classificado em categorias temáticas

(autor, área de produção, tipos de oficinas terapêuticas e sínteses que abordavam os impactos das oficinas), que foram descritas conforme demonstra a tabela a seguir (figura 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1 – Sistematização dos artigos quanto ao autor (es), área de produção, tipos de oficina e impactos relatados.

Autor (es)	Áreas de produção	Tipos de Oficina	Impactos Relatados
ALBERTI, COSTA e MOREIRA.	Psicologia	Não-Diretiva	Maior autonomia e contato com a subjetividade.
ASSAD e PEDRÃO	Enfermagem	Semidiretiva	Melhora na comunicação verbal e corporal, coletivo e individual, frente às vivencias diárias.
CIRINEU et al.	Enfermagem e Terapia Ocupacional	Semidiretiva	Melhora nas funções executivas, de comunicação verbal, interação social, e diminuição da linguagem acelerada e da irritabilidade.
CORREIA e TORRENTE	Medicina	Semidiretiva	Promoção da autonomia, construção de autocuidado, remissão de sintomas. Percepção da autoimagem e engajamento.
DAMASCENO e REINALDO	Enfermagem	Semidiretiva	A ampliação das relações sociais / vínculos afetivos e o desenvolvimento de potencialidades no campo da arte.
IBIAPINA, et al.	Enfermagem	Semidiretiva	Contribuição para a efetiva mudança social acerca da doença mental e inclusão social de pessoas com transtornos psíquicos no cotidiano familiar e na comunidade.
MACHADO, MIASSO e PEDRÃO.	Enfermagem	Diretiva	A partir da identificação dos sentimentos dos usuários, encontram-se resultados positivos que apontam para um controle da sintomatologia e dos surtos.
MONTEIRO e LAYOLA	Enfermagem	Semidiretiva	Há possibilidade de trocas e de alívio das tensões cotidianas, ou seja, a demanda e os ganhos estão relacionados à inserção social.
NASCIMENTO e PÍTIA	Enfermagem e Fisioterapia	Diretiva	Socialização/convivência, melhora nas habilidades manuais para execução de outras oficinas (autonomia) e o resgate do exercício da cidadania para o usuário do serviço.
SILVA e ALENCAR	Psicologia	Não - Diretiva	Estabilização dos sintomas psicóticos para alguns devido a liberdade expressiva; contato do usuário com questões de sua subjetividade.

Delineamento e Áreas de Produção

Entre os 20 artigos selecionados, 10 eram de revisão bibliográfica e 10 de pesquisa de campo, e abrangeram diferentes tipos e abordagens de estudo como: entrevistas semiestruturadas; questionários; grupo de discussões;

atividades artísticas e diário de campo para registro de observações e roteiro de coleta.

Dos artigos analisados, os de campo foram os que mais apresentaram informações para responder às questões referentes ao tema deste estudo, visto que trouxeram dados empíricos sobre a prática e os efeitos das oficinas terapêuticas, especialmente com psicóticos. Os de análise foram utilizados como complementos teóricos.

Notou-se, ainda, que a área de conhecimento que mais produziu acerca do tema foi a Enfermagem (70%), atrelada a outras áreas como Fisioterapia (10%) e Terapia Ocupacional (10%); seguidos por Psicologia (20%) e Medicina (10%). Mas, há uma escassez de pesquisas de campo que abordem os impactos das oficinas terapêuticas em saúde mental, associadas ao cuidado com os diversos transtornos mentais.

Tipos de oficinas

Foram estudados 10 artigos. Destes, 20% analisavam oficinas não diretivas (oficinas de atividades de livre expressão), 60% oficinas semidiretivas (atividade definida pelo terapeuta, mas com flexibilidade em relação à produção de cada membro do grupo) e 20% oficinas diretivas (com atividades definidas e criteriosamente conduzidas em direção à uma produção grupal mais padronizada).

Pádua & Morais (2010) apresentam as oficinas expressivas como uma forma de combate às imposições de uma sociedade que segue a lógica capitalista na qual ter é ser, e aquele que não é capaz de produzir o que é imposto em suas normas e padrões independente de sua vontade e desejos, é excluído. As atividades expressivas, então, entrariam como uma forma de promover a autonomia e poder contratual do sujeito por meio de expressões artísticas em suas diversas formas de realização, promovendo, assim, um contato íntimo entre usuários e sociedade, viabilizando, então, uma desmistificação da loucura.

> *Vale ressaltar que para portadores de transtorno mental escolher entre diversas possibilidades e encarar o desafio sem cobranças podem gerar prazer. Assim, é de se esperar que os momentos vivenciados em atividades*

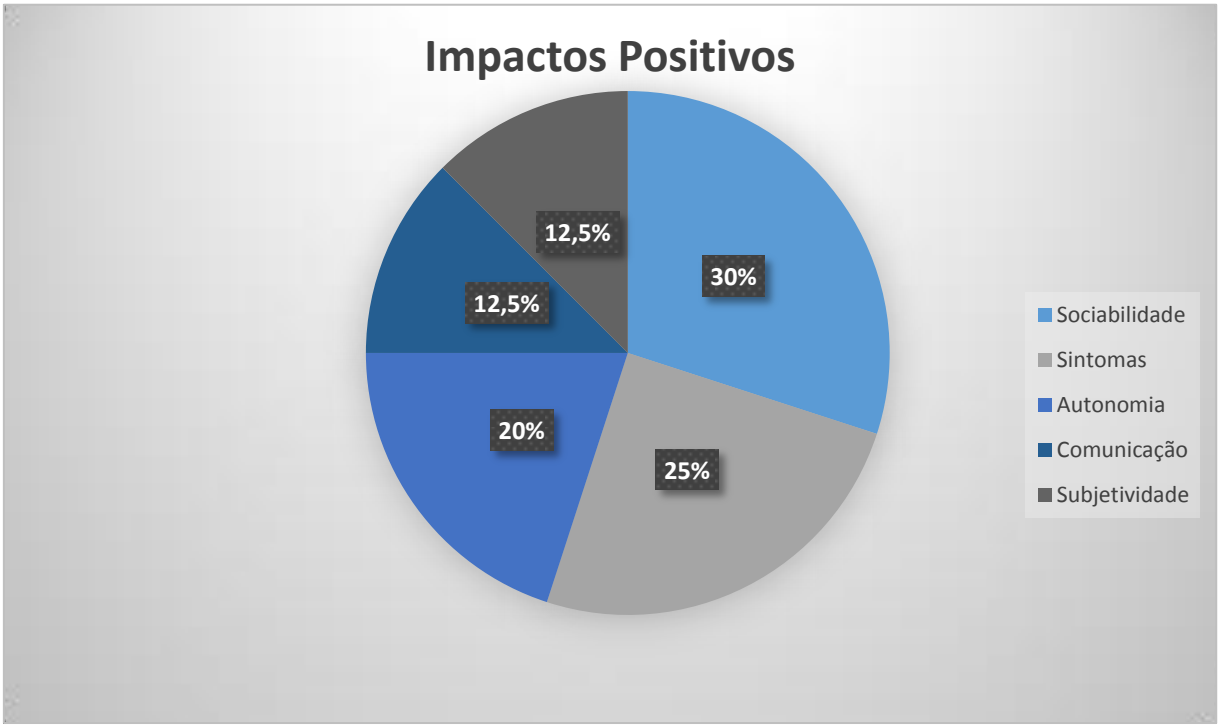
> *desta natureza sirvam de subsídio para que os portadores estejam prontos a enfrentarem desafios maiores (MACHADO, MIASSO & PEDRÃO, 2011, p. 462).*

E, para isso, é imprescindível ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais para a reestruturação da assistência psiquiátrica a partir do trabalho em diferentes cenários, que ainda têm insuficiente visibilidade na comunidade e na rede assistencial como locais terapêuticos, sendo necessário desvendar que espaços são esses e desenvolver suas potencialidades o mais rápido possível. (DAMASCENO & REINALDO, 2009)

Efeitos das oficinas pela análise da produção científica

Na figura 2, observa-se os impactos das oficinas na vida dos participantes dos estudos selecionados. Foi preponderante o efeito positivo na sociabilidade (30%), seguido da sintomatologia/surtos (25%), autonomia (20%), com equivalência entre subjetividade e comunicação (12,5%).

Figura 2 - Impacto das oficinas terapêuticas nos portadores de transtornos psicóticos no contexto da reabilitação psicossocial.



A sociabilidade está relacionada a ampliação das redes sociais, inclusão/inserção nos meios sociais e convivência em comunidade; os sintomas dizem respeito a remissão parcial dos surtos, melhora nas funções executivas e na linguagem; a autonomia se dá por meio da construção de autocuidado, valorização das potencialidades e desenvolvimento de habilidades em diversos aspectos da vida; a subjetividade está ligada a autopercepção e a comunicação diz respeito a expressão verbal/corporal e coletiva/individual.

Efeitos das oficinas pela análise teórica

Impactos positivos

A análise dos impactos das oficinas terapêuticas não é só pautada pela avaliação de seu funcionamento técnico, mas também, pelo conjunto articulado de profissionais, usuários, familiares e sociedade. Nesse sentido, os autores identificaram a importância das oficinas na relação família-profissional, impactos positivos no tratamento pertinentes a maior eficácia e aderência dos usuários, mudanças de atitude por parte dos profissionais frente ao seu modo de pensar o sujeito e exercer seu ofício. (FARIAS, 2016)

Correia e Torrente (2016), em um estudo acerca dos efeitos da arte em pessoas com transtorno mental, incluiu o empoderamento como impacto positivo em relação a psicose, que envolve promoção da autonomia e protagonismo na própria vida, além da minimização de aspectos negativos da doença mental. Assad e Pedrão (2013), nesta mesma perspectiva artística relatam que estas atividades artísticas e expressivas possibilitam o estabelecimento de vínculos, exteriorização de sentimentos e autoconhecimento. Porém, há efeitos negativos quanto a percepção da autoimagem e dificuldades de engajamento nas atividades.

Em relação aos impactos das oficinas no tratamento dos sujeitos psicóticos, observou-se a remissão parcial dos sintomas, e isto significa aqui “parecer menos doente”. (MONTEIRO & LAYOLA, 2009, p. 440). Esse tipo de efeito das oficinas foi associado também à melhora da autonomia, sociabilidade e capacidade de expressar a própria subjetividade nas diversas formas de comunicação (verbal/corporal e coletiva/individual).

A adesão dos usuários à atividade proposta vai para além do seu objetivo final e perpassa pela possibilidade de trocas e do alívio de tensões cotidianas, ou seja, a demanda e os ganhos estão relacionados à inserção social. A partir da identificação dos sentimentos dos usuários, encontra-se resultados positivos das atividades de recreação desenvolvidas no CAPS, que apontam para um controle da sintomatologia e dos surtos. (MACHADO, MIASSO & PEDRÃO, 2011)

Os resultados apontam, ainda, para a melhora da autoestima (segurança, mudança de atitudes, reconhecimento); superação dos limites cotidianos (desestagnação, postura ativa, tolerância e respeito às diferenças, controle de impulsos); liberdade de ações e pensamentos; melhora nas relações interpessoais, no autocuidado, na percepção da autoimagem, nas potencialidades e habilidades. O pertencimento a um grupo e a convivência fortalecem os vínculos afetivos e sociais, questão central no cuidado em saúde mental, a valorização e o respeito possibilitam o exercício da cidadania. (MONTEIRO & LAYOLA, 2009)

> *Deste modo, as oficinas terapêuticas são de suma importância para a ressocialização no sentido de configurar uma peça chave desse processo que possibilita o desenvolvimento de atividades em grupo, respeitando as diferenças e as individualidades de cada participante (IBIAPINA, 2017, p. 7).*

Críticas e cuidados acerca das oficinas

Pádua & Morais (2010), critica o modo de construção e ação das oficinas realizadas exclusivamente nos CAPs, pois estas, tendem a ser uma atualização dos sistemas excludentes que não é feito de forma explícita como outrora, tornando sua articulação aceita socialmente, justamente por não haver um real contanto entre usuário e comunidade. Portanto, segundo o autor, a lógica manicomial se perpetua ao se realizar a delimitação e controle dos espaços nos quais o usuário pode transitar, privando assim, a sociedade de seu contato. Outro fator que resgata o modelo tradicional, é a criação e indicação da oficina pautada apenas no desejo dos profissionais e fora dos projetos terapêuticos singulares. (FIORATI & SAEKI, 2013).

> *Dessa forma, continuam sem os seus direitos de cidadãos e percorrem apenas o caminho casa-serviço de saúde mental, ao invés de circular em outros locais da cidade. Desse modo, em alguns CAPS, perpetua-se a lógica manicomial, só que agora em outra instituição: os CAPS-manicômios (PÁDUA & MORAIS, 2010).*

Sanduvette (2007),faz uma crítica veemente ao modo de ação e construção de algumas oficinas terapêuticas nas quais as formas de tratamento não passam de reproduções mecânicas onde se prioriza o tratamento medicamentoso, sendo que, as atividades de outros profissionais são meramente periféricas. Apontando que a promoção da saúde é a união entre eficiência e eficácia, sendo, assim, necessário uma atitude de enfrentamento das dificuldades do campo pelos profissionais, a fim de gerar mudança e melhoras, e não mais aplicar métodos eficientes, porém ineficazes, em outras palavras, não reproduzir instrumentos de ação que não provoquem mudança.

Alberti et al. (2011) traz um exemplo de um usuário que sucumbia em crise ao ter sua produção artística reduzida a algumas cédulas de dinheiro, ou seja, ele almeja reconhecimento daquilo que produziu pelo outro. Portanto, esses produtos não possuem um sentido em si, não visam nada, além de si mesmos, e se há algum “sentido”, este deve ser buscado no “fazer” singular do psicótico. (SILVA & ALENCAR, 2009)

Assim, refletem sobre o lugar da oficina terapêutica frente aquelas outras realizadas com finalidade meramente ocupacionais, trazendo então a questão do discurso da cidadania, que sim, contempla a singularidade do sujeito, porém, de um lado o discurso politicamente correto concebendo-as como um espaço de articulação da cidadania, portanto de reestabelecimento/reinserção social, e aquele que abarca o desejo do sujeito de fazer ou o laço com a oficina. A luta pela reinserção da cidadania pode produzir um excesso de enquadramento que não permite o surgimento do sujeito. (ALBERTI et al., 2011)

Alberti et al. (2011) propôs, então, realizar uma oficina construída a partir do desejo dos usuários, onde decidiam a atividade a ser realizadas, sem especificação e identidade e não era imposto a participação, ou seja, há liberdade de se vincular ou não a esta, de fazer o que se deseja. Elas promoveram autonomia pelo poder da escolha; sociabilidade ao terem de

decidir e trabalhar em grupo entre outros ganhos (ALBERTI et al., 2011). Então, este trabalho terá função variável para cada usuário da oficina, ou seja, dependerá de como o paciente, com seu "saber fazer", irá se relacionar com o material oferecido pela oficina terapêutica. (SILVA & ALENCAR, 2009)

A oficina terapêutica deve ser um lugar onde o sujeito acometido pela psicose possa criar, ser livre e aquilo que vier a produzir não necessite de aceitação social, no sentido estético. As práticas criativas podem contribuir para a estabilização da psicose. (SILVA & ALENCAR, 2009). Assim, o grupo viabiliza a socialização, o desenvolvimento, novas possibilidades de enfrentamento e melhor desempenho dos indivíduos no que tange os aspectos relacionados a sua doença. O grupo pode tornar-se um ambiente facilitador para a exploração do mundo. (CIRINEU et al, 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos acometidos por transtornos psicóticos, geralmente, constituem uma população negligenciada devido à toda carga histórica de preconceitos e, que, mesmo após o processo de desinstitucionalização ainda sofre com os estigmas do passado. Esta população se apresenta como um desafio para os dispositivos de saúde, devido a sua complexidade sintomatológica, dificuldades relacionais, prejuízos na autonomia e laços sociais, entre outros. Assim, o presente estudo constatou que as Oficinas Terapêuticas são ferramentas necessárias à superação dessas dificuldades.

Concluiu-se, então, que quando articuladas em função do desejo dos sujeitos psicóticos, as oficinas terapêuticas apresentam impactos positivos revelados, principalmente, pelo aumento do grau de sociabilidade e autonomia. Portanto, as oficinas devem ter sentido para o sujeito, existirem enquanto aliança entre o desejo e a singularidade de quem a opera e o objetivo do oficineiro. Trata-se de uma tomada de posição a partir da clínica ampliada que se opõem ao modelo manicomial massificador, no qual o usuário não tinha voz.

Observou-se que o objetivo das oficinas terapêuticas não é o entretenimento com o sentido reducionista de eliminar o ócio tal como eram concebidas no modelo manicomial, mas sim o resgate e o desenvolvimento de habilidades psicossociais, que englobam ação, mudança, inovação e

criatividade. Portanto, não se deve torná-la uma atividade diretiva com o peso de obrigação, e sim um momento prazeroso e leve, realizado a partir do desejo e das possibilidades de cada um. (MONTEIRO & LAYOLA, 2009)

Todos os artigos analisados, apresentaram enquanto um dos pontos de convergência de linha de pensamento que, o eixo de impacto (saúde/vida) das Oficinas Terapêuticas supera em certos casos o paradigma manicomial de ocupar o doente e avança para a autonomia. Trata-se de um recurso clínico cujo êxito ocorre ao funcionar nos âmbitos do afeto, trocas sociais, inclusão e inserção, trabalho, habilidade, entre outros, tornando-se, então, uma clínica com efeito na sociedade, por meio da singularidade.

Referências Bibliográficas

ALBERTI, S.; COSTA, A. C.; MOREIRA, J. O. **Oficina do ócio: um convite para o sujeito**. Rev. latinoam. psicopatol. Fundam. São Paulo, v.14, n.3, p.499-512, set. 2011.

ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J.; CIRINEU, C. T. **Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf >. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

CAMPOS, G. W. **História da Clínica e Atenção Básica: O Desafio da Ampliação**. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

CORREIA, P. R.; TORRENTE, M. O. N. **Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos**

mentais: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde colet. Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.487-495, dez. 2016.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico]** / **Paulo Dalgalarrondo**. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMASCENO, E. C. & REINALDO, A. M. dos S. **Oficinas Terapêuticas para Hábito de Vida Saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário:** Relato de Experiência.Cogitare Enferm 2009 Jan/Mar; 14(1):178-82.

FARIAS, I. T.; THOFEHRN, M. B.; KANTORSKI, L. P. **A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocia**l. Revista Uruguaya de Enfermería Montevideo, noviembre 2016, Vol 11, N° 2. ISSN On line: 2301-0371.

FREUD, S. **A perda da realidade na neurose e na psicose (1924c)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FIORATI, R. C. & SAEKI, T. **Projeto Terapêutico nos Serviços Extra-Hospitalares de Saúde Mental**: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.3, p.587-598, 2012.

GUIMARÃES, J. & SAEKI, T. **Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):531-538, 2007.

IBIAPINA, A. R. S. et al. **Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em pacientes com transtorno mental**. Esc Anna Nery 2017;21(3):e20160375.

MACHADO, A. M.; MIASSO, A. I.; PEDRÃO, L. J. **Sentimento do portador de transtorno mental em processo de reabilitação psicossocial frente à atividade de recreação.** RevEscEnferm USP 2011; 45(2):458-64.

MONTEIRO, R. de L. & LAYOLA, C. M. D. **Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jul-Set; 18(3): 436-42.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

NASCIMENTO, C. C. do; PÍTIA, A. C. de A. **Oficina de Trabalho Corporal: uma estratégia de reabilitação psicossocial no trabalho em saúde mental.** Cienc Cuid Saude 2010 Jul/Set; 9(3):610-617.

PADUA, F. H. P.; MORAIS, M. L. S. **Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades**. Psicol. USP, São Paulo, v.21, n.2, p.457-478, jun. 2010.

QUEIROZ, M. S.; DELAMUTA, L. A. **Saúde mental e trabalho interdisciplinar**: a experiência do "Cândido Ferreira "em Campinas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3603-3612, Aug. 2011.

SILVA, T. J. F. da; ALENCAR, M. L. O. A. **Invenção e endereçamento na oficina terapêutica em um centro de atenção diária.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 12, n. 3, p. 524-538, Sept. 2009.

SANDUVETTE, Verônica. **Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS).** Psicol. USP, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 83-100, Mar. 2007.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. **Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**. Texto Contexto Enferm 2004 Out-Dez; 13(4):593-8.