

# ENSINO, GESTÃO, TECNOLOGIA E SAÚDE

Organizadores:  
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior  
Cícero de Sousa Lacerda  
Edjanece Guedes de Melo Romão  
Janine Agra Padilha

**ISBN: 978-65-5825-136-1**

# **ENSINO, GESTÃO, TECNOLOGIA E SAÚDE**

**Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior  
Cícero de Sousa Lacerda  
Edjanece Guedes de Melo Romão  
Janine Agra Padilha  
(Organizadores)**

Centro Universitário – UNIESP

Cabedelo - PB  
2022



## **CENTRO UNIVERSITÁRIO UNESP**

### **Reitora**

Érika Marques de Almeida Lima

### **Pró-Reitora Acadêmica**

Iany Cavalcanti da Silva Barros

### **Editor-chefe**

Cícero de Sousa Lacerda

### **Editores assistentes**

Márcia de Albuquerque Alves  
Josemary Marcionila F. R. de C. Rocha

### **Editora-técnica**

Elaine Cristina de Brito Moreira

### **Corpo Editorial**

Ana Margareth Sarmiento – Estética  
Anneliese Heyden Cabral de Lira – Arquitetura  
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior - Medicina  
Aristides Medeiros Leite - Medicina  
Carlos Fernando de Mello Júnior - Medicina  
Daniel Vitor da Silveira da Costa – Publicidade e Propaganda  
Érika Lira de Oliveira – Odontologia  
Ivanildo Félix da Silva Júnior – Pedagogia  
Jancelice dos Santos Santana – Enfermagem  
José Carlos Ferreira da Luz – Direito  
Juliana da Nóbrega Carreiro – Farmácia  
Larissa Nascimento dos Santos – Design de Interiores  
Luciano de Santana Medeiros – Administração  
Marcelo Fernandes de Sousa – Computação  
Paulo Roberto Nóbrega Cavalcante – Ciências Contábeis  
Maria da Penha de Lima Coutinho – Psicologia  
Paula Fernanda Barbosa de Araújo – Medicina Veterinária  
Rita de Cássia Alves Leal Cruz – Engenharia  
Rodrigo Wanderley de Sousa Cruz – Educação Física  
Sandra Suely de Lima Costa Martins  
Zianne Farias Barros Barbosa – Nutrição

Copyright©2022 – Editora UNIESP

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do(os) autor(es).

**Designer Gráfico:**

Mariana Morais de Oliveira Araújo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (UNIESP)**

E56 Ensino, gestão, tecnologia e saúde [recurso eletrônico] / Organizado por Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior, Cícero de Sousa Lacerda, Edjanece Guedes de Melo Romão, Janine Agra Padilha. - Cabedelo, PB : Editora UNIESP, 2022.

107 p.

Tipo de Suporte: E-book  
ISBN: 978-65-5825-136-1

1. Saúde - Serviços. 2. Gestão – Saúde. 3. Assistência em saúde. 4. Saúde - Ensino. 5. Saúde - Tecnologia. I. Título. II. Carvalho Júnior, Arlindo Monteiro de. III. Lacerda, Cícero de Sousa. IV. Romão, Edjanece Guedes de Melo Romão. V. Padilha, Janine Agra.

CDU : 614

Bibliotecária: Elaine Cristina de Brito Moreira – CRB-15/053

**Editora UNIESP**

Rodovia BR 230, Km 14, s/n,  
Bloco Central – 2 andar – COOPERE  
Morada Nova – Cabedelo – Paraíba  
CEP: 58109-303

## **APRESENTAÇÃO**

Este livro trata de temas relacionados às experiências profissionais vivenciadas por um grupo de docentes compartilhando e divulgando conhecimentos adquiridos, mediante diferentes estratégias relacionadas a sua práxis metodológicas.

A construção dos capítulos é resultado de anos de experiência com as bases da educação, reunindo atividades de estudos, pesquisas e extensão associadas à prática docente. Nesse contexto a Educação Médica e demais cursos da área de saúde buscam estratégias de ensino que perpassem pelo conhecimento científico possibilitando ao estudante uma formação crítica, generalista e humanística.

Aliado a isso, hoje se torna fundamental, discutir e experimentar o uso das tecnologias na área de saúde trazendo inovação e atualização para esse campo de atuação.

Esta obra traz uma contribuição científica, social e cultural delineada entre os escritos dos sete capítulos, que vocês leitores terão o prazer ao se debruçar sobre a leitura e assim, conhecer as experiências desafiadoras no campo da ciência.

As vivências compartilhadas retratam desde estudos que comprovam a necessidade constante de ressignificação de práticas profissionais nos campos diversos de atuação seja, na assistência ou na docência.

Neste sentido trata-se de uma obra que aborda temas relevantes relacionados ao Ensino, a Gestão e a Tecnologia em Saúde.

Janine Agra Padilha

## SUMÁRIO

<b>AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO INADEQUADA DE BENZODIAZEPÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	<b>06</b>
Thalita Esther Oliveira dos Santos, Maria de Fatima Oliveira dos Santos, Sabrina de Figueiredo Ramalho, Eliauria Rosa Martins, Nathan Barros de Oliveira, Daniel Filipe Oliveira dos Santos	
<b>GESTÃO NO COOPERATIVISMO MÉDICO DIA A DIA: Um estudo com médicos sócios de uma cooperativa do ramo saúde</b>	<b>24</b>
Maria de Fátima Oliveira dos SANTOS, Osleuse Rocha de OLIVEIRA, Eliáurea Rosa Martins, Gláucio Nobrega de SOUZA, Aristides Medeiros LEITE, Thalita Esther Oliveira dos SANTOS	
<b>CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DE VÍDEOS DO YOUTUBE NA DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO</b>	<b>50</b>
MARQUES, Raissa Sarmiento Gadelha; SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos; MORORÓ, André Henrique; SANTOS, Thalita Esther Oliveira dos; SOUZA, Gláucio Nobrega de; LEITE, Aristides Medeiros	
<b>DOCENTES DE FORMAÇÕES DISTINTAS COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	<b>71</b>
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior, Edjanece Guedes de Melo Romão, Kamyła Félix Oliveira dos Santos, Janine Agra Padilha, Aristides Medeiros Leite, Gláucio Nóbrega de Sousa	
<b>PROJETO INTEGRADOR COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DE UNIÃOINTERDISCIPLINAR NO CURSO DE MEDICINA</b>	<b>80</b>
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior, Gláucio Nóbrega de Souza, Edjanece Guedes de Melo Romão, Janine Agra Padilha, Kamyła Felix Olveira dos Santos, Sabrina de Figueiredo Ramalho	
<b>PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NOS PROFESSORES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA</b>	<b>88</b>
Jhayme Farias Cartaxo Lopes, Aristides Medeiros Leite, Maria de Fátima Oliveira dos Santos, Janine Agra Padilha, Sabrina de Figueredo Ramalho, Gláucio Nobrega de Souza	
<b>O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NO ENSINO SUPERIOR</b>	<b>99</b>
Cícero de Sousa Lacerda, Silvio Claudio Custódio, Ricardo de Castro, Gláucio Nóbrega de Souza, Janine Agra Padilha, Edjanece Guedes de Melo Romão, Natalia Marques De Almeida Lima Miranda	

## AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO INADEQUADA DE BENZODIAZEPÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Thalita Esther Oliveira dos Santos  
Maria de Fatima Oliveira dos Santos  
Sabrina de Figueiredo Ramalho  
Eliauria Rosa Martins  
Nathan Barros de Oliveira  
Daniel Filipe Oliveira dos Santos

### 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma grande conquista da Constituição Federal de 1988 em prol dos direitos sociais do povo brasileiro, nesse sentido a organização descentralizada facilitou que as ações e serviços de saúde deixassem de ser restritos e passam a ser universais, conforme Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua próximo da comunidade e da vida das pessoas, sendo considerada como serviço de porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde no SUS (MACIEL, et al., 2021).

Diante disso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolve um novo modelo de cuidado no âmbito do SUS que prioriza não só cuidado no aspecto curativo da doença e reabilitação, mas também a promoção e proteção à saúde. Desse modo, o indivíduo passa ser visto como um sujeito integrante de uma família, de um domicílio e comunidade sendo contextualizado sob aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, garantindo a integralidade do cuidado (MACIEL, et al., 2021).

Indo contra toda essa linha de cuidado amplo e integral estabelecida por normas e diretrizes do SUS, observa-se uma prescrição exacerbada e o uso indiscriminado de medicamentos cada vez mais frequente em nossa sociedade em virtude por exemplo, ao amplo acesso à internet. Uma classe de fármacos em que há um crescente uso abusivo são os ansiolíticos, trazendo grande preocupação, pois podem resultar em dependência. Entre os ansiolíticos os mais usados por todo o mundo são os benzodiazepínicos (BZD) (LIRA, et al., 2014).

Os benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos depressores do sistema nervoso central (SNC) disponíveis desde 1960 e com um controle rigoroso de prescrição (formulário azul e com retenção de receita), em razão do seu potencial de dependência. Esses medicamentos são classificados como ansiolíticos e hipnóticos amplamente utilizados como tratamento para insônia, distúrbios graves de ansiedade. Recomenda-se limitar sua prescrição por um período de 2 a 4 semanas a fim de evitar o risco de dependência (RIBEIRO e SCHLINDWEIN, 2021). O presente artigo tem por objetivo explanar sobre as prescrições inadequadas de benzodiazepínicos na atenção primária, descrevendo os melhores métodos de desmame em pacientes que fazem uso crônico ou inadequado.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

As propriedades farmacológicas dos benzodiazepínicos foram acidentalmente identificadas na década de 1950 e o clordiazepóxido juntamente com o diazepam foram comercializados em 1963. Essa classe de medicamento atua aumentando os efeitos do ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central (AIRAGNES, et al., 2016).

Além das indicações já mencionadas, os BZD podem ser utilizados como terapia adicional nos quadros de esquizofrenia, depressão e abstinência ao álcool. Essa classe medicamentosa também possui propriedades anticonvulsivantes e são relaxantes musculares (VICENS, et al., 2019).

Os benzodiazepínicos são prescritos em sua maioria por médicos da Atenção Primária e a prevalência do seu uso varia enormemente entre países, regiões e sistemas de saúde. Sua utilização depende de diversos fatores entre eles as características sociodemográficas do paciente, do médico, expectativas e percepções dos riscos e benefícios e conhecimento de abordagens alternativas (KROLL, et al., 2016).

A prescrição de benzodiazepínicos está cada vez mais comum por médicos não psiquiatras o que torna essa classe de medicamentos amplamente utilizada em todo o mundo. Por possuírem diversas indicações clínicas, são bem versáteis na prática médica, contudo devem ser prescritos por curtos períodos (até 4 semanas), pois como já explicado podem causar tolerância e dependência e principalmente na

população idosa, acelerar o comprometimento cognitivo e o aumento do risco de quedas (LYNCH, et al., 2020).

O uso prolongado de BDZ está associado com demência e aumento global da mortalidade. No entanto, apesar de guidelines internacionais e autoridades médicas em muitos países recomendarem limitação de duração no uso de benzodiazepínicos para somente poucas semanas, vê-se uma prevalência cada vez maior e generalizada de uso por longos períodos (FURBISH, et al., 2017).

Na população brasileira, estima-se que grande parte dos idosos, em especial as mulheres façam uso de BZD de forma crônica, errônea, sendo um dos fármacos mais prescritos e vendidos no mundo e utilizados em longos períodos, ocasionando efeitos adversos frequentes. A utilização prolongada é contraindicada em razão do risco de efeitos colaterais como ataxia, sedação, amnésia, risco aumentado de queda, tolerância e dependência (LIRA, et al., 2014).

Registros da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA) associaram o uso de BZD à taxas elevadas de supressão respiratória em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), morte por overdose e por uso associado de substâncias além de associação com a exacerbação da apneia obstrutiva do sono (KROLL, et al., 2016).

Nos EUA os BDZ são prescritos cronicamente para aproximadamente 14% a 31% dos adultos e inapropriadamente na população idosa em 12% a 40% dos pacientes ambulatoriais. Médicos da Atenção Primária prescrevem 55% de todos os benzodiazepínicos em adultos e 90% em pacientes geriátricos de forma crônica. Sendo usados para insônia em 42% dos pacientes e para ansiedade em 36%. E apesar das indicações existentes para os BDZ observa-se uma quantidade surpreendente de prescrições em que os pacientes não apresentam insônia ou um transtorno de saúde mental definido (FURBISH, et al., 2017).

Os usuários de BZD acima de 60 anos apresentam risco aumentado para os efeitos adversos dessa classe de medicamento, pois há alterações relacionadas com a idade, farmacocinética e farmacodinâmica dessa classe de droga nestes pacientes. Ocasionalmente um acúmulo de BZD e aumento da sensibilidade a essa concentração plasmática mais elevada. Na pessoa idosa, a depuração dessa droga

é prejudicada provavelmente devido a um aumento do volume de distribuição, pois se observa elevação relativa na gordura corporal total e depuração hepática reduzida (NG, et al., 2018).

Corroborando o que foi explicado, observa-se que mesmo após diversos estudos questionarem a utilidade clínica dos BZD em virtude dos efeitos adversos e dos riscos de quedas apresentados nessa faixa etária, vê-se que essa medicação continua sendo amplamente prescrita especialmente entre residentes de lares para idosos (JOHNSON, et al., 2016).

Através da análise de revisões sistemáticas relevante identificou-se estratégias de retirada de prescrição de benzodiazepínicos em pessoas que fazem uso inadequado ou crônico dessas drogas. Assim, como forma de desmame dessa medicação, deve-se considerar: a avaliação de estratégias utilizadas durante a prescrição para diminuir o uso prolongado; redução gradual e paulatina das doses (afunilamento gradual); avaliação de intervenções psicossociais; reposição farmacológica; e psicoterapia (AGUILUZ, et al., 2018).

### **3 METODOLOGIA**

Esta pesquisa classifica-se como revisão bibliográfica exploratória e descritiva, realizada em fontes secundárias do tema em estudo: avaliação da prescrição inadequada de benzodiazepínicos na Atenção Primária. Trata-se de uma pesquisa bibliométrica em diferentes bases de dados, sendo selecionadas aquelas mais relevantes à medicina, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed, National Library of Medicine (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

A busca ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2021, sendo selecionados os artigos que compreendem as publicações dos últimos 7 anos, no período que estende entre 2014 a 2021 e que preenchem os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A busca inicial nas bases bibliográficas resultou em 50 artigos (3 Lilacs, 10 Pubmed, 25 Medline, 12 SciELO), dos quais, depois de aplicados

os critérios de inclusão e exclusão e a retirada dos duplicados restaram 20 artigos relacionados ao tema desta pesquisa de revisão bibliográfica.

Os critérios de inclusão utilizados foram os artigos entre 2014 e 2021, artigos em língua inglesa e portuguesa e artigos que buscam responder as questões apresentadas nos objetivos desta pesquisa. Já os critérios de exclusão foram os artigos anteriores a 2014, artigos duplicados nas bases de dados e os que não preenchiam os objetivos deste trabalho. O instrumento de coleta de dados foi a realização de uma tabulação no Microsoft World, em que os artigos científicos foram inseridos com o título, autores, ano da publicação e a relevância clínica como forma de registro de dados documentais.

Para a coleta de dados foram utilizados os descritores na língua inglesa “mental health” “benzodiazepine”, “long-term use”, “primary care” e “dependence”. Após a busca inicial, foram lidos os títulos e os resumos dos artigos para a seleção dos trabalhos que descreveram as indicações de uso de benzodiazepínicos, o uso à longo prazo e crônico e sobre a prescrição inadequada. Foram utilizados artigos que abordaram o assunto em questão, abrangendo trabalhos acadêmicos, ensaios clínicos, metanálises, estudos observacionais e outras revisões sistemáticas. Finalizada a coleta de dados em consonância com os critérios de elegibilidade estabelecidos e da construção da tabela de categorização dos estudos, os artigos foram analisados individualmente com a finalidade de interpretar e descrever os principais achados resultando em uma discussão sobre o tema proposto.

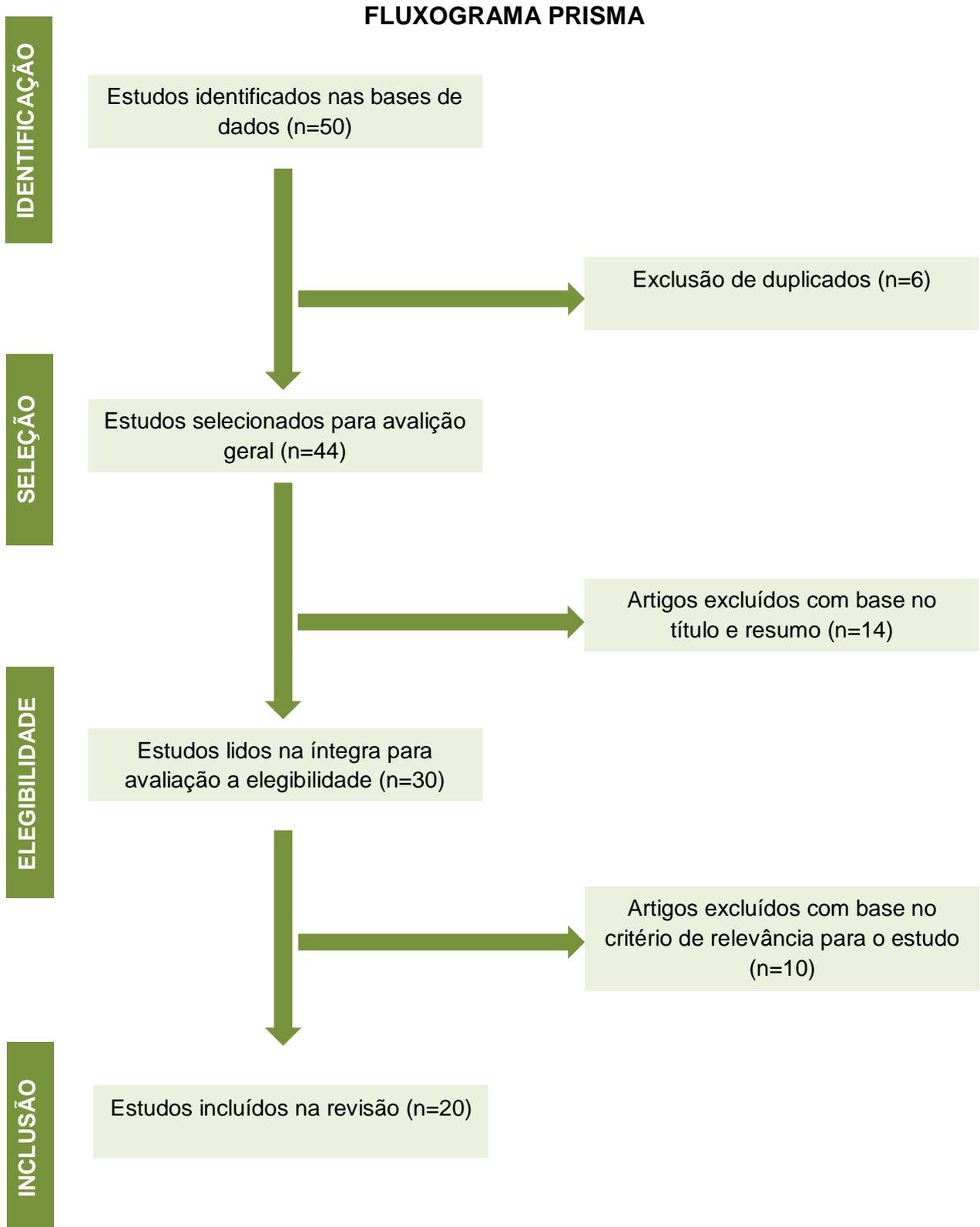


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

TÍTULO	AUTORES	ANO	RELEVÂNCIA DOS RESULTADOS
Benzodiazepine deprescription strategies in chronic users: a systematic review.	RIBEIRO, Péricles Ricardo de Souza; SCHLINDWEIN, Aline Daiane.	2021	Intervenções com foco na educação do paciente para melhorar a conscientização da comunidade sobre a de prescrição apresentaram melhores taxas de descontinuação e maior potencial para motivar discussões sobre a desprescrição com os médicos.
Características epidemiológicas de usuários de benzodiazepínicos em uma Estratégia Saúde da Família do Município de MARAU, RS.	MACIEL, Andressa; DA SILVA, Shana Ginar; BRENTANO, Eliana Paula.	2021	Observou-se predomínio do sexo feminino (82,9%), com idade inferior a 60 anos (54,3%), brancos autorreferidos (68,6%). Na situação conjugal, o estudo mostrou que 65,7% são casados/vivem com companheiro, enquanto que 80% possuem 2 filhos ou mais. Em relação à escolaridade, pode-se verificar que 88,6% possui 8 anos ou menos de estudo. Quanto à atividade ocupacional ativa, 74,3% revelaram que não possuem, e por fim, a renda familiar bruta predominante está compreendida entre 1.500,00 a 2.090,00 reais.
Effectiveness of a blended care programme for the discontinuation of benzodiazepine use for sleeping problems in primary care: study protocol of a cluster randomised trial, the Big Bird trial.	COTEUR, Kristien et al.	2020	A proporção de pacientes que descontinuaram (z)BZD em 12 meses avaliada por triagem toxicológica para (z)BZD na urina.
Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis.	LYNCH, Tom et al.	2020	Em comparação com os cuidados habituais, os pacientes de intervenção foram mais propensos a ter descontinuado o uso de BZRA em 6 meses e 12 meses após a intervenção. Os domínios do TDF 'conhecimento', 'memória, atenção e processos de decisão', 'contexto e recursos ambientais' e 'influências sociais' foram identificados como tendo sido incluídos em todas as intervenções. Os BCTs comumente identificados incluíam "informações sobre consequências para a saúde", "fonte confiável" e "adição de objetos ao meio ambiente". Não houve relação detectável entre o tamanho do efeito e os resultados da codificação TDF ou BCT.
The Effects of benzodiazepine use and abuse on cognition in the elders: A systematic review and meta-analysis of	LIU, Linzi et al.	2020	Comparados aos controles, os idosos usuários de BZD apresentaram escores significativamente mais baixos no teste de símbolos digitais. Não houve diferença significativa nos escores do Mini-Exame do Estado

comparative studies.			Mental, Teste Auditivo de Aprendizagem Verbal e Stroop Color e Word Test entre usuários de BZD e controles. De acordo com as análises de subgrupo, os abusadores de BZD tiveram um desempenho significativamente pior do que os controles no Mini-Exame do Estado Mental, enquanto não houve diferença significativa entre os usuários regulares de BZD e os controles.
Intervention to reduce benzodiazepine prescriptions in primary care, study protocol of a hybrid type 1 cluster randomised controlled trial: the BENZORED study.	VICENS, Caterina et al.	2019	Os desfechos primários e secundários serão extraídos do banco de dados de reivindicações de medicamentos de prescrição eletrônica do sistema público de saúde de cada região, sob supervisão dos farmacêuticos pesquisadores do estudo.
How to face a patient with benzodiazepine dependence in primary health care? Strategies for withdrawal.	AGUILUZ, Josefina et al.	2018	Evidências a favor do uso de estratégias multifacetadas de prescrição, redução gradual da dose, letras padronizadas, aconselhamento padronizado, farmacoterapia e psicoterapia cognitivo-comportamental.
County and physician variation in benzodiazepine prescribing to Medicare beneficiaries by primary care physicians in the USA.	MAUST, Donovan T. et al.	2018	Ajustando para características demográficas do município e do sistema de saúde (incluindo oferta de provedores de saúde mental), os municípios com mais adultos com pelo menos alguma faculdade tiveram menores chances de prescrição de alta intensidade (por aumento de 5%, razão de chances ajustada, assim como os condados de renda mais alta. A prescrição de opióides de alta intensidade foi a característica mais fortemente associada à prescrição de BZD.
A pharmacist-physician collaboration to optimize benzodiazepine use for anxiety and sleep symptom control in primary care.	FURBISH, Shannon ML et al.	2017	Os PCPs relataram maior confiança no diagnóstico e tratamento de ansiedade generalizada e transtornos de pânico do que distúrbios do sono e tinham conhecimento variável da prescrição apropriada de benzodiazepínicos. Vinte e nove pacientes tiveram pelo menos 1 visita. Mais de 44 visitas totais de pacientes, 59% resultaram na adição ou otimização de um medicamento não benzodiazepínico e 46% resultaram na descontinuação ou otimização de um benzodiazepínico. Os escores de gravidade dos sintomas de ansiedade generalizada melhoraram significativamente.
Survey of primary care and mental health prescribers' perspectives on reducing opioid and	HAWKINS, Eric J. et al.	2017	Mais de 70% dos prescritores classificaram estratégias para abordar pacientes que se recusam a descontinuar, mais tempo com os pacientes e identificação de pacientes

benzodiazepine co-prescribing among veterans.			de alto risco como úteis para reduzir a prescrição concomitante.
Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: a systematic review and meta-analysis.	DONNELL, Karen et al.	2017	Tanto o uso de BNZ quanto o uso de Z-droga, respectivamente, foram significativamente associados a um risco aumentado de fratura de quadril. O uso a curto prazo de BNZ e Z-drogas, respectivamente, também foi associado ao maior risco de fratura de quadril.
Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management.	AIRAGNES, Guillaume et al.	2016	As consequências do uso inadequado de BZD são quedas, delírio e outras disfunções cognitivas, insuficiência respiratória aguda, acidentes automobilísticos, dependência e sintomas de abstinência. Uma preocupação emergente é um risco potencialmente aumentado de demência.
Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care: a cross-sectional population-based study.	JOHNSON, Chris F. et al.	2016	A exposição anual estimada de B&Z reduziu com o aumento da idade dos residentes em asilos, enquanto a exposição dos não residentes aumentou com a idade.
Benzodiazepines are prescribed more frequently to patients already at risk for benzodiazepine-related adverse events in primary care.	KROLL, David S. et al.	2016	Dos receptores de benzodiazepínicos, 5% receberam altas doses. Comparados aos não receptores, os receptores de benzodiazepínicos eram mais propensos a ter diagnósticos de depressão, abuso de substâncias, uso de tabaco, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica, abuso de álcool, apnéia do sono e asma. Em comparação com os receptores de benzodiazepínicos em baixas doses, os receptores de benzodiazepínicos em altas doses eram ainda mais propensos a ter certos diagnósticos médicos: abuso de substâncias, abuso de álcool, uso de tabaco e doença pulmonar obstrutiva crônica. Os receptores de benzodiazepínicos tiveram mais visitas de cuidados primários por 100 pacientes, consultas ambulatoriais especializadas, visitas ao departamento de emergência e hospitalizações.
Association between benzodiazepine use and dementia: a meta-analysis.	ZHONG, GuoChao et al.	2015	O risco de demência aumentou 22% para cada 20 doses diárias adicionais definidas por ano. Quando restringimos nossas metanálises a RRs não ajustados, todas as associações iniciais significativas persistiram.

Supervised withdrawal plus other interventions reduces benzodiazepine use in older persons.	HINRICHSEN, Gregory A.; LEIPZIG, Rosanne M.	2014	A metanálise mostrou que as intervenções de retirada mais psicoterapia ou intervenções de prescrição (por exemplo, revisão de medicamentos, consulta ou educação), ou intervenções de prescrição multifacetadas reduziram o uso de benzodiazepínicos pós-intervenção em comparação com o controle;
Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde	DE LIRA, Srt <sup>a</sup> Aline Cavalcante et al.	2014	Os resultados obtidos indicaram a utilização de benzodiazepínicos por 71% de mulheres com idade média de 52,45 anos, que faziam o uso crônico de ansiolíticos de meia-vida longa por mais de 12 meses (94,5%), indicado principalmente para insônia (42,6%), com prescrição inicial pelo médico clínico geral (66,2%).
Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial.	TANNENBAUM, Cara et al.	2014	Aos 6 meses, 27% do grupo de intervenção descontinuaram o uso de benzodiazepínicos em comparação com 5% do grupo controle. A redução da dose ocorreu em mais 11%. Em subanálises multivariadas, idade superior a 80 anos, sexo, tempo de uso, indicação de uso, dose, tentativa anterior de redução gradual e polifarmácia concomitante (10 medicamentos ou mais por dia) não tiveram efeito de interação significativo com a descontinuação da terapia com benzodiazepínicos.
Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care.	VICENS, Caterina et al.	2014	Aos 12 meses, 76 de 168 (45%) pacientes no grupo SIW e 86 de 191 (45%) no grupo SIF descontinuaram o uso de benzodiazepínicos em comparação com 26 de 173 (15%) no grupo controle. Após o ajuste por cluster, os riscos relativos para a descontinuação de benzodiazepínicos foram 3,01 no grupo SIW e 3,00 no grupo SIF. Os sintomas de abstinência mais frequentemente relatados foram insônia, ansiedade e irritabilidade.
Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials.	GOULD, Rebecca L. et al.	2014	No pós-intervenção, chances significativamente maiores de não usar benzodiazepínicos foram encontradas com a retirada supervisionada com psicoterapia e retirada com intervenções de prescrição em comparação com as intervenções de controle tratamento usual (TAU), placebo de educação, retirada com ou sem placebo de droga ou psicoterapia isolada. Chances significativamente maiores de não usar benzodiazepínicos também foram encontradas para intervenções de prescrição multifacetadas em comparação com intervenções de

			controle (TAU e prescrição de placebo).
--	--	--	---

Diante dos achados, percebe-se que a retirada do BZD de forma gradual e supervisionada, com apoio de psicoterapia a fim de abordar a patologia subjacente (principalmente a terapia cognitivo comportamental - TCC) e intervenções de prescrição multifacetadas (educação e revisão de medicamento) atingiram maiores taxas de sucesso entre os pacientes conforme as metanálises e revisões sistemáticas apresentam (GOULD, et al., 2014).

É importante destacar que uma intervenção envolvendo diretamente o paciente sobre a necessidade da descontinuação do BZD, quando em uso crônico ou de forma inadequada, em razão dos danos possivelmente causados, principalmente na população idosa realizada pelos profissionais de saúde é fundamental para que de fato haja uma redução/interrupção no uso dessa classe medicamentosa (TANNENBAUM, et al., 2014).

Nesse sentido, as chances são significativamente maiores de não usar os BZD com a retirada supervisionada em conjunto com a psicoterapia em 12 meses de acompanhamento. O efeito médio do tratamento foi tornar a possibilidade de não usar benzodiazepínicos 3 vezes maior através da retirada supervisionada com psicoterapia em comparação com intervenções de controle. Contudo, embora, os estudos com psicoterapia pareçam eficazes em auxiliar a retirada dos BZD quando comparados às intervenções de controle observa-se que nem sempre são efetivos em contextos individuais (GOULD, et al., 2014).

As características sociodemográficas de quem faz uso de BZD no município de Marau no sul Brasil são em sua maioria são mulheres, com idade inferior a 60 anos, autorreferidas como brancas, casadas ou em união estável, com 2 ou mais filhos, com baixa renda e escolaridade, não inseridas no mercado de trabalho. Com relação aos hábitos de vida, a prática de atividade física demonstrou-se não ser frequente em grande parte dos participantes da pesquisa. O consumo de álcool e hábito de fumar também foi negado por grande parte dos entrevistados (MACIEL, et al., 2021).

No que se refere a autopercepção de saúde 74,3% dos usuários avaliaram como negativa, a autopercepção da qualidade do sono também foi avaliada negativamente em 82,9%. Na autopercepção de bem-estar, 57,1% referiram ser positiva. Entre as comorbidades avaliadas a ansiedade foi mencionada por 94,3%, a depressão por 62,9%, depois pela hipertensão arterial sistêmica com 51,4%, o excesso de peso em 45,7%, doenças cardiovasculares em 31,4% e por último diabetes em 28,6%. Em relação a utilização de medicações de uso contínuo 94,3% referiram fazer, sendo os mais citados os anti-hipertensivos, antidepressivos e os protetores da mucosa gástrica (MACIEL, et al., 2021).

É relevante mencionar que a falta de inserção no mercado de trabalho agrava quadros de doenças mentais, porque desencadeiam frustrações e dificuldades sociais. A renda familiar baixa também é um importante fator de risco para as doenças mentais. Nesse sentido, percebe-se na população brasileira que a baixa escolaridade e menor poder de compra são gatilhos para o uso de benzodiazepínicos (MACIEL, et al., 2021).

Como já se sabe os BZD estão associados a efeitos adversos e maior mortalidade. Embora a causalidade não esteja definitivamente determinada, sabe-se que há fortes associações entre a prescrição de benzodiazepínicos e mortalidade para certos grupos de pacientes. As maiores taxas de mortalidade foram observadas em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em razão da presumível supressão respiratória. Pacientes com transtornos por uso de opioides possui um risco maior de morte por overdose de benzodiazepínicos. A população idosa é vulnerável porque o uso desse medicamento está relacionado a quedas, fraturas de quadril, delírio, demência e acidentes automobilísticos (KROLL, et al., 2016).

Diante disso, observa-se um aumento associado no risco de fratura de quadril em pacientes idosos com o uso de BZD que está intimamente interligado com a duração do uso, ou seja, o uso a curto prazo aumentou o risco em 140%, a médio prazo em 53% e a longo prazo em 20%. Portanto, os pacientes em que a medicação foi recentemente prescrita estão em maior risco de fratura de quadril (DONNELLY, et al., 2017).

Na população idosa percebe-se que as situações de prescrição inadequada mais frequentes são a duração excessiva e/ou dosagem de prescrição médica ou automedicação, principalmente em um contexto em que seria contraindicada, por exemplo, BZD de longa ação em idosos. A polifarmácia e as comorbidades são os principais fatores de risco. As consequências do uso inadequado de BZD são quedas, delírio e outras disfunções cognitivas, insuficiência respiratória aguda, acidentes automobilísticos, dependência e sintomas de abstinência (AIRAGNES, et al., 2016).

De acordo com metanálise apresentada, não se sugere prejuízo na cognição global de idosos usuários de BZD. Contudo, estudos com adultos jovens mostraram prejuízo significativo no funcionamento cognitivo global dos participantes. Uma das explicações desse resultado provavelmente deve-se ao fato de que o efeito negativo de vários fatores de risco no declínio cognitivo global decresce com a idade. Vale destacar também que os resultados mostraram consistentemente prejuízo na velocidade de processamento nos idosos, ou seja, o tempo que uma pessoa leva para completar uma tarefa mental (LIU, et al., 2020).

Os resultados dos principais estudos apontam que os participantes da intervenção eram mais propensos a reduzir o uso de BZD em 6 a 12 meses após a intervenção em comparação com os participantes do grupo controle. Na intervenção proposta nos artigos diversas ações foram realizadas como, cartas assinadas pelo médico prescritor ou farmacêutico clínico, consultas fornecidas pelos profissionais de saúde recomendando a redução/suspensão dos medicamentos. E também um recurso educacional baseado em empoderamento do paciente através de livretos personalizados (LYNCH, et al., 2020).

Diante disso, são considerados critérios para a utilização inadequada dos benzodiazepínicos: uso da medicação por duração maior que 30 semanas; dosagem acima de 9 doses diárias definidas por semana (DDD/semana); total de mais de 300 doses diárias definidas por ano; para os BZD prescritos para ansiedade exceto se a dosagem for inferior a 4 DDD/semana; e quando usado como hipnótico. (AIRAGNES, et al., 2016).

O protocolo de descontinuação do uso inadequado de BZD é baseado na redução gradual da dose, contudo as orientações sobre a forma como essa redução

será feita variaram de acordo com o estudo. Além da redução gradual da dose muito estudos complementavam a abordagem com consultas adicionais, telefonemas e recursos educativos escritos (LYNCH, et al., 2020).

Na atenção primária da Espanha a avaliação sobre a prescrição inadequada de BZD passa por um treinamento em oficina educacional com duração de duas horas para os médicos de saúde da família em seus locais de trabalho a fim de que o médico tenha o conhecimento sobre as principais indicações dos benzodiazepínicos, propriedades farmacológicas, prevalência de uso prolongado, efeitos adversos, como iniciar uma prescrição e estratégias para desprescrever o uso de BZD a longo prazo através de uma entrevista educacional estruturada no paciente e redução gradual personalizada a partir da redução de 10% a 25% nas doses diárias a cada 2 a 3 semanas (VICENS, et al., 2019).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A avaliação da prescrição de benzodiazepínicos passa por um monitoramento constante e efetivo sobre as indicações desses fármacos diante do paciente usuário e, por isso, ao se perceber que essa classe medicamentosa está sendo utilizada de forma errônea, cabe ao profissional prescritor usar das ferramentas disponíveis para descontinuar de forma gradual e lenta a fim de evitar repercussões negativas para o paciente (LIU, et al., 2020).

Ressaltamos a necessidade de cautela ao prescreverem um benzodiazepínico para idosos, especialmente para pacientes com histórico familiar de déficit cognitivos relacionados à idade (LIU, et al., 2020).

Sendo assim, a descontinuação do uso crônico de BZD é viável, com estratégias psicoterapêuticas ou farmacológicas adequadas, uma vez que pode levar a abstinência em longo prazo. A terapia cognitiva comportamental baseia-se principalmente na psicoeducação e no aprimoramento motivacional e é particularmente útil neste contexto. Mais pesquisas são necessárias, notadamente em três áreas: avaliar o impacto de programas de saúde pública para prevenir o uso inadequado de BZD, desenvolver estratégias alternativas para tratar ansiedade e insônia e explorar a associação entre uso crônico de BZD e demência.

## REFERÊNCIAS

- AIRAGNES, Guillaume et al. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. **Current psychiatry reports**, v. 18, n. 10, p. 1-9, 2016. DOI: 10.1007/s11920-016-0727-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27549604/>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- AGUILUZ, Josefina et al. How to face a patient with benzodiazepine dependence in primary health care? Strategies for withdrawal. **Medwave**, v. 18, n. 1, jan. 2018. DOI: 10.5867/medwave.2018.01.7159. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29385122/>. Acesso em: 12 set. 2021.
- CHEUNG, Janet MY et al. Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: a pilot study. **Australian Journal of Primary Health**, v. 20, n. 1, p. 103-112, 2014. DOI: 10.1071/PY12021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24200195/>. Acesso em: 11 ago. 2021.
- COTEUR, Kristien et al. Effectiveness of a blended care programme for the discontinuation of benzodiazepine use for sleeping problems in primary care: study protocol of a cluster randomised trial, the Big Bird trial. **BMJ open**, v. 10, n. 2, p. e033688, Feb. 2020. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033688. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32075832/>. Acesso em: 12 set. 2021.
- DONNELLY, Karen et al. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: a systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 12, n. 4, p. e0174730, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174730>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174730>. Acesso em: 3 set. 2021.
- FURBISH, Shannon ML et al. A pharmacist–physician collaboration to optimize benzodiazepine use for anxiety and sleep symptom control in primary care. **Journal of pharmacy practice**, v. 30, n. 4, p. 425-433, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0897190016660435>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5511764/>. Acesso em: 11 ago. 2021.
- GOULD, Rebecca L. et al. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. **The British Journal of Psychiatry**, v. 204, n. 2, p. 98-107, Feb. 2014. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.126003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24493654/>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- HAWKINS, Eric J. et al. Survey of primary care and mental health prescribers' perspectives on reducing opioid and benzodiazepine co-prescribing among veterans. **Pain medicine**, v. 18, n. 3, p. 454-467, mar. 2017. DOI: 10.1093/pm/pnw140.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27558857/>. Acesso em: 3 de set. 2021.

HINRICHSEN, Gregory A.; LEIPZIG, Rosanne M. Supervised withdrawal plus other interventions reduces benzodiazepine use in older persons. **Annals of internal medicine**, v. 161, n. 6, p. JC2, 2014. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-161-6-201409160-02002>. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-161-6-201409160-02002?articleid=1905150>. Acesso em: 11 ago. 2021.

JOHNSON, Chris F. et al. Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing for older people in primary care: a cross-sectional population-based study. **British Journal of General Practice**, v. 66, n. 647, p. e410-e415, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685213>. Disponível em: <https://bjgp.org/content/66/647/e410>. Acesso em: 10 out. 2021.

KESSLER, Marciane et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, p. e2017389, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200019>. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-49742018000200017&lng=es&nrm=is&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742018000200017&lng=es&nrm=is&tlng=pt). Acesso em: 15 ago. 2022.

KROLL, David S. et al. Benzodiazepines are prescribed more frequently to patients already at risk for benzodiazepine-related adverse events in primary care. **Journal of general internal medicine**, v. 31, n. 9, p. 1027-1034, Sep. 2016. DOI: [10.1007/s11606-016-3740-0](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3740-0). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27177914/>. Acesso em: 12 set.o 2021.

DE LIRA, Srt<sup>a</sup> Aline Cavalcante et al. Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 17, n. 2, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15241>. Acesso em: 3 de set. 2021

LIU, Linzi et al. The Effects of benzodiazepine use and abuse on cognition in the elders: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 755, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00755>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00755/full>. Acesso em: 3 de set. 2021

LYNCH, Tom et al. Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. **Addiction**, v. 115, n. 9, p. 1618-1639, Sep. 2020. DOI: [10.1111/add.14981](https://doi.org/10.1111/add.14981). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31985127/>. Acesso em: 12 set. 2021.

MACIEL, Andressa; DA SILVA, Shana Ginar; BRENTANO, Eliana Paula. Características epidemiológicas de usuários de benzodiazepínicos em uma

Estratégia Saúde da Família do Município de MARAU, RS. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021. Disponível em:  
<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19632>.  
Acesso em: 25 set. 2021

MAUST, Donovan T. et al. County and physician variation in benzodiazepine prescribing to Medicare beneficiaries by primary care physicians in the USA. **Journal of general internal medicine**, v. 33, n. 12, p. 2180-2188, Dec. 2018. DOI: 10.1007/s11606-018-4670-9. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6258632/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NG, Brendan J.; LE COUTEUR, David G.; HILMER, Sarah N. Deprescribing benzodiazepines in older patients: impact of interventions targeting physicians, pharmacists, and patients. **Drugs & Aging**, v. 35, n. 6, p. 493-521, Jun. 2018. DOI: 10.1007/s40266-018-0544-4. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29705831/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

RIBEIRO, Péricles Ricardo de Souza; SCHLINDWEIN, Aline Daiane. Benzodiazepine deprescription strategies in chronic users: A systematic review. **Family Practice**, v. 38, n. 5, p. 684-693, Sep. 2021. DOI: 10.1093/fampra/cmab017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33907803/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

TANNENBAUM, Cara et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 174, n. 6, p. 890-898, 2014. DOI:10.1001/jamainternmed.2014.949. Disponível em:  
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1860498>. Acesso em: 3 set. 2021.

VICENS, Caterina et al. Intervention to reduce benzodiazepine prescriptions in primary care, study protocol of a hybrid type 1 cluster randomised controlled trial: the BENZORED study. **BMJ open**, v. 9, n. 1, p. e022046, Jan. 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022046. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30705235/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

VICENS, Caterina et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. **The British Journal of Psychiatry**, v. 204, n. 6, p. 471-479, 2014. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.134650. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24526745/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

ZHONG, GuoChao et al. Association between benzodiazepine use and dementia: a meta-analysis. **PloS one**, v. 10, n. 5, p. e0127836, 2015. DOI:  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127836>. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127836>. Acesso em: 10 out. 2021.

## **GESTÃO NO COOPERATIVISMO MÉDICO DIA A DIA: Um estudo com médicos sócios de uma cooperativa do ramo saúde**

Maria de Fátima Oliveira dos SANTOS  
Osleuse Rocha de OLIVEIRA  
Eliáurea Rosa Martins  
Gláucio Nobrega de SOUZA  
Aristides Medeiros LEITE  
Thalita Esther Oliveira dos SANTOS

### **1 INTRODUÇÃO**

O cooperativismo é um instrumento motivador dos interesses em comum de grupos sociais afins, e hodiernamente é mencionado por muitos especialistas, como um mecanismo legítimo para que um empreendimento seja sustentável. Efetivamente, o cooperativismo é uma das formas de ação coletivas mais praticadas pelos atores sociais e agentes econômicos que trabalham no campo do desenvolvimento, quer seja ele com enfoque econômico ou social.

De acordo com Ferreira e Sousa (2018), o cooperativismo se apresenta como um modelo ideal de organização social e econômica. É uma entidade que busca melhorar a vida das pessoas pela constituição de uma sociedade justa, livre e fraterna. São organizadas e fundamentadas sobre bases democráticas, com vista a atender aos anseios legítimos de seus associados, assim denominados cooperados.

O nascimento do cooperativismo é datado em 1844, quando um grupo de trabalhadores do bairro de Rochdale, na cidade de Manchester resolveu se unir e criar uma cooperativa para revenda de seus produtos. Esse ato coletivo dos indivíduos evidenciou suas habilidades e se consolidou como um modelo de organização, na qual os indivíduos se associam para promover melhores resultados para sua produção e a valorização do seu trabalho (TOMAZZONI; SCHNEIDER, 2020).

Quanto às cooperativas, estas são definidas como sociedade de pessoas, com princípios fundamentais de gestão embasados na adesão voluntária, gestão democrática, participação econômica dos membros sócios, em que cada cooperado tem direito a um voto, e não se leva em conta o capital individual integralizado. São ainda entidades que possuem formato específico e que se organizam para atingir seus propósitos corporativos e sociais combinados mutuamente (OCB, 2021).

Outrossim, é de fundamental importância considerar tanto o lado social como o empresarial, para que a condução das cooperativas seja profícua. Nesse norte, destaca-se a importância de uma gestão empresarial diligente, essencial para atingir o alvo financeiro da cooperativa e dos seus cooperados. Ressalta-se também a gestão social para fomentar ações que contemplem os objetivos individuais dos cooperados, da comunidade e dirigentes, combinando os sistemas de trabalho individuais com as oportunidades de mercado para a cooperativa (SOUSA; AMOEDO; MACEDO; MILAGRES, 2014).

As cooperativas de saúde integram o ramo próprio, aplicado à proporcionar serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde humana, nos quais participam os profissionais da saúde como, médicos, dentistas, enfermeiros dentre outros. Essas cooperativas atuam como operadoras de plano de saúde, para atender uma parcela de consumidores na forma de atendimento de saúde suplementar e pública (VILELA; FERRAZ; FERRAZ, 2015).

Segundo dados da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB, 2019), a partir de 2019 as cooperativas são organizadas em sete ramos: produção de bens e serviços, infraestrutura, consumo, transporte, saúde, agropecuário e crédito. O cooperativismo ao longo dos anos vem consolidando-se como um movimento marcado pelas suas múltiplas dimensões, mas com vistas e foco nas dimensões sócio-política, econômica e cultural da sociedade na qual está inserido.

As cooperativas de saúde integram o ramo próprio, aplicado à proporcionar serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde humana, nos quais participam os profissionais da saúde como, médicos, dentistas, enfermeiros dentre outros. Essas cooperativas atuam como operadoras de plano de saúde, para atender uma parcela de consumidores na forma de atendimento de saúde suplementar e pública (VILELA; FERRAZ; FERRAZ, 2015).

A saúde é o bem maior de consumo dos indivíduos, mas para a concretização desse bem como produto final, atrela-se a ele os altos e crescentes custos requeridos pelo aparato tecnológico, pelo ambiente organizacional e mercadológico de alta complexidade. Semelhantemente, as exigências pelo mercado de médicos altamente especializados, somadas a uma rigorosa regulamentação governamental contribuem para onerar o sistema de saúde (STIVALI, 2011).

As cooperativas de saúde têm um papel fundamental dentro do mercado nacional, pois ajudam a colocar o Brasil no topo do ranking do

cooperativismo mundial. Em suma, o país é o pioneiro nesse setor e conta com o maior número de cooperativas dedicadas à preservação e à promoção da saúde humana. Após seis décadas da criação da primeira cooperativa do ramo saúde no município paulista de Santos, as cooperativas de saúde, hoje regulamentadas pela ANS, formam um ramo importante do cooperativismo, abrangendo um número significativo de cooperativas, em parcerias com os serviços públicos e privados (ALVES, 2015).

Schneider (1999), reforça que o cooperativismo enfrenta novos desafios, novas capacidades, novas formas de aprender, bem como novas competências gerenciais e organizacionais, para conquistar seus objetivos e propósitos norteadores.

Neste contexto está inserida a Coopanest-PB - Cooperativa de Anestesiologistas da Paraíba com 32 anos no mercado da saúde suplementar da cidade de João Pessoa Paraíba. É filiada à Organização das Cooperativas Brasileira do Estado da Paraíba (OCB- PB), sendo a segunda maior cooperativa do estado da Paraíba no ramo saúde. Os cooperados filiam-se à cooperativa em busca de suprir os seus interesses sociais e laborais. Sendo o aspecto econômico de fundamental importância, o indivíduo busca a melhor saída para resolver essa questão de forma mais organizada, para alcançar os melhores resultados em conjunto. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o nível do conhecimento sobre cooperativismo, a partir da percepção externada por integrantes de uma cooperativa de especialidade médica.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO COOPERATIVISMO**

A origem da palavra cooperativismo provém do latim e significa trabalhar juntos. Assim, o Cooperativismo ganha um enfoque essencial por seu papel estratégico na melhoria de oportunidades de trabalho e cidadania. A origem histórica do conceito de cooperativismo é atribuída à experiência de operários do bairro de Rochdale, em Manchester, na Inglaterra, que vivia o auge da Revolução Industrial. Em 1844, um grupo de 28 tecelões criou a Sociedade dos Probos Pioneiros de

Rochdale, formada a partir de um fundo constituído pela economia mensal de uma libra de cada participante, durante o período de um ano (REISDORFER,2014).

Com o enfoque fundamental no crescimento humano, e não apenas no lucro, os tecelões de Rochdale buscavam, um caminho econômico que lhes permitisse sobreviver àquele contexto de exploração vigente naquele momento. A criação das cooperativas logo começou a mudar os paradigmas econômicos do século, dando procedência ao que se conhece hoje como movimento cooperativista. Em razão dessa iniciativa inovadora e incomum, sofreram retaliações, zombarias e desprezo pelos mercadores (SALES,2010).

É notório o crescimento do cooperativismo no mundo e, no mínimo 12% de toda população mundial é cooperada de alguma das três milhões de cooperativas existentes no globo terrestre. As cooperativas proporcionam emprego e oportunidades de trabalho a 10% da população empregada e geram 2,1 trilhões de dólares em faturamento, ao fornecerem os serviços e infraestrutura demandada pela sociedade para seu desenvolvimento e prosperidade (ANUÁRIO - OCB,2020).

Os princípios do cooperativismo são: adesão voluntária e livre, gestão democrática pelos membros, participação econômica dos membros, autonomia e independência, educação, formação e informação, intercooperação e interesse pela comunidade (CRÚZIO, 2005).

Bialoskorski Neto (2001), conceitua cooperativa como uma organização de caráter permanente, criada por um grupo de indivíduos com interesses comuns. O objetivo compartilhado, é o desenvolvimento econômico e o bem-estar dos sócios, que são, ao mesmo tempo, os donos, fornecedores e usuários da organização. Nessemoldes, a cooperativa visa o equilíbrio entre as expectativas e o desempenho de cada associado. Uma sociedade cooperativa deve, naturalmente, favorecer seus membros, já que este é o sentido da sua existência e ponto fundamental na diferenciação com outras formas societárias.

## 2.2 COOPERATIVISMO NO BRASIL

O cooperativismo no Brasil se apresenta de forma pujante, com 125 cooperativas praticando exportação e importação em ramos variados de forma direta. Em 2018, o cooperativismo foi responsável por 100% das exportações de 36 municípios brasileiros. Ressaltamos que no Brasil o cooperativismo está fortemente

presente nas áreas rurais e urbanas e possui relevante papel no desenvolvimento da sociedade, perpetuando assim, valores e transformações no transcorrer de sua história (TOMAZZONI; SCHNEIDER, 2020).

Por volta de 1610, quando foram fundados no Brasil as primeiras Missões Jesuíticas, houve as primeiras tentativas da criação de um Estado em que prevalecesse a ajuda mútua. Incentivada pelos padres jesuítas e baseada no princípio do auxílio mútuo, esta prática encontrada entre os indígenas brasileiros e em quase todos os povos primitivos, desde os primeiros tempos da humanidade, vigorou por cerca de 150 anos. No entanto, foi em 1847 que se situou o início do movimento cooperativista no Brasil, quando diversas sociedades foram fundadas com esse espírito (ZYLBERSZTAJN, 1994).

Em 1993 foi estabelecida a divisão dos ramos do cooperativismo para que se tornasse mais efetiva, organizada e facilitadora da atuação do modelo socioeconômico em todo território nacional. A partir de 2020 os ramos do cooperativismo, antes estruturados em treze passam a ser apenas sete. A mudança foi estabelecida pelo Sistema OCB, buscando ampliar o alcance das ações de representação dos interesses do cooperativismo brasileiro, no âmbito do Executivo, do Legislativo e do Judiciário (OCB,2021).

Os princípios do cooperativismo, definidos como adesão voluntária e livre, gestão democrática, participação, autonomia e independência, educação, formação e informação, a intercooperação e o interesse pela comunidade são as linhas orientadoras das cooperativas para conduzir e determinar seus valores e práticas no exercício do cooperativismo (VELOSO, 2011).

### 2.3 MODELO DE SAÚDE BRASILEIRA

No Brasil, conforme a Constituição Federal de 1988, podemos considerar os seguintes segmentos de financiamento da saúde: O sistema público, que é único, universal, gratuito e financiado com recursos públicos por meio de impostos e o sistema privado, financiado com recursos próprios dos indivíduos ou das empresas, por meio de planos de saúde e seguro privado de saúde, cujo pagamento é efetuado conforme contrato entre as partes (SANTOS; UGA; PORTO, 2008).

O Sistema de Saúde Privado no Brasil teve início na década de 1970, com as empresas Cassi e Patronal. Na década 1980, foram implantadas as Medicinas de Grupo e as Cooperativas de saúde e na década de 1990, o Seguro Saúde. O fortalecimento e o

aumento da procura pelo sistema de saúde suplementar, se deu, dentre muitos fatores, pela deterioração e piora da qualidade da assistência do sistema público de saúde. O processo de regulação da saúde suplementar se deu em 1998, com a Lei nº 9.656 que passa a regulamentar os planos de saúde e seguros privados de assistência à saúde. Se pensarmos no panorama atual do setor, podemos observar que o sistema privado não absorve 50% da população, ou seja, mesmo com tantas coberturas, o povo brasileiro depende do sistema público de saúde (ANS, 2019).

O órgão do governo, Agência Nacional de Saúde (ANS), tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na saúde suplementar, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. Este órgão atua a partir de informações oriundas de dados fornecidos pelas operadoras, pelos prestadores de serviços de saúde, pelos usuários, pelos órgãos de defesa do consumidor, por outros órgãos públicos e demais informações de interesse para a regulação (CECÍLIO; MERHY, 2004).

## 2.4 GESTÃO DO COOPERATIVISMO NO SEGMENTO SAÚDE

O cooperativismo vem sendo apontado como uma alternativa de organização de trabalho para os profissionais médicos. No Brasil, as cooperativas estão presentes nos mais diversos setores da economia, e de acordo com dados da Organização das Cooperativas Brasileiras OCB (2021), estão espalhadas pelo território nacional, e juntas possuem mais de 13 milhões de cooperados, sendo responsável por quase 11% do Produto Interno Bruto (PIB). A representatividade que as cooperativas assumiram no contexto econômico, somada aos princípios do controle democrático e da participação econômica dos membros, exige dos dirigentes, controle interno financeiro rigoroso, zelando pela transparência e simetria de informações entre cooperados (BITTENCOUT, 2017).

Em razão do setor de saúde ser um ambiente complexo, o cooperativismo do ramo saúde requer modelos de gestão embasadas em boas práticas para que as cooperativas de saúde reflitam em confiança para usuários e cooperados. As cooperativas que atuam como Operadoras de Planos de Saúde (OPS), devem pautar suas condutas guiadas por decisões que fortaleçam seus propósitos,

processos, estruturas e os sistemas, de forma a ampliar a transparência, os resultados, a gestão dos riscos e a segurança (DUARTE,2001).

As cooperativas são organizações formadas por indivíduos que têm interesses em comum e que contribuem com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica (BRASIL, 1988). O segmento de saúde do cooperativismo é composto por cooperativas formadas por médicos, odontólogos ou profissionais ligados à área de saúde humana. O Ramo Saúde também engloba as cooperativas de usuários que se reúnem para constituir um plano de saúde, e são consideradas operadoras (OCB,2021). Conforme Bialoskorski Neto (2007), os benefícios da participação em cooperativas podem ocorrer pela política de preço, prestação de serviços e geração e distribuição de sobras.

A forma de atuação das cooperativas, em seus vários segmentos, permite um desempenho importante na geração de renda e emprego no mundo todo, promovendo o desenvolvimento econômico e social na região onde está inserida. Essas entidades são formadas pela agregação, de pessoas, sendo isto um dos requisitos principais para sua constituição, assim como possuir capital social, constituído por cotas-partes (BEGNIS; AREND; ESTIVALETE, 2014).

A colaboração mútua entre indivíduos é uma das alternativas para acelerar de maneira justa, o desenvolvimento econômico e social dos países. No Brasil as cooperativas medicas são pioneiras na modalidade saúde, desde o seu desmembramento do ramo de trabalho em 1996, e vem se expandindo para outros países. Assim, as cooperativas de saúde são entidades organizadas por profissionais da área, para dar amparo econômico e social às suas atividades, prestando serviços médicos e hospitalares entre outros. O Sistema Unimed é um destaque do ramo saúde, devido a sua representatividade no mercado e são cooperativas de médicos, organizadas em sistema, com presença de singulares nos municípios, federações nos estados e uma confederação de âmbito nacional (DUARTE,2001).

Na busca por melhoria das condições de trabalho médico, fundou-se a primeira cooperativa de trabalho médico do Brasil e das Américas, a Unimed Santos, em 18 de dezembro de 1967, na cidade de Santos/SP, constituída por 23 médicos (SCHNEIDER,1998). No sistema de cooperativas de saúde no Brasil, temos 786 cooperativas com 206,1mil cooperados e 107,8 mil colaboradores (ANUARIO OCB 2020).

### 3 METODOLOGIA

Estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado com médicos cooperados da Cooperativa de Anestesiologistas da Paraíba (Coopanest-PB), na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi composta de 78 (52%) de um total de 150 cooperados, vinculados à cooperativa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e registrado sob o protocolo de Nº 95/17. Os participantes tiveram garantidos, dentre outros aspectos éticos, o sigilo e o anonimato das informações, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados com os cooperados médicos filiados da Coopanst PB, se deu por meio de um questionário, elaborado pelos autores, e composto de 04 partes: 1 - Caracterização da amostra dos cooperados; 2 - Indicadores de conhecimento; 3 - Hábitos indutores de conhecimento e 4 - Atitudes acerca da dinâmica da sua cooperativa. Os questionário foram entregues aos cooperados durante as assembleias e nos momentos em que o cooperado iam à cooperativa levar sua produção de procedimentos realizados no mês.

Os dados coletados foram inseridos em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva, assim como a caracterização da amostra e a análise das variáveis de interesse. A análise da associação entre as variáveis será realizada pela construção de matrizes e testes de independência ou tabelas de contingências, com o cálculo das frequências relativas e absolutas e aplicação de testes de hipóteses (Teste T, Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney) e de normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov), considerando o nível de significância de  $\alpha=0,05$ . Tais testes serão realizados no *software* R Core Team (2018) versão 3.4.2.

A regressão logística trata-se de uma técnica de análise de dados voltada para identificação de comportamentos de uma variável dependente dicotômica em relação às variáveis independentes métricas ou não métricas, tendo como resultado final chegar a uma probabilidade do evento de interesse e, conseqüentemente, prever sua ocorrência. Desta forma, a probabilidade de um evento pode ser obtida pela equação 1, onde  $\alpha$  e  $\beta$  são parâmetros estimados pelo método de máxima verossimilhança para encontrar a função logística de maneira que as ponderações

das variáveis explicativas permitam identificar o peso de cada variável e calcular a probabilidade de ocorrência da variável de interesse (FÁVERO et al., 2009). Todos os procedimentos estatísticos descritos nesse estudo foram aplicados por meio do software IBM SPSS 20.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A cooperativa em estudo é a COOPANEST- PB, uma cooperativa de trabalho médico com prestação de serviço anestesiológicos, que nasceu em 1989 na cidade de João Pessoa. A cooperativa é autônoma, pautada na lei do Cooperativismo nº 5.764/71, está em constante crescimento e hoje conta com 160 médicos cooperados. Possui contratos com operadora de plano de saúde, hospitais e clínicas na cidade de JP. É uma cooperativa reconhecida no âmbito municipal, assim como bem sucedida e líder no mercado local da anestesiologia. É importante destacar que a Coopaneest PB presta serviços de saúde aos usuários dos setores público, os de plano de saúde e particulares, frisando que as Operadoras de Planos Saúde (OPS), são organizações de saúde suplementar que oferecem aos consumidores planos de assistência à saúde, podendo ser além da modalidade cooperativas médicas, a ANS permite a atuação em outras modalidades nesse segmento.

O questionário aplicado aos cooperados da COOPANEST - PB, apresentava três tipos de questionamentos: 1. Fatores indicadores de conhecimento do cooperativismo; 2. Fatores como hábitos indutores de conhecimento do cooperativismo; 3. Atitudes acerca da dinâmica da sua cooperativa. A partir desses questionamentos é possível relacionar o conhecimento sobre cooperativismo e cooperativa no dia a dia dos cooperados da Coopaneest-PB.

Para inferir sobre os questionamentos, utilizou-se três testes não paramétricos para avaliar se a independência entre itens pode ser rejeitada. Quando se tem itens com respostas qualitativas e pretende-se testar a independência entre esses, é comum recorrer ao teste qui-quadrado e ao teste de McNemar. O teste qui-quadrado pode ser aplicado até para itens com respostas qualitativas com mais de duas categorias. Já o teste de McNemar se aplica quando os itens apresentam respostas dicotômicas.

Para investigar a independência com as variáveis recorreu-se ao teste qui-quadrado, as análises feitas são também do tipo descritiva com suas frequências absolutas e relativas.

Na tabela 1 observam-se as respostas dos médicos cooperados sobre cooperativismo. O objetivo é analisar o grau de entendimento sobre a temática do cooperativismo. Aqui se apresenta uma análise descritiva das respostas por meio de suas frequências absolutas e relativas. Observa-se que a maior parte da amostra, 76,92%, era do sexo masculino. Os cooperados quando questionados se receberam formação em cooperativismo, 61,54% responderam negativamente. Quando indagados sobre o conhecimento da Lei do Cooperativismo Nº 5.764/71, 76.92% desconhecem essa lei que rege o cooperativismo. Com respeito ao questionamento referente aos valores que melhor traduzem o cooperativismo, 73,08% dos cooperados afirmaram ser a ajuda mútua.

No tocante ao entendimento dos médicos cooperados sobre o que seja ética no cooperativismo, 80.77% deles assinalaram saber o que seja a ética no cooperativismo. O percentual de cooperados que não lê sobre a temática do cooperativismo é bem elevado na amostra da pesquisa, 82.05%. Evidenciou-se também o desconhecimento dos cooperados sobre quantos seriam os princípios do cooperativismo (2.56%). No entanto, 75,64% dos cooperados entrevistados se posicionaram a favor da prática desses princípios na estrutura da cooperativa.

**Tabela 1 – Descrição dos cooperados sobre o cooperativismo**

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	60	76.92%
Feminino	18	23.08%
<b>Recebeu preparação ou formação em cooperativismo</b>		
Sim	30	38.46%
Não	48	61.54%
<b>Conhece os princípios do cooperativismo</b>		
Sim	59	75.64%
Não	19	24.36%
<b>Conhece a Lei do cooperativismo 5.764/71</b>		
Sim	18	23.08%
Não	60	76.92%
<b>Valores que melhor traduz o cooperativismo</b>		

Ajuda mútua	57	73.08%
Responsabilidade própria	3	3.85%
Democracia	2	2.56%
Igualdade	5	6.41%
Equidade	8	10.26%
Solidariedade	3	3.85%
<b>Sabe o que é Ética do cooperativismo</b>		
Sim	63	80.77%
Não	15	19.23%
<b>Lê sobre a temática do Cooperativismo</b>		
Sim	14	17.95%
Não	64	82.05%
<b>Quantos são os princípios do Cooperativismo</b>		
2	1	1.28%
3	9	11.54%
2	2	2.56%
6	17	21.79%
5	27	34.62%
7	2	2.56%
8	1	1.28%
9	19	24.36%
<b>Na prática dos princípios do cooperativismo, como se posiciona</b>		
Concorda	59	75.64%
Discorda	2	2.56%
Não sabe	17	21.79%

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020

Na Tabela 1 são apresentados os resultados relativos ao conhecimento dos cooperados sobre pontos específicos do cooperativismo, dentre eles foram destacados: se recebeu formação em cooperativismo, se conhece a lei e os princípios do cooperativismo e se lê sobre a temática do cooperativismo. Fica claro nesses resultados que 61.54% não receberam formação em cooperativismo, que a maioria não conhece a lei do cooperativismo (76.92%) e um grande percentual, 82.05% não lê acerca de cooperativismo.

No estudo de Ferreira e Sousa (2018), os autores, salientam a importância da educação cooperativista, uma vez que ela é anunciada como um dos pilares de sustentação e difusão do cooperativismo, além de ser um dos sete princípios do

cooperativismo. É interessante citar que os Pioneiros de Rochdale dispensavam atenção especial às iniciativas de educação dos associados e da sociedade cooperativista, por ser ela um princípio cooperativista, preconizado e respeitado no ambiente corporativo. Sendo assim, envidavam esforços para que seus membros fossem contemplados com ações educativas, por julgarem ser vital que se tornassem conhecedores da realidade próprio negócio.

Quanto ao questionamento sobre o conhecimento da Lei Nº 5.764/71, se observa que 76.92% dos entrevistados desconhecem a legislação. É importante destacar que a legislação cooperativista está na nossa norma maior, a Constituição Federal de 1988, que instituiu a política nacional do cooperativismo. O Estado Brasileiro incentiva o cooperativismo como ente relevante dentro da Ordem Econômica brasileira e como instrumento para que se alcance o bem-estar econômico e social da nação. Assegurar existência digna a todos, traduz-se em cumprir os princípios fundamentais da República, como dignidade, livre iniciativa e valores sociais do trabalho. Outrossim, o talento emancipatório do cooperativismo, opera como dispositivo de inclusão, de resgate da cidadania e, portanto, de desenvolvimento, preenchendo lacunas que houverem sido deixadas pelo Estado e pelo mercado (ANNIBELLI, 2008).

A maioria dos participantes, 80.77%, afirma saber o que significa a ética no cooperativismo. É interessante considerar que a ética no cooperativismo, segundo Ashley (2003), representa os valores morais que um grupo ou organização define para si e, a partir daí, elaboram-se rigorosos códigos éticos que precisam ser respeitados, sob pena de sanções como consequência de violação dos valores morais preestabelecidos. Assim, observância estrita aos códigos éticos perpassa pelo comprometimento dos sócios com posturas, atitudes e comportamentos probos, contemplando o bem comum e a sobrevivência da cooperativa.

Indagados sobre qual valor melhor traduz o cooperativismo para os cooperados da Coopanest-PB 73.08% dos respondentes afirmam ser a ajuda mútua. Na visão de Ferreira (2018) e conforme a tradição de seus idealizadores, o cooperativismo se baseia em valores de ajuda mútua, pautados nos valores éticos da honestidade, transparência, responsabilidade social e preocupação com seu semelhante. Segundo Paré (2010), a cooperação está alicerçada nos ensinamentos da ajuda mútua. Desde as experiências mais remotas, foram evidenciadas referências de realizações coletivas através da cooperação, a exemplo dos

pioneiros, cujas dificuldades, restrições ou mesmo a opressão, se transformaram em principal impulso para a formação de cooperativas no mundo todo.

A tabela 2 resume as respostas obtidas dos cooperados às perguntas sobre sua cooperativa: “*Sabe definir o que é uma cooperativa?*”; “*Conhece os direitos e deveres de cooperado?*”; “*Participa das assembleias (AGO e AGE) regularmente?*” ; “*É clara a definição de “missão” da sua cooperativa?*” ; “*Fatores que influem para tornar sua cooperativa exitosa no mercado?*” ; “*Avalia sua cooperativa como um empreendimento de sucesso?*”; “*A comunicação dos dirigentes responde as suas expectativas?*”; “*Que nota atribui ao conhecimento sobre cooperativa em uma escala de zero ( nenhum conhecimento) e 10 ( conhecimento total) ?*”.

A maioria dos cooperados, 87.18%, respondeu saber definir o que seja uma cooperativa. Sobre o conhecimento de seus direitos e deveres, a maioria, 80.77%, afirmou conhecer. À pergunta sobre haver clareza na definição da missão de sua cooperativa, 70.51% responderam que sim. Quanto à percepção dos médicos cooperados em relação aos fatores que influem para que sua cooperativa seja exitosa no mercado, destacamos as seguintes porcentagens: propósito claro, 35,90%; senso de dono, 14,10%); comprometimento, 47.44%. Observou-se que a maioria dos cooperados, 80.77%, avalia sua cooperativa como um empreendimento de sucesso. Outro ponto importante obtido dos resultados foi a avaliação positiva relacionada à comunicação com seus dirigentes correspondendo às expectativas do cooperado.

**Tabela 2– Dados dos cooperados referentes a sua cooperativa**

	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	60	76.92%
Feminino	18	23.08%
<b>Saber definir o que é uma cooperativa</b>		
Sim	68	87.18%
Não	10	12.82%
<b>Conhece os direitos e deveres de cooperado</b>		
Sim	63	80.77%
Não	15	19.23%
<b>Participa das assembleias (AGO e AGE) regularmente</b>		
Sim	37	47.44%

Não	41	52.56%
<b>É clara a definição de “missão” da sua cooperativa</b>		
Sim	55	70.51%
Não	23	29.49%
<b>Fatores que influem para tornar sua cooperativa exitosa no mercado</b>		
Propósito Claro	28	35.90%
Controle da Produção	2	2.56%
Criar Senso de Dono	11	14.10%
Comprometimento	37	47.44%
<b>Avalia sua cooperativa como um empreendimento de sucesso</b>		
Sim	63	80.77%
Não	2	2.56%
Não sei dizer	13	16.67%
<b>A comunicação dos dirigentes responde às suas expectativas</b>		
Sim	63	80.77%
Não	14	17.95%
Não sei dizer	1	1.28%
	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Tempo de Formado como médico (anos completos)	17.55	12.76
Tempo de Cooperativa (anos completos)	12.45	10.47
Que nota atribui ao seu conhecimento sobre cooperativa de (0 a 10)	5.69	1.94

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020

A tabela 3 apresenta o resultado do teste de McNemar (indicado pelo valor p do teste), aplicados para testar a independência entre os itens do grupo de indicadores de conhecimento. Assim, percebe-se que todos os itens que dizem respeito ao conhecimento sobre sua cooperativa apresentam algum grau de associação com as respostas ao item que questiona sobre conhecer acerca da legislação do cooperativismo. É possível que conhecer sobre a legislação, predispõe o cooperado a saber sobre os princípios do cooperativismo e definir o que seja uma cooperativa, conhecer sobre os direitos e deveres do cooperado e entender o significado da ética no cooperativismo.

O exercício do cooperativismo suscita obrigações para os cooperados, de se conduzirem dentro dos preceitos da lei cooperativista com observância estrita aos princípios do cooperativismo, dos direitos e deveres e praticar a postura ética exigida na convivência entre seus pares. Em resumo, significa que o cooperado deve conhecer os dispositivos legais que orientam o sistema cooperativo brasileiro, especificamente a Lei Federal nº 5.764, de 1971, que adotou critérios baseados na doutrina do cooperativismo existente no mundo, definindo o regime jurídico próprio das sociedades cooperativas (ILECKI FORGIARINI; NEUMANN ALVES; CADEMARTORI MENDINA, 2018).

**Tabela 3** - Significância da associação entre itens que definem o conhecimento dos cooperados sobre cooperativismo.

	Conhece os Princípios do Cooperativismo	Conhece a Lei do Cooperativismo	Sabe definir o que seja sua Cooperativa	Conhece seus Direitos e Deveres
Conhecimento dos Princípios do Cooperativismo	-	-	-	-
Conhecimento da Lei do Cooperativismo	<0,001	-	-	-
Sabe definir o que seja uma Cooperativa	0,064	<0,001	-	-
Conhecimento dos Direitos e Deveres do cooperado	0,556	<0,001	0,302	-
Conhecimento da Ética no Cooperativismo	0,541	<0,001	0,405	0,999

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

Na tabela 4 (que apresenta o valor p dos testes), observam-se ligações significativas entre os três itens que tratam sobre hábitos admitidos a priori como **indutores do conhecimento sobre cooperativismo**. Assim, o hábito de ler sobre o tema cooperativismo apresenta associação com o cooperado que recebeu formação em cooperativismo e com o hábito de participar das Assembleia Geral Ordinária (AGO) e Assembleia Geral Extraordinária (AGE).

Observou-se neste estudo, que o índice de leitura entre os cooperados é baixo, totalizando 82,05% de cooperados que não leem sobre cooperativismo. A

leitura sobre cooperativismo é uma condição de grande relevância para que o cooperado sedimente seus conhecimentos sobre o tema e possa praticá-los em sua cooperativa. Por isso, Frantz (2001), ressaltam que para se conseguir o hábito da leitura de forma consciente e responsável, só existe uma alternativa, qual seja, um permanente processo de educação e ou capacitação como direito inalienável do quadro social.

**Tabela 4** - Significância da associação entre itens que podem explicar o conhecimento dos cooperados sobre cooperativismo.

	Participar das AGO e AGE	Ler sobre a temática do Cooperativismo
Participa das assembleias AGO e AGE	-	-
Lê sobre o Cooperativismo	<0,001	-
Recebeu Formação em Cooperativismo	0,324	<0,001

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

Os resultados obtidos e compilados na Tabela 5 mostram a independência entre os itens referentes às atitudes acerca do cooperativismo, sendo O questionamento foi investigado utilizando o teste qui-quadrado, já que as respostas desses itens não eram dicotômicas (apresentavam três respostas). Esse teste também sinalizou a presença de ligações significativas entre alguns itens desse grupo. O único item referente a atitudes que se mostrou independente dos demais foi aquele sobre a clareza da definição da missão da cooperativa da qual faz parte. Os outros três itens como: saber se a cooperativa é um empreendimento de sucesso; se a comunicação dos dirigentes da cooperativa corresponde às suas expectativas e em relação à prática dos princípios do cooperativismo, foi possível analisar que apresentam associações significativas.

Observa-se que o julgamento dos cooperados sobre quanto a sua cooperativa ser um empreendimento de sucesso, 80.77%, apresentam associação tanto com a comunicação dos dirigentes em responder às suas expectativas, quanto com o posicionamento da concordância com a prática dos princípios do cooperativismo. É possível que a avaliação da cooperativa como um empreendimento de sucesso, seja um aspecto induzido pela avaliação que fazem da comunicação dos dirigentes em responder às expectativas dos cooperados e a prática dos princípios do cooperativismo.

A associação entre os três itens da tabela 5, que abordam atitudes, também pode ser decorrente de um aspecto em comum entre os itens. A avaliação positiva sobre a cooperativa ser um empreendimento de sucesso, a comunicação dos dirigentes e sobre a prática dos princípios do cooperativismo pode ser decorrente da dinâmica do funcionamento da cooperativa. Quando essa interação reflete um ambiente favorável, pode induzir simultaneamente a avaliações positivas sobre os três aspectos avaliados nos itens (cooperativa como empreendimento de sucesso, comunicação dos dirigentes em responder as suas expectativas e na concordância da prática dos princípios do cooperativismo).

As associações observadas sugerem a importância do conhecimento da legislação do cooperativismo sobre o da leitura da temática cooperativismo e da prática dos princípios do cooperativismo na formação de um ambiente favorável para o cooperado.

**Tabela 5** - Significância da associação entre itens que refletem atitudes dos cooperados

	Missão da Cooperativa	Cooperativa como empreendimento de Sucesso	Comunicação com os dirigentes da Cooperativa
Missão da cooperativa	-	-	-
Cooperativa como empreendimento de sucesso	0,266	-	-
Comunicação com os dirigentes da cooperativa	0,241	<0,001	-
Prática dos princípios do cooperativismo	0,812	<0,001	<0,001

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

A tabela 6 apresenta o valor p do teste de McNemar aplicado para investigar o questionamento de independência entre os itens que foram considerados a priori como indutores e com os indicadores de conhecimento do cooperativismo entre os cooperados. O teste sugere um número grande de ligações significativas entre os itens. Observa-se que, em geral, participar das assembleias, ler sobre cooperativismo e receber formação em cooperativismo, de fato, são hábitos que podem induzir o conhecimento dos cooperados sobre o cooperativismo. Logo,

tendem a serem hábitos eficazes para se adquirir conhecimentos sobre o cooperativismo.

Begnis (2014), reforça a importância dos dirigentes manterem uma boa comunicação com cooperados e clientes, sem a qual se torna praticamente impossível unir os associados em prol de um mesmo objetivo e conquistar novos mercados consumidores para o negócio.

**Tabela 6** - Significância da associação entre itens de indicadores de conhecimento e itens de hábitos indutores de conhecimento.

	Participar das AGO e AGE	Ler sobre Cooperativismo	Recebeu Formação em Cooperativismo
<b>Conhece os princípios do cooperativismo</b>	0,001	<0,001	<0,001
<b>Conhece a lei do cooperativismo</b>	<0,001	0,454	0,017
<b>Definição de cooperativa</b>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Direitos e Deveres</b>	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Ética</b>	<0,001	<0,001	<0,001

A tabela 7 apresenta o valor p do teste de qui-quadrado, aplicado para investigar se havia itens com ligações significativas com o conhecimento dos cooperados. Destacamos que foram observadas algumas associações com significância. O teste indicou que o conhecimento da ética no cooperativismo foi o que apresentou o maior número de ligações significativas com os demais elementos as atitudes consideradas. Observa-se que esse conhecimento apresenta a associação com o julgamento do cooperado acerca da cooperativa ser um empreendimento de sucesso, da comunicação com os dirigentes e da prática dos princípios do cooperativismo. Logo, são de fato, itens que podem apresentar ligações com conhecimentos sobre ética no cooperativismo.

Ainda na tabela 7, observou-se uma associação significativa entre o conhecimento da legislação/Lei do cooperativismo e a avaliação da clareza na missão da cooperativa da qual participa. É possível que para alguns dos cooperados participantes, o conhecimento da legislação possa ter algum efeito na avaliação da clareza da missão da cooperativa.

Segundo, a lei do cooperativismo, as cooperativas contam com alguns instrumentos básicos. Primeiramente, há a Assembleia Geral, que é o órgão máximo da cooperativa, onde são discutidos os assuntos relevantes da sociedade e são estabelecidas as diretrizes. Elas podem ser ordinárias ou extraordinárias. As ordinárias são realizadas uma vez ao ano, nos três primeiros meses, quando serão apresentados os balanços e resultados do exercício anterior e realizadas as eleições para os Conselhos Fiscal e Administrativo. As extraordinárias ocorrem sempre que houver necessidade de debater algum tema importante para o funcionamento da sociedade (MAIA,2009).

**Tabela 7** - Significância da associação entre itens de conhecimento e itens referentes a atitudes dos cooperados

	Missão da cooperativa	Cooperativa como empreendimento de sucesso	Comunicação dos dirigentes	Práticas dos princípios do cooperativismo
Conhece os princípios do cooperativismo	0,246	0,707	0,792	0,693
Conhece a Lei do cooperativismo	0,001**	0,734	0,843	0,587
Definição do que seja uma cooperativa	0,056	0,257	0,715	0,281
Direitos e Deveres	0,123	0,377	0,383	0,708
Ética	0,123	0,011*	0,022*	0,004**

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

A tabela 8 apresenta as informações sobre um modelo de regressão linear que relaciona a nota atribuída pelo cooperado ao seu conhecimento sobre cooperativismo com os hábitos considerado a priori, como indutores de conhecimento. Portanto, o objetivo é investigar a presença de efeitos das variáveis sobre a nota atribuída ao conhecimento. O resultado do teste F aponta que é possível construir um modelo linear com as variáveis sugeridas ( $F=13,973$ , valor  $p<0,001$ ). O coeficiente de determinação avança que os três hábitos apresentados, de fato, são importantes para explicar a nota atribuída ( $R^2=0,601$ , o que evidencia que 60,1% da variação da nota é explicada pelas três variáveis selecionadas que são: se o cooperado recebeu formação em cooperativismo; participa das assembleias regulamente; e sobre a leitura do tema cooperativismo.

Nos coeficientes apresentados na tabela 8, temos a equação que descreve os efeitos sobre as notas, estas notas refere-se ao questionamento feito aos participantes, de zero a dez que nota você atribui o seu conhecimento sobre cooperativismo. Na comparação dos três hábitos (**recebeu formação em cooperativismo; participa das assembleias regulamente; e sobre a leitura do tema cooperativismo**), verifica-se que o maior efeito esperado é decorrente da leitura sobre cooperativismo. A equação tem a seguinte representação: (Nota=8,323 - 0,764 participa das assembleias Ago e Age; - 1,902 ler sobre a temática do cooperativismo; -1,087 recebeu formação em cooperativismo).

O estudo conduzido por Schneider (1991), interpreta que a participação dos cooperados nas atividades da cooperativa pode decorrer da importância da representatividade que o dirigente da cooperativa tem em influenciar o cooperado a participar e a votar nas assembleias.

**Tabela 8** - Modelo de investigação de efeitos sobre as notas atribuídas ao conhecimento

TERMOS	COEFICIENTES	T	SIG.
Constante	8,323	18,048	,000
Recebeu formação em Cooperativismo	-1,087	-2,635	,010
Participa das AGO e AGE	-0,764	-2,135	,036
Lê sobre Cooperativismo	-1,902	-3,639	,001

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

A tabela 9 apresenta o resultado do teste da razão de verossimilhança e o pseudo-R<sup>2</sup> dos cinco modelos de regressão logística ajustados para relacionar os itens indicadores de conhecimento com aqueles que refletem hábitos admitidos como indutores de conhecimento. Verificou-se que o modelo de regressão logística somente pode ser ajustado para descrever a relação para o item que diz respeito ao conhecimento dos princípios do cooperativismo ( $\chi^2 = 9,981$ ; valor p = 0,019) e para aquele referente ao conhecimento da legislação do cooperativismo ( $\chi^2 = 36,51$ ; valor p < 0,001), de acordo com o teste da razão de verossimilhança.

Foi possível observar que apenas aquele que se refere ao conhecimento da legislação não apresentou um pseudo-R<sup>2</sup> com valor baixo (pseudo-R<sup>2</sup> = 0,566), o

que sugere que os hábitos são fatores importantes para entender o conhecimento dos cooperados da legislação do cooperativismo.

De acordo com Duarte (2001), uma cooperativa de saúde pode ser definida como:

As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciados. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração).

**Tabela 9** - Teste da razão de verossimilhança para os modelos com as variáveis dependentes indicadas

	Qui-quadrado	Valor p	Pseudo-R2
Recebeu formação em cooperativismo	9,981	0,019	0,179
Lei	36,510	<0,001	0,566
Define cooperativa	6,431	0,092	0,148
Direitos e Deveres	2,56	0,463	0,052
Ética no cooperativismo	3,75	0,29	0,075

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

A tabela 10 apresenta a razão da chance de cada um dos três hábitos sobre os cinco indicadores do conhecimento. Cada coluna da tabela descreve a razão da chance das variáveis de um modelo, bem como sua significância. Observa-se que, aqueles três hábitos tiveram efeitos significativos somente para explicar o conhecimento da legislação.

**Tabela 10** - Razão da chance dos hábitos sobre os indicadores de conhecimento

	Recebeu formação em cooperativismo	Conhece a lei do cooperativismo	Definição de cooperativa	Conhece os Direitos e Deveres do cooperado	Saber o que Ética no cooperativismo
Recebeu formação em Cooperativismo	0,104*	0,154*	0,210	0,535	0,425
Participa das assembleias (Ago e Age)	0,776	0,020**	0,231	0,492	0,708
Ler sobre Cooperativismo	1,716	0,091*	3,207	0,959	0,452

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020.

A tabela 11 apresenta os resultados dos testes de comparação, quanto às respostas dos itens que definem o conhecimento do cooperado sobre cooperativismo. Como as respostas desses itens eram binárias utilizou-se o teste exato de Fisher para fazer a comparação.

Campos (2011, p. 11), considerou que “cooperar e educar são fenômenos indissociáveis, que se complementam de forma unívoca, sob muitos aspectos”. Com a implementação de uma atividade de formação cooperativista, o repasse de conhecimentos específicos da área e a busca pela mudança de comportamento com relação às atividades realizadas é notadamente um processo que permite a transformação do indivíduo cooperado como um todo e também na sua própria personalidade. Para Frantz (2001), a educação cooperativista desempenha importante papel na apresentação e aparelhamento de novos sujeitos sociais.

Tabela 11 - Comparação dos itens que definem o conhecimento

Variável	Coefficiente de contingência	Valor p
Conhece os princípios do cooperativismo	0,027	0,54
Conhece a Lei do cooperativismo	0,154	0,145
Sabe definir o que seja uma cooperativa	0,238	0,045
Conhece os Direitos e Deveres do cooperado	0,118	0,318
Sabe o que é Ética no cooperativismo	0,036	0,753

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa-PB, 2020

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessas considerações acerca do conhecimento de médicos cooperados sobre cooperativismo e cooperativa, é possível utilizar dessas contribuições do dia a dia desses cooperados e refletir sobre suas posições no cooperativismo.

A compreensão do que seja o cooperativismo é de fundamental importância para este segmento de cooperados do setor saúde. Nessa perspectiva, os resultados indicam que uma parte significativa dos participantes não recebeu

formação em cooperativismo. No entanto, a maioria dos cooperados responderam saber definir o que seja uma cooperativa e atribuem um alto grau de importância a essa definição. Contudo, ainda assim, demonstraram incipiente grau de conhecimento nos quesitos que abordam o conhecimento da Lei 5.764/71, quantos são os princípios e a leitura do tema cooperativismo.

Nesse sentido é possível inferir que o conhecimento dos respondentes sobre seus direitos e deveres pode operar como indutor do entendimento do que seja cooperativismo. O que melhor traduz o cooperativismo na visão dos participantes é a ajuda mútua. Outro ponto relevante estudo é a avaliação positiva do cooperado que percebe sua cooperativa como um empreendimento de sucesso.

Destacamos a importância dos cooperados saberem o que seja a ética no cooperativismo e assim, a ética orienta melhor os cooperados quanto aos seus direitos, deveres e a consciência da ajuda mútua.

Sugerimos também algumas propostas gerais para outros estudos em prol do fortalecimento do cooperativismo: (1) as cooperativas devem priorizar sempre a educação cooperativista com seus cooperados, fortalecendo a leitura da temática, bem como as relações internas para um melhor entendimento da legislação (2) estudar formas divulgação do trabalho da cooperativa para fortalecer a imagem da cooperativa como empreendimento de sucesso; (3) provocar discussão com vistas na participação mais regular dos cooperados nas assembleias.

Portanto não se pretende trazer respostas a partir dos dados obtidos, mas, apenas apresentar as respostas dos cooperados aos questionamentos sobre o tema abordado. Assim, podemos fazer o reconhecimento da importância da leitura sobre cooperativismo e da necessidade de promoção da educação permanente sobre cooperativa e cooperativismo no dia a dia dos sócios.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. L. Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro. Funenseg. 192 p. 1ª ed. 26 cm. 2015.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2019. Disponível em: <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>. Acesso em: 04 abr. 2021.

ANNIBELLI, Mariana Baggio. A ordem econômica brasileira e o cooperativismo. Revista Eletrônica do CEJUR, Curitiba-PR, a. 2, v. 1, n. 3, ago./dez. 2008.

ANUÁRIO DO COOPERATIVISMO 2020. Revista MundoCoop.2020.

ASHLEY, P.A. **Ética e Responsabilidade Social nos Negócios**. São Paulo: Saraiva, 2003.

BEGNIS, HERON SERGIO MOREIRA; AREND, SILVIO CEZAR; ESTIVALETE, VANIA DE FATIMA BARROS. Em frente ao espelho: a produção do conhecimento em cooperativas na Revista de Economia e Sociologia Rural. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília , v. 52, n. 1, p. 99-116, Mar. 2014.

BIALOSKORSKI NETO, S. Virtual cooperatives in Brazil and the globalization process. *Journal of rural cooperation*, 29(2),2001.

BIALOSKORSKI NETO, Sigismundo. Um ensaio sobre desempenho econômico e participação em cooperativas agropecuárias. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília , v. 45, n. 1, p. 119-138, Mar. 2007.

BITTENCOURT, W. R.; BRESSAN, V. G. F.; GOULART, C. P.; BRESSAN, A. A., COSTA, D. R. de M.; LAMOUNIER, W. M. Rentabilidade em Bancos Múltiplos e Cooperativas de Crédito Brasileiros. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 21, n. Edição Especial FCG, p. 22-40, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. BRASIL. Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Disponível em: <http://>. Acesso em: 03 abril. 2021.

CAMPOS. P. Educação cooperativa e sua fluência: da teorização às práticas nas cooperativas. *Revista Gestão Universitária*, ed. 259, fev. 2011. Disponível em: . Acesso em: 23 março. 2021.

CARVALHO, R. R. P.; FORTES, P. A. de C.; GARRAFA, V. A saúde suplementar em perspectiva bioética. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, n. 59, v. 6, dez. 2013.

CECÍLIO, L. C. O., & MERHY, E. E. Perspectivas da regulação da saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), p. 433-444, 2004.

CRÚZIO, HELNON DE OLIVEIRA. Como organizar uma cooperativa: uma alternativa para o desemprego. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DUARTE, CRISTINA MARIA RABELAIS. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 999-1008, Aug. 2001.

FÁVERO, L. P.; BELFIONE, P.; SILVA, F. L.; CHAN, B. L. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERREIRA, PALLOMA ROSA.; SOUSA, DIEGO NEVES DE. O campo da educação cooperativista e sua relação com o Serviço Nacional de Aprendizagem do

Cooperativismo (Sescoop). **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande v. 19, n. 4, p. 773-787, Dec. 2018.

FRANTZ, W. Educação e cooperação: práticas que se relacionam. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 3, nº 6, jul/dez, p. 242-264, 2001. Disponível em: . Acesso em: 3 fev. 2021.

ILECKI FORGIARINI, DEIVID., NEUMANN ALVES, CINARA; CADEMARTORI MENDINA, HEITOR JOSÉ. Aspectos teóricos do cooperativismo e suas implicações para a gestão de cooperativas. *Revista de Gestão e Organizações Cooperativas*, 0, p.21-36. 2018.

MAIA, DENISE MARIA. A dimensão educativa da cooperativa popular. Belo Horizonte: UFMG/FaE, 193f, 2009.

OCB - Organização das Cooperativas Brasileiras. Ramos do cooperativismo, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (OCB). Site corporativo. Disponível em. Acesso em 01 abril. 2021.

PARÉ, ABEL MOREIRA. **Intercooperação**: a formação de redes flexíveis como estratégia competitiva inteligente. Porto Alegre: SESCOOP/RS, 2010. 175 p.

REISDORFER, VITOR KOCHHANN. Introdução ao cooperativismo. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Politécnico, Rede e-Tec Brasil, 2014.

SALES, JOÃO EDER. Cooperativismo: Origens e Evolução. *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia*. n.1, p. 23-34, Jan-jun, 2010.

SANTOS, ISABELA SOARES; UGA, MARIA ALICIA DOMINGUEZ; PORTO, SILVIA MARTA. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008.

SCHNEIDER, JOSÉ ODELSON. Democracia participação e autonomia cooperativa. São Leopoldo: UNISINOS. 1991.

SCHNEIDER, J. O. As origens do cooperativismo moderno. In: *Compêndio de Cooperativismo UNIMED* (N. L. Ma y, o rg.), pp. 21-34, Porto Alegre: 1998. WS Editor

STIVALI, MATHEUS. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 9, p. 3729-3739, Sept. 2011.

TOMAZZONI, G.; SCHNEIDER, S. Cooperativismo na agricultura orgânica no Brasil: contribuições de Chayanov. *Revista de Gestão e Organizações Cooperativas*, 7, 1-16. 2020.

VELLOSO, Ribeiro Tatiana; LOCATEL, Celso. **A trajetória do movimento cooperativista no Brasil**: Da vertente do controle estatal para instrumento de promoção de desenvolvimento regional. Campos de Ondina: UFBA, 2011.

VILELA, R. H. P.; FERRAZ, S. B.; FERRAZ, S. F. S. Modelo diagnóstico de Governança Corporativa em cooperativas de saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 14, n. 1, p. 28-48, 2015.

ZYLBERSZTAJN, DECIO. Organização de cooperativas: desafios e tendências. **RAUSP Management Journal**, v. 29, n. 3, p. 23-32, 1994.

## CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DE VÍDEOS DO YOUTUBE NA DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO

MARQUES, Raissa Sarmiento Gadelha  
SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos  
MORORÓ, André Henrique  
SANTOS, Thalita Esther Oliveira dos  
SOUZA, Gláucio Nobrega de  
LEITE, Aristides Medeiros

### 1 INTRODUÇÃO

Na presente década, temas que envolvem e abrangem diretamente Cuidados Paliativos vêm ganhando espaço na discussão científica e na preocupação profissional, realidade que, outrora, não era real. Todavia, nota-se ainda escassez de conhecimento e maiores esforços intencionais, para trazer conhecimentos reais e realísticos sobre o tema para a formação médica.

A necessidade de paliar vem se intensificando mais que nunca, devido a três principais fatores: o envelhecimento exponencial da sociedade, obtendo-se mudança na pirâmide etária, o aumento de doenças crônicas incapacitantes progressivamente, bem como o aumento da tecnologia que permite maior longevidade. Percebe-se que se adquire tempo, enquanto a qualidade de vida se torna paupérrima, tanto para os pacientes, quanto para seus familiares (ANCP, 2009). Dessa forma, é preciso garantir este artifício aliado à possibilidade de minimização de danos (CONCEIÇÃO et al., 2019). Assim, o objetivo deste estudo é analisar vídeos da plataforma *YouTube* sobre Cuidados Paliativo.

Sabendo disso, busca-se, através do presente estudo, analisar vídeos da plataforma *YouTube* acerca do tema Cuidados Paliativo. O estudo é classificado como revisão de literatura, de vertente exploratória e de abordagem quantitativa. Analisar vídeos da plataforma *YouTube* acerca do tema Cuidados Paliativos.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar como o cooperativismo é abordado nos vídeos compartilhados na plataforma do YouTube. Nesse contexto, interroga-se: o que retratam os vídeos sobre cooperativismo no sítio de compartilhamento YouTube? A importância de se realizar este estudo deve-se à relevância social das

sociedades cooperativas, que já possuem seu modelo de gestão organizacional bem definidos e estabelecidos no mundo e no Brasil.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Muitos aspectos relevantes dos Cuidados Paliativos se aplicam perfeitamente à medicina curativa, já que podem influenciar positivamente em outras formas de assistência de saúde, ao valorizar aspectos que ficaram em segundo plano a partir do domínio da medicina chamada científico-tecnológica, tais como dimensões humanas e ético-espirituais da pessoa humana (PESSINI, 1999).

Para fins didáticos na prática médica, a Organização Mundial da Saúde definiu em 1990 os Cuidados Paliativos como “o cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo”. O controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. Seu objetivo é proporcionar uma melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares.

Já em 2002, a OMS redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos dando mais ênfase na prevenção do sofrimento:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS, 2014).

No Brasil, a Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), como parte das Redes de Atenção em Saúde (RAS). Esse documento contém nove artigos, que vêm respaldar a atenção ao paciente em situações de terminalidade da vida. Nela, encontra-se o conceito da assistência, a caracterização do perfil de usuário que poderá se beneficiar dos cuidados, os princípios norteadores para a organização e a quais serviços serão ofertados: atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar. Com isso, percebe-se que

o país está iniciando os passos para a melhoria na assistência a pacientes necessitados (BRASIL, 2018).

Pimentel (2009) traz a perspectiva de inserir a palição à realidade atual, por exemplo, ao falar sobre a cronificação do câncer. Uma doença com aumento de incidência e mortalidade na atual população ocidental, bem como suas principais causas: “mudança de estilo de vida, envelhecimento da população ou aumento da sobrevivência e melhores técnicas de diagnóstico, além de fatores externos como idade avançada, sedentarismo, tabagismo, hábitos alimentares, dentre outros”.

Compreende-se, portanto, a magnitude e notoriedade desse conhecimento para formação do profissional de saúde, uma vez que, infalivelmente, o profissional se deparará com pacientes que estejam vivendo essa etapa do ciclo de vida. Porém, quando lidamos com dados reais e a vivência da medicina, percebe-se que pouco ainda se utiliza dos Cuidados Paliativos, estando restrito apenas a pacientes terminais. Demonstra-se, dessa maneira, a insuficiência de conhecimento acadêmico e, em consequência, o manejo incorreto da qualidade de vida dos enfermos (CONCEIÇÃO et al., 2019).

Por outro lado, o conhecimento atualmente é disponível para quaisquer pessoas que o busquem, seja por meio de textos impressos ou virtuais, fazendo parte do contexto da sociedade. Um dos meios mais utilizados para rápida busca e fácil aprendizagem são os vídeos adicionados à plataforma do *YouTube*, meio de informatização utilizado globalmente. Compreende-se como um sítio que confere dados audiovisuais, caseiros ou profissionais a cerca de diversos assuntos, incluindo, muitos deles, a saúde humana (SALVADOR et al., 2014).

Aliando a necessidade de maior conhecimento sobre Cuidados Paliativos para os profissionais de saúde e cidadãos com a eficaz e rápida difusão de conhecimento por meio da internet, os vídeos pelo *YouTube* são uma alternativa a mais para o saber. Diversos autores e estudiosos da área médica utilizaram esse meio de comunicação em prol da pesquisa científica, avaliando características e abordagem da propagação do conhecimento em saúde. A efeito de exemplo, podemos citar Selvi et al. (2019) pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Salvador et al. (2017) em análise da segurança do paciente, Tourinho et al. (2012) através do Colégio

Brasileiro de Cirurgiões de suporte básico de vida e reanimação cardiopulmonar, dentre outros.

Dessa forma, compreende-se que, ao passo em que muito se difunde através da internet e os meios de comunicação acelerados da modernidade, pouco se conhece a respeito de Cuidados Paliativos, suas vertentes e princípios, tanto por alguns profissionais médicos, como por estudantes de medicina e cidadãos ocupantes de outras profissões. Esse fato foi demonstrado em diversos estudos com amostras dentro da área médica, podendo citar Bowden et al. (2013).

Esse estudo se torna relevante pelo caráter interdisciplinar, por transpor os conhecimentos técnicos já existentes, utilizando-os como suporte. Ademais, valoriza o conhecimento acerca do que se propaga pelo *YouTube* sobre Cuidados Paliativos, e compreende essa ferramenta como meio complementar do saber, ajudando estudantes, profissionais e quaisquer cidadãos.

### **3 METODOLOGIA**

Estudo exploratório, documental em ambiente virtual de dados secundários da plataforma virtual de vídeos do *YouTube*, com abordagem quantitativa. Sendo desenvolvido a partir do site de compartilhamento do *YouTube* nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2020. O material do estudo se deu a partir da análise de todos os vídeos coletados, com *upload* entre os anos de 2017 a 2019.

A amostra do estudo foi coletada a partir do site do *YouTube*, delimitando-se a partir do descritor “cuidados paliativos”, utilizando filtro da própria plataforma para “vídeos” e duração “- 4 minutos”, e classificação em “data de envio”. Como critérios de inclusão, pode-se delimitar: os vídeos que tenham sido postados entre os anos de 2017 a 2019; que sejam de curta duração, com duração de menos de 4 minutos; que façam referência direta ao descritor, por meio de linguagem verbal na língua portuguesa.

Como critérios de exclusão, cita-se: vídeos fora do prazo determinado no estudo; vídeos duplicados; duração superior a 4 minutos; que não tenham relação com Cuidados Paliativos e suas vertentes; vídeos exclusivamente de linguagem não verbal; de outro idioma senão português do Brasil.

A coleta de dados foi realizada a partir de um formulário elaborado pelos pesquisadores, compilando os dados referentes aos vídeos, com a finalidade de construir um banco de dados de fácil manuseio das informações. Inicialmente, fez-se um instrumento de coleta em formato de tabela, identificando os vídeos numericamente com as seguintes informações individuais: título do vídeo, link, data de carregamento para o *YouTube*, número de visualizações e minutos de duração. Após assistir individualmente cada um mediante critérios de inclusão e exclusão, houve a formação de roteiro de dados, baseado nos temas de maior relevância, dos que desejou-se estudar (como tempo de duração dos vídeos, categoria, abordagens e caráter informativo).

Foi colocado o descritor “cuidados paliativos”, a partir do DeCS, em campo de busca do site de endereço [www.youtube.com](http://www.youtube.com). Colocaram-se os filtros “vídeo”, “- 4 minutos” e “data de envio” do próprio site. Os vídeos que se caracterizaram nos critérios de inclusão foram coletados, entre os anos de 2017 a 2019, totalizando 162 vídeos. Cada vídeo coletado foi salvo no instrumento de coleta. Foram assistidos um a um, utilizando-se concomitantemente os critérios de exclusão, demarcando os principais assuntos neles abordados, realizando-se, assim, a categorização. Esses dados foram colocados em tabela no Excel para formação de dados estatísticos e possíveis correlações.

Os dados provenientes da coleta foram analisados estatisticamente a partir da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, moda e desvio padrão). Os dados foram demonstrados e apresentados por gráficos e tabelas para melhor compreensão. Os vídeos foram analisados individualmente para atender os objetivos do estudo.

O estudo não foi submetido ao comitê de ética, uma vez que não existiu tal necessidade, por não envolver pesquisa direta com seres humanos, conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No que se refere ao enfoque dos vídeos postados no *YouTube*, os resultados foram obtidos por meio de um instrumento de pesquisa, o qual se encontra na

Tabela 1, estando descritos os indicadores: tempo de duração, data da postagem e total de visualizações.

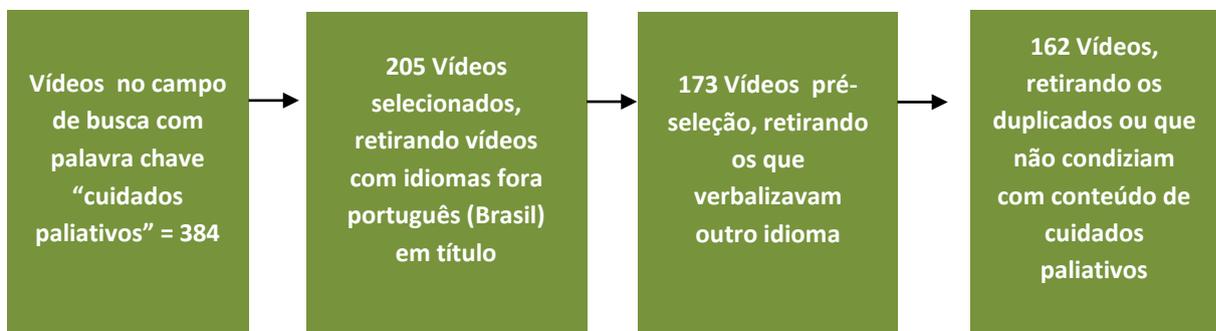
Tabela 1 - Padronização do instrumento de coleta

Indicador de análise	Padronização
Tempo de duração	Indicado na timeline do vídeo (em minutos e segundos – nn'nn")
Data da postagem	Indicado na descrição do vídeo (abaixo do vídeo)
Total de visualizações	Indicado abaixo do vídeo

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Os dados relativos ao tempo de duração, ano de postagem e total de visualizações foram analisados a partir de estatística descritiva simples, segundo frequência absoluta e relativa. A Figura 1 retrata as etapas percorridas até a definição da amostra final da pesquisa com um total de 162 vídeos.

Figura 1. Etapas percorridas para a definição da amostra final



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Foram encontrados 384 vídeos no *YouTube* após a busca seguindo os passos metodológicos descritos, usando os critérios de inclusão. Usou-se os critérios de exclusão, retirando-se um total de 211 vídeos que se encontravam em diferentes idiomas, restando assim 173 vídeos. Retirou-se ainda 11 vídeos que não representavam conhecimentos explícitos, como vídeos com apenas fotografias de eventos, ou vídeos de construção de engenharia civil de hospitais, sem quaisquer mensagens a respeito de Cuidados Paliativos, restando 162 vídeos.

A amostra de 162 vídeos totaliza um tempo de 5 horas, 25 minutos e 46 segundos. A média de tempo foi de 2 minutos de vídeo; foram encontradas duas modas: 35 segundos e 2 minutos e 8 segundos; a mediana foi de 77,5 segundos. O desvio padrão foi correspondente a 56,2328037. Houve um total de 88.948 visualizações, com média de 549,06 por vídeo.

Através da coleta, com a amostra final, foi possível estabelecer temas prevalentes e quantificá-los. Uma planilha foi construída para tabulação dos dados, estando estes condensados na Tabela 2, retratando as principais abordagens encontradas de forma padronizada. É importante ressaltar que um único vídeo pôde registrar mais de um tema. Além disso, houve vídeos dentre os 162 que não trataram dos temas escolhidos para abordagem, estando esses condensados na linha “outros” na Tabela 2.

Tabela 2 – Temas abordados nos vídeos sobre Cuidados Paliativos, sua quantidade e frequência

Tema	n	%
Manejo da Família	40	24,6%
Equipe Multidisciplinar	35	21,6%
Conceito de Cuidados Paliativos	34	20,9%
Terminalidade e Luto	32	19,7%
Dor	21	12,9%
Humanização	17	10,4%
Integralidade da Pessoa	17	10,4%
Ensino Acadêmico	14	8,6%
Comunicação em Cuidados Paliativos	13	8,0%
Ética	11	6,7%
Espiritualidade	10	6,1%
Diretivas Antecipadas	6	3,7%
Outros	47	29,0%

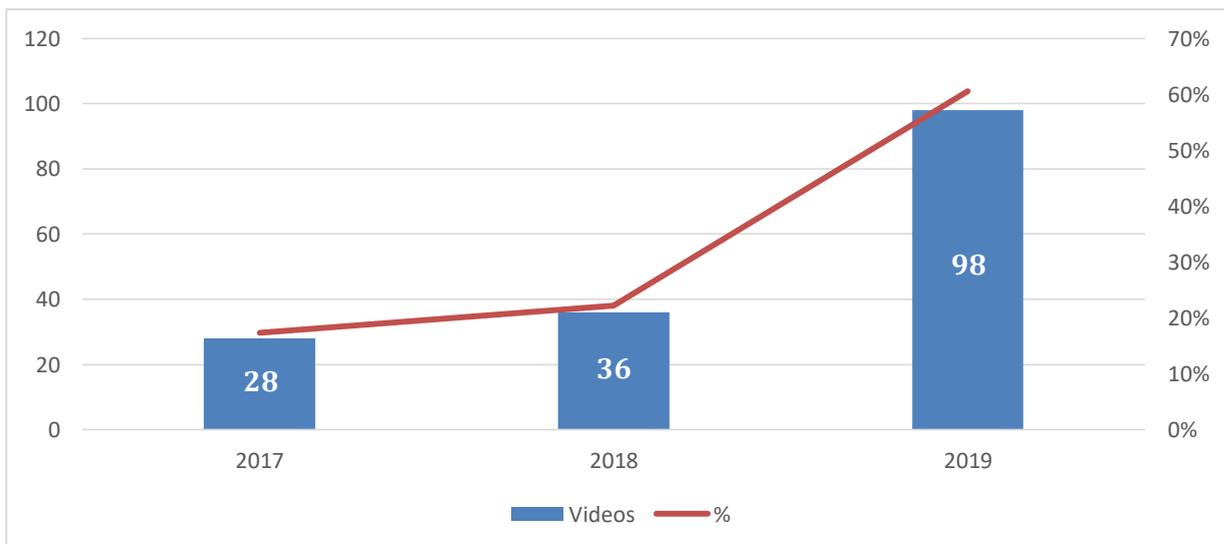
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Como pode-se observar, os assuntos de maior prevalência, em ordem decrescente, foram: manejo da família, equipe multidisciplinar, conceito de Cuidados Paliativos, terminalidade e luto, dor, humanização, integralidade da pessoa, ensino

acadêmico, comunicação em Cuidados Paliativos, ética, espiritualidade e, por último, diretivas antecipadas. O assunto mais prevalente encontrado na pesquisa foi o referente ao manejo da família em Cuidados Paliativos, com uma frequência de 24,6% na amostra; o menos prevalente corresponde ao tema de diretivas antecipadas, com frequência de 3,7% na amostra (Tabela 2).

Já em relação à quantidade de vídeos encontrados por período estabelecido, o Gráfico 1 mostra as porcentagens respectivas nos 3 anos abordados na coleta e sua prevalência. Em 2017, foram encontrados 28 vídeos (17% da amostra). Em 2018, foram encontrados 36 vídeos (22% da amostra). Em 2019, foram encontrados 98 vídeos (60% da amostra). Isso demonstra uma progressão na disseminação do conhecimento ao longo dos últimos três anos, estando mais da metade da amostra presente no ano de 2019 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Vídeos de amostra por ano de 2017 a 2019

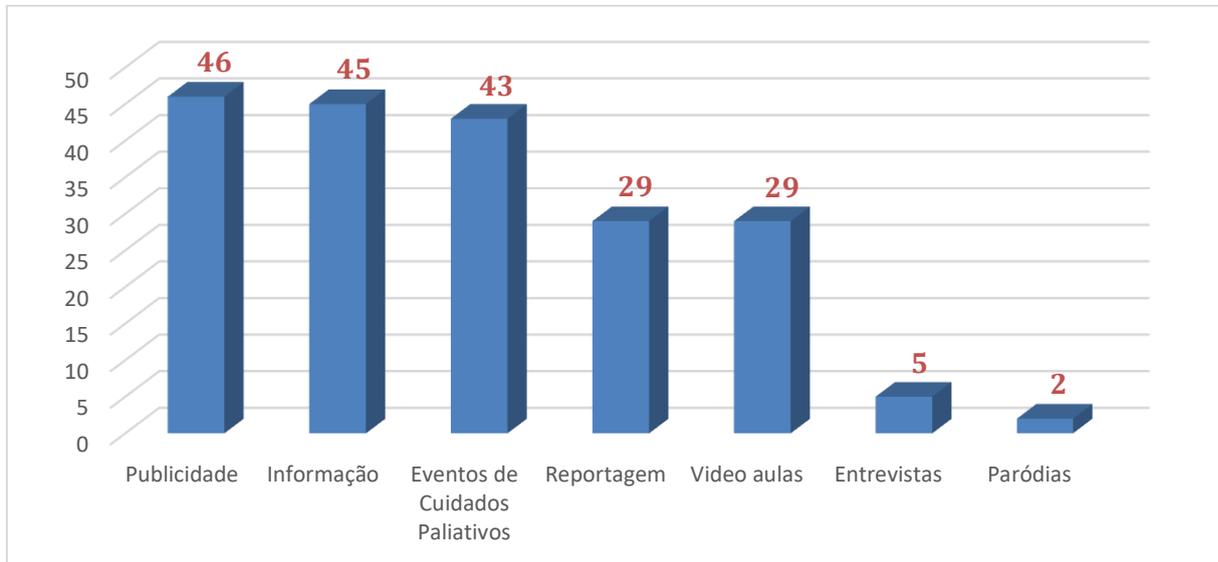


Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Ademais, foram catalogadas as categorias dos respectivos vídeos da amostra, dividindo-os em: eventos de Cuidados Paliativos, publicidade, reportagem, entrevistas, informação, vídeo aulas e paródias, como mostra o Gráfico 2. Vemos, em ordem decrescente, as seguintes categorias: publicidade (46 vídeos), informação (45 vídeos), eventos em Cuidados Paliativos (Congressos, Jornadas, Simpósios, Encontros e afins: 43), reportagem (29 vídeos), vídeo aulas (29 vídeos), entrevistas (5 vídeos), e, por fim, paródias (2 vídeos). É importante ressaltar que um único vídeo

tinha a possibilidade de abranger mais de uma categoria, ocorrendo intercessão em alguns casos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Categorias dos vídeos sobre Cuidados Paliativos



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A partir da coleta de dados e sua análise, possibilitou-se a compreensão da importância da utilização de recursos tecnológicos advindos das tecnologias da informação e comunicação (TIC), uma vez que se identificaram nuances expostas a respeito dos Cuidados Paliativos no meio virtual. Hoje, as TIC são amplamente difundidas e compartilhadas na vida cotidiana, uma vez que se vive sob a tutela da inovação tecnológica, na chamada “Era da informação” (COSTA; DUQUEVIZ; PEDROZA, 2015).

O manejo da família foi o tema mais prevalente encontrado (40 vídeos, com 24,6% de frequência relativa). Isso demonstra a importância de falar de família dentro de Cuidados Paliativos, por justamente ser ela parte do acompanhamento. Junto ao doente, o sofrimento é trazido também para os parentes; a incerteza do amanhã, o tempo, os custos demandados e toda a carga emocional repercutem na saúde física e mental dos que vivem a experiência da doença, direta ou indiretamente. Isso pode levar com que essa instituição se torne disfuncional quando não tratada (ESPÍNDOLA et al., 2018).

Um estudo realizado por Silva et al. (2020) sobre a perspectiva de famílias que possuíam parentes em Cuidados Paliativos na Bahia, com dor crônica, demonstrou que o enfrentamento de uma doença terminal em um familiar gera sofrimento, sendo reflexo do próprio doente. Outros sentimentos como medo da morte, angústia, e impotência foram observados. Esses familiares batalham entre a dor e a força em se manter bem, para prestar assistência ao doente. Diante disso, deve ser de responsabilidade também da equipe de Cuidados Paliativos manejar e orientar a família (SILVA et al., 2020).

Sabendo que, apesar de que o paliar esteja presente desde o início do diagnóstico de uma doença incurável, prepara-se os familiares para, eventualmente, a terminalidade, bem como o luto. Quanto a essas temáticas, foram citadas na amostra em 32 vídeos, tendo uma frequência de aparecimento de 19,7%.

Entende-se os Cuidados Paliativos como paulatinos na linha de tempo da doença, tornam-se mais prevalentes à medida que a doença avança. Existem implicações diretas na vida dos pacientes a partir de sua percepção do adoecimento. Variáveis como as consequências geradas, o lidar com a realidade da deterioração da saúde, os tratamentos, a alteração da estrutura familiar, da autonomia e da independência geram impactos no doente. Torna-se deveras importante a individualização de acompanhamento para cada paciente, devido a experiência da doença, que é única (PRATA, 2017).

A terminalidade da vida pode ser categorizada em três fases, a efeito de compreensão: aguda (notícia de terminalidade por parte dos familiares e doente), crônica (entre o viver e o morrer, com perda de autonomia e independência progressivas) e última fase (últimos dias de vida). Para todas, o cuidado paliativo está incluso em diferentes níveis (PRATA, 2017).

Nesse sentido, a partir da fase aguda, o sentimento de perda e luto se inicia, fazendo com que haja mudança nas relações e funções familiares. Um familiar eventualmente se torna o “cuidador principal”, como pontuado por Radavalli (2011), fazendo com que a sobrecarga seja mais intensa sobre este.

No momento em que o familiar doente, de fato, falece, inicia-se o processo concreto de luto. A sua experiência é particular a cada indivíduo e, apesar de

existirem fases (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação respectivamente), cada ser reage de diferentes maneiras. Isso se deve ao contexto inserido, como cultura, dogmas e relações interpessoais. A equipe de Cuidados Paliativos deve se mostrar conhecedora e passível de identificar problemas que repercutam negativamente na passagem das fases de luto, bem como o luto patológico (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Alguns estudos apontam, todavia, que há ainda um distanciamento das equipes com o auxílio após a morte do ente querido, indicando que há, nesse sentido, uma necessidade de investir mais nos cuidadores no período pré-luto; isso levará ao desenvolvimento de uma relação comunitária mais próxima (AOUN et al., 2017).

Atrelado a esse contexto, considera-se deveras importante as habilidades de comunicação. Foram encontrados, entretanto, apenas 13 vídeos relacionados ao tema, com 8% de frequência dentro da amostra. Em um período delicado em que se sabe que as funções do paciente apenas serão deterioradas conforme o agravamento do estado de saúde, as notícias sempre são temerosas e causadoras de sofrimento, principalmente se não ditas da maneira certa. Tendo em vista isso, protocolos como o SPIKES foram desenvolvidos com a finalidade de preparar o profissional para transmitir diagnósticos difíceis de maneira empática e estruturada (LINO et al., 2011).

Com relação ao conceito de Cuidados Paliativos, este apareceu de forma explícita em 34 dos 162 vídeos analisados, sendo o terceiro tema mais prevalente (frequência de 20,9%). Isso mostra como a área ainda está em processo de expansão na Nação Brasileira, necessitando a explicação e propagação de sua existência à população de forma geral. Não somente isso, mas também a disseminação da ideia correta sobre que se trata a área.

A ideia de Cuidados Paliativos que permeia o meio do imaginário comum é, em sua maioria, a de pacientes terminais, intubados, sendo medicados apenas com morfina, inconscientes, aguardando a morte. Prata (2017) relata que esse conhecimento surgiu em meados do século XX. Pereira (2010) demonstra que os saberes paliativos foram formados na Idade Média, quando os tratamentos eram

escassos, e a única ferramenta humana em meio às doenças, leves ou graves, era o cuidar. Aos religiosos, dava-se esse papel, segundo Pereira (2010, p.11): “tinham como vocação o cuidado de pacientes terminais, como era o caso da Ordem das Hospitaleiras de São João de Deus, na Espanha, criada no século XVI”.

Nesse aspecto, os Cuidados Paliativos já existiam, mas não haviam ainda sido estruturados. Surgiu então uma instituição voltada para cuidado integral do enfermo através de Cicely Saunders, fundadora do Christopher’s Hospice no ano de 1967, hoje sendo ainda reconhecido como um dos mais iminentes serviços de cuidado paliativo. Saunders não se contentou com o tratar da doença, mas se especializou em diversas áreas da saúde para cuidar da alma: envolvendo a espiritualidade, a família, bem como a psicologia (ANCP, 2012).

O modelo de Cuidados Paliativos chegou ao Brasil no início da década de 1980, fase na qual os brasileiros ainda viviam o final de um regime de ditadura, cujo sistema de saúde priorizava a modalidade hospitalocêntrica, essencialmente curativa. Tanto o ensino da enfermagem como o da medicina estavam voltados para os aspectos biológicos; o trabalho era predominantemente individual, com abordagem multiprofissional, ou seja, intervenções fragmentadas de diferentes profissionais para um mesmo paciente (MELO, 1999). Todavia, o ato de cuidar é uma atividade humana que visa o bem-estar do ser fragilizado e nisso, a palição trabalha com maestria, sendo o paciente o centro do cuidado, tendo essa perspectiva maior ênfase que na medicina técnico-científica.

Com a visão ampla dos Cuidados Paliativos, o pilar da espiritualidade também é importante para fornecer qualidade de vida para seus pacientes. Sobre esse tema, foram encontrados, entretanto, apenas 10 vídeos dentro da amostra proposta (com 6,1% de frequência) que abordavam o tema.

A própria esfera espiritual está presente não somente dentro da vertente da palição, mas na própria conceituação do que é “saúde”. A UNESCO (2005) também define na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos que a identidade de alguém inclui “dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais” (BERTACHINI; PESSINI, 2010).

Entretanto, por muito tempo se observou uma medicina que limitava o indivíduo a dimensões objetivas: biológica e orgânica. Há um crescimento recente na visão biopsicossocial e espiritual do ser humano, abandonando a infalibilidade da medicina técnico-científica. A comunidade médica, de maneira geral, agregará à saúde grandemente, conforme mais estudos e práticas em difundir o cuidado com a espiritualidade forem feitos. Aqui, cabe uma definição para diferenciar espiritualidade e religião: enquanto esta é o conjunto de crenças, práticas e liturgia, aquela é a busca do ser humano pela transcendência da vida. As duas fazem parte do contexto do ser humano em diferentes níveis; cabe ao profissional de saúde saber lidar com esses âmbitos em suas diferentes vertentes, para proporcionar um cuidado integral ao doente (BERTACHINI; PESSINI, 2010).

Contudo, ainda há uma dificuldade de abordagem por parte dos profissionais sobre a temática, seja por insciência das diversas religiões e da espiritualidade, seja por receio de abordar o assunto. Saporetti (2008) defende que a espiritualidade deve ser explorada e principalmente atrelada a uma consciência do estado de saúde por parte do paciente, uma vez que, diante da morte, este se tornaria passível de vivenciar também o sofrimento espiritual (SAPORETTI, 2008).

Para que se possa abordar todas as nuances da vida e do sofrimento do paciente, a equipe definida na palição é multidisciplinar ou multiprofissional. Essa equipe tem uma modalidade coletiva, em que argumentam e planejam a assistência para o paciente em questão, através de uma relação mútua, ainda que sejam diversos profissionais de diferentes áreas de atuação (PEDUZZI, 2001).

Com relação a essa modalidade de organização do processo do cuidado, foram encontrados 35 vídeos (frequência de 21,6%) dentro da amostra que citavam a temática. Foi observado nesses vídeos uma clareza com relação a quais são esses profissionais que integram a equipe, estando de acordo com o que a literatura fala:

a assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de sua família, prioriza uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual (CARDOSO et al., 2013, p.1135).

É possível que outros profissionais participem da equipe, sendo eles rede de apoio, porém, vale ressaltar que essas pessoas devem ter formação em Cuidados Paliativos, sendo fundamental a consciência da integralidade para uma boa prática paliativa (CARDOSO et al., 2013).

A integralidade do ser humano compreende as dimensões biopsicossociais e espirituais em que eles estão inseridos. Essa abordagem proporciona um entendimento sobre o ser humano nos âmbitos físico, psicológico e social, e também como o adoecimento está nessas dimensões e como interfere nas demais. Isso é fundamental dentro dos Cuidados Paliativos, uma vez que se busca a qualidade de vida do paciente. O olhar é voltado para o todo, não somente para a doença que enfrenta (MARCO, 2006). Com relação a integralidade, foram encontrados 17 vídeos que abordavam o tema na amostra, com porcentagem de 10,4%. É comum as discussões de integralidade estarem atreladas às discussões de humanização. Na mesma proporção, foram encontrados 17 (10,4%) vídeos que mencionavam a humanização dentro da palição, que nada mais é que uma forma holística de cuidar do paciente, levando em conta seus sentimentos, realidade inserida, crenças e vontade própria (MARCO, 2006).

A importância de difundir mais o conhecimento da palição no meio acadêmico suscitou 14 vídeos da amostra (8,6%), que contextualizavam sobre a importância deste aspecto. Apesar de décadas após o seu estabelecimento, estudos demonstram a escassez de conhecimento fundamentado a cerca do tema, gerando frustração, bem como mau manejo dos pacientes necessitados: “A ideia equivocada de que esse tipo de assistência se refere às situações de fim de vida ou impossibilidade curativa gera sofrimento intenso na maioria dos profissionais, que experimentam frustração, impotência e culpa, entre outros sentimentos” (PACHECO, 2019).

Considerando tal fato, o estudo realizado por Conceição et al. (2019), com residentes da Universidade Federal de Sergipe acerca de Cuidados Paliativos demonstrou, com a aplicação de questionário validado, que grande parte dos

médicos considerou não ter recebido informação suficiente em como manejar pacientes com doenças crônicas e terminais, durante a graduação.

É oportuno enfatizar as justificativas utilizadas por parte das graduações: tempo insuficiente para ministrar assunto, pouca especialização de professores e outras demandas mais prioritárias ao ensino. Uma das alternativas encontradas foi a inclusão de disciplina voltada para essa área na graduação de medicina, como propõe Caldas (2018). A partir de questionários, desenvolveu-se sugestão final de competências em Cuidados Paliativos para cursos de graduação em Medicina, na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, em 2017. Dentre essas sugestões, dentro dos módulos, estão: princípios básicos dos Cuidados Paliativos, manejo de sintomas, trabalho em equipe, questões éticas e legais e assistência nos últimos momentos de vida. Essas competências seriam enquadradas nos princípios norteadores de cada curso de saúde em prol de uma construção maior da multidisciplinariedade. Dessa forma, apesar de haver escassez em diversas graduações, existem estudiosos que, atualmente, estão buscando melhoria dos cursos na ótica de Cuidados Paliativos, como demonstra o estudo (CALDAS, MOREIRA, VILAR, 2018).

No que concerne ao tema da dor, foi o quinto mais prevalente dentre os temas escolhidos, com 12,9% de frequência: 21 vídeos da amostra. A dor é um aviso de que algo no organismo não vai bem, podendo ser percebida de formas e intensidades diversas pelas pessoas, de maneira geral. De acordo com a Associação Internacional para o estudo da Dor (2011), trata-se de uma experiência desagradável quanto aos aspectos sensoriais e emocionais, associada a uma ameaça real ou potencial de dano tecidual. Não obstante, aspectos sociais, relativos à cultura e aprendizagem, também entram em questão quando se trata deste fenômeno (IASP, 2011). Mais que uma sensação, a dor é uma percepção que remete à subjetividade da experiência dolorosa, pois envolve aspectos cognitivos, emocionais, culturais e comportamentais (FERNANDES, 2003).

A forma como os indivíduos sentem e percebem a dor influencia na maneira como lidam com seu estado de saúde, assim como na relação médico-paciente e na própria adesão ao tratamento. Uma baixa tolerância à dor pode levar, por exemplo, à automedicação, gerando prejuízos posteriormente. Diante do exposto, torna-se

necessário a difusão do conhecimento sobre as diferentes formas de se perceber a dor, bem como as variáveis que interferem nessa percepção. A importância de abordar esse tema na disseminação do conhecimento está atrelada ao fato de ser o sintoma mais prevalente no paciente de Cuidados Paliativos: a exemplo, 80% dos pacientes com câncer no último ano de vida a relatam (PIDGEON, 2016).

Atualmente, ainda não se é possível transpor para palavras o significado complexo desse sintoma. Cada pessoa sente do seu modo. Isso se deve à existência de um componente somático, discriminativo (a sensação gerada), além de um componente afetivo (o sentimento gerado), baseado em experiências passadas e no estado afetivo do paciente (AZEVEDO, et al., 2003). Nesse ponto de vista, a dor é considerada como um fenômeno subjetivo, e cada indivíduo a descreve de acordo com aprendizados prévios (TEIXEIRA; SOUZA, 2001). Partindo desse pressuposto, esses autores consideram que todos os sintomas descritos pelos pacientes como dor devem ser validados e aceitos.

Diversas escalas foram desenvolvidas para mensurar a intensidade desse sintoma, sendo as mais precisas e fidedignas as escalas numéricas (GRAHAM, 1980). As de categorias de expressões verbais, as analógicas visuais ou quantitativas não-numéricas, as fisiológicas e as comportamentais também são outras opções (CHAPMAN, 1985).

Ademais, a dor também adentra em como é vivida em meio social e espiritual, demonstrando assim a tamanha importância de existir uma equipe capacitada para abordar e diminuir o sofrimento do doente e da família:

Valendo destacar que além de todos os recursos medicamentosos, cuidar do paciente com dor crônica ultrapassa a administração de fármacos analgésicos e vai além, com a premente necessidade de uma relação profissional/familiar/paciente de modo empático, fortalecendo os vínculos afetivos com o propósito de aliviar, confortar, apoiar, promover o alívio do sofrimento tanto para o paciente quanto para seu familiar/cuidador (SILVA, et al., 2020, p.9).

Finalmente, dentre os temas escolhidos para abordagem, encontram-se as Diretivas Antecipadas (citada em apenas 6 dos 162 vídeos abordando o assunto, com frequência de 3,7%) e a Ética (citada em 11 vídeos, com 6,7% de frequência na

amostra). Os temas estão intimamente ligados no sentido de que, hoje, as diretivas antecipadas de vida estão previstas na Resolução Nº 1995 de 09 de agosto de 2012 - para seu cumprimento de forma ética - em que confere como devem ser aplicadas em território brasileiro. As diretivas iniciaram com a finalidade de evitar agressões técnicas a mais em pacientes que possuíam um prognóstico não satisfatório, evitando, dessa forma, a distanásia. Além disso, protegem a autonomia do paciente sobre sua vida, em que permite que sua decisão impere, mas também estando passível de não cumprimento, caso viole o Código de Ética Médica no Brasil.

(...) as diretivas antecipadas entram na relação médico-paciente como meio para que a autonomia privada do paciente, antes de um possível estado de incapacidade, possa ser exercida, assegurando a sua dignidade e autodeterminação. Ainda, direcionará o profissional médico e sua equipe para que seja empregado o tratamento e cuidados previamente escolhidos pelo próprio paciente (BOMTEMPO, 2012, p. 26).

No momento em que a doença incapacitar o indivíduo responder por si mesmo, sua vontade estará documentada e caberá aos profissionais de saúde segui-la e respeitá-la, de maneira ética. Isso se configura dentro dos princípios bioéticos, promovendo beneficência, garantindo autonomia, bem como justiça (DINIZ, 2006). Nesse contexto, ainda há movimentos e discussões acerca da eutanásia; em contrapartida, a ortotanásia é possível de ser praticada no Brasil. Visto isso, a temática ainda é polêmica no país e não tão avançada como em outros países mais desenvolvidos (NUNES; ANJOS, 2014).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo revelou o quantitativo de vídeos produzidos e postados no *YouTube* nos anos de 2017 a 2019 que tratam de Cuidados Paliativos, bem como seus temas de prevalência. Conteúdos sobre manejo da família, equipe multidisciplinar, conceito de Cuidados Paliativos, terminalidade e luto, dor, comunicação entre outros temas foram evidenciados, demonstrando a importância de tratar sobre esses assuntos e disseminar o conhecimento para uma abrangência correta e esclarecedora dos Cuidados Paliativos.

Diversas dificuldades são encontradas durante o atendimento ao paciente terminal, como falta de capacitação de profissionais, pouca informação sobre esse

tipo de trabalho e o estigma existente da fragilidade das pessoas frente a situação de terminalidade. Percebe-se que essa área de estudo tem relevância e merece destaque na área da assistência por ser um tema atual e bastante relevante para a área da saúde.

Falta uma maior percepção da importância de se investir, divulgar e desenvolver projetos que envolvam o paciente terminal e em palição. Apesar de existir conteúdo acessível na plataforma estudada, ainda se carece de introdução desses saberes de forma incisiva nos meios acadêmicos, assim como nos próprios vídeos em que abordaram o tema mencionaram.

Conclui-se que a plataforma do *YouTube* tem potencial e permite ao usuário buscar conhecimento sobre temas do seu interesse, estimulando o debate e a reflexão sobre Cuidados Paliativos. O Brasil caminha aos poucos para a construção firme e estruturada dessa área de atuação para seus cidadãos; isso gerará futuramente um impacto positivo na vida de muitas famílias e doentes que sofrem com doenças crônicas e degenerativas. Dessa forma, a tecnologia, por meio da disseminação de conteúdo em vídeos, é uma das diversas maneiras para que se alcance um conhecimento amplo da população. É possível despertar o pensamento crítico acerca dos temas abordados, a exemplo de terminalidade da vida e diretivas antecipadas, gerando construção do saber e curiosidade no processo de aprendizagem, através do livre acesso a esse conteúdo, bem como realizando impacto positivo na formação médica.

## REFERÊNCIAS

AOUN, S.M., *et al.* **Bereavement support for family caregivers: the gap between guidelines and practice in palliative care.** PLoS ONE v.12, n.10. Austrália, 2017.

AZEVEDO, M. P., *et al.* **Dor Aguda.** Rio de Janeiro: Saerj. 2003.

BERTACHINI, L., PESSINI, L. **A importância da dimensão espiritual na prática de cuidados paliativos.** Revista Bioethikos: Centro Universitário São Camilo. v.4, n.3, p.315-323. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf> Acesso em 15 out 2019.

BOMTEMPO, T.V. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. **Revista de Bioética y Derecho.** n.26, p.22-30. Minas Gerais, 2012. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n26/original3.pdf> Acesso em 29 mar 2020.

BOWDEN, J. *et al.* Are newly qualified doctors prepared to provide supportive and end-of-life care? A survey of Foundation Year 1 doctors and consultants. **Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh**. Edinburgh: 2013; v. 43, n. p. 24–28 Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/236068811\\_Are\\_newly\\_qualified\\_doctors\\_prepared\\_to\\_provide\\_supportive\\_and\\_end-of-life\\_care\\_A\\_survey\\_of\\_Foundation\\_Year\\_1\\_doctors\\_and\\_consultants](https://www.researchgate.net/publication/236068811_Are_newly_qualified_doctors_prepared_to_provide_supportive_and_end-of-life_care_A_survey_of_Foundation_Year_1_doctors_and_consultants) Acesso em: 05 out 2019.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Portaria n. 3.519/GM/MS. **Resolução n. 41**, Diário Oficial da União n. 209, seção 1, p. 57, 30 out 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf> Acesso em: 11 out 2019.

CALDAS, G. H. de O., MOREIRA, S. de N. T., VILAR, M. J. Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 21, n.3, p. 269-280 Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180008> Acesso em: 11 out 2019.

CARDOSO, D. H., *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enferm**. v.22, n.4, p.1134-1141. Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/32.pdf> Acesso em: 11 out 2019.

CARVALHO R. T., PARSONS H. A. **Manual de cuidados paliativos da ANCP**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575\\_345331.pdf](http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf). Acesso em: 10 out 2019.

CHAPMAN, C. R., *et al.* Pain Measurement: An Overview. v 22, n.1, p.1-31. 1985. **Research Gate**. June 1985. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/19151225\\_Pain\\_Measurement\\_An\\_overview](https://www.researchgate.net/publication/19151225_Pain_Measurement_An_overview). DOI: 10.1016/0304-3959(85)90145-9. Acesso em: 25 abr 2020.

CONCEIÇÃO, M. V. da. *et al.* Conhecimento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de um hospital universitário. **Revista Bioética**. v.27 n.1 Brasília Jan./Mar. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019271296.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº.1.995/2012**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995> Acesso em: 30 mar. 2020.

COSTA, S. R. S., DUQUEVIZ, B. C., PEDROZA, R. L. S. Tecnologias Digitais como instrumentos mediadores da aprendizagem dos nativos digitais. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. v.19, n.3, p. 603-610. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193912>. Acesso em: 10 nov 2019.

DINIZ, M. **O estado atual do Biodireito**. Ed. 3, Ed. Saraiva: São Paulo, 2006.

ESPÍNDOLA, A. V. *et al.* Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, 2018.

FERNANDES, A. M. C. **Representação Social da dor por doentes de Fibromialgia**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003

GRAHAM, C. **Use of the McGill pain Questionnaire in the assesment of câncer pain**: replicability and consistency. *Pain*. v.8, n.3, p.377-87, 1980

IASP. International Association for the Study of Pain. **Pain**, v. 2, Suppl:1–225, 2011.

LINO, C. A., *et al.* Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.35, n.1, p.52-27. Rio de Janeiro, 2011

MARCO, M. A. de. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.30, n.1, p. 60-72. Rio de Janeiro, 2006

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios**. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos da ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p. 23-30. Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575\\_345331.pdf](http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf). Acesso em: 07 out 2019

NUNES, M.I., ANJOS, M. F. dos. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista de Bioética**. v.22, n.2, p.241-251, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222005>. Acesso em: 26 abr 2020.

PACHECO, C. L., GOLDIM, J. R. Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. **Revista. Bioética**. v. 27 n.1 Brasília Jan./Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n1/1983-8042-bioet-27-01-0067.pdf> Acesso em: 27 set 2019

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** v. 35, n.1, p.103-109. São Paulo, 2001. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/acervo-cehmob/oficinas-encontros/1-eccontro-multiprofissional/Equipe-multiprofissional-de-saude-conceito.pdf>. Acesso em: 28 set 2019.

PEREIRA, S. M. **Cuidados Paliativos: confrontar a morte**. ed. Universidade Católica, p.11, 2010

PESSINI, L. Bioética: Horizonte de esperança para um novo tempo. **O Mundo da Saúde**, v.23, p.259-262. São Paulo, 1999

PIDGEON, T., *et al.* A survey of patients' experience of pain and other symptoms while receiving care from palliative care services. **BMJ Support Palliat Care**. v.6, n.3, p.315-322. 2016. Disponível em: <https://ro.uow.edu.au/ahsri> Acesso em: 27 set 2019.

PIMENTEL, F.L. **Qualidade de Vida e Oncologia**. Coimbra, Almedina, 2006, p.9.

PRATA, H. M. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal**. Barueri, SP: Manole, 2017.

RADAVALLI, E.P., *et. al.*, Pacientes em estado terminal: uma revisão de literatura. **Arq Ciên Saúde**. v. 18, n.4, p.162-165. 2011

SALVADOR, P. T. C. de O. *et al.* Análise de vídeos do youtube sobre eventos adversos em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 830-844, 2014.

SAPORETTI, L. A. **Espiritualidade em Cuidados Paliativos**. Cuidado paliativo, CREMESP, 2008; (4-I), p. 522-523. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod\\_resource/content/1/Cuidados\\_Paliativos\\_CREMESP.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf) Acesso em: 10 fev 2020.

SELVI, O. *et al.* YouTube como fonte informativa sobre bloqueios do plexo braquial: avaliação de conteúdo e valor educativo. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 69, n. 2, p. 168-176, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v69n2/pt\\_0034-7094-rba-69-02-0168.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v69n2/pt_0034-7094-rba-69-02-0168.pdf) Acesso em: 20 set 2019.

SILVA, R. S. de *et al.* Perspectiva de la familia / cuidador sobre el dolor crónico en pacientes con cuidados paliativos. **Revista Electrónica Enfermería Actual em Costa Rica**. n.38. Costa Rica, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1090084>. Acesso em 20 abr 2020.

TEIXEIRA, M. J., SOUZA, A. C. F. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. Em: TEIXEIRA, M. J.; JACOBSON, J. A. B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento**. Grupo editorial Moreira Júnior. São Paulo, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Worldwide Palliative Care Alliance. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WHO, 111 p. 2014. Acesso em: 23 set 2019. Disponível em: [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).

## DOCENTES DE FORMAÇÕES DISTINTAS COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior  
Edjanece Guedes de Melo Romão  
Kamyla Félix Oliveira dos Santos  
Janine Agra Padilha  
Aristides Medeiros Leite  
Gláucio Nóbrega de Sousa

### 1 INTRODUÇÃO

Os saberes são primordiais na ação educadora, tendo em vista que a aprendizagem não se dá de forma aleatória simplesmente, mas como um processo organizado de armazenamento e de interação de informações a nível cognitivo, fazendo uso de significados anteriores para se tornarem significativos (MOREIRA; MASINI, 2016).

A multidisciplinariedade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade vem sendo pesquisadas no Brasil em diversos campos do conhecimento com o objetivo de promover mudanças para melhoria das relações de trabalho, onde a ação integrada, a relação horizontal e compartilhada tem comprovado resultados positivos para diferentes áreas da ciência em particular no campo da saúde (ROQUETE *et al.*, 2012).

Roquete *et al.* (2012), em seu estudo traz reflexões importantes sobre as experiências multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares como ações capazes de aproximar e integrar conhecimentos de diferentes disciplinas como estratégia eficaz na solução dos problemas no campo da saúde.

Nesse contexto, os professores com formação em áreas diversas do campo da saúde, vem cada vez mais contribuindo para ampliar o campo do saber médico, que, de certa forma, faz parte da concepção do estudante ao ingressar no curso de Medicina. A educação médica tem-se modificado através dos anos. Desde 1910, com a publicação do relatório Flexner, que teve como consequência, reforço das disciplinas das ciências básicas, e a autonomia para a pesquisa, até os anos

cinquenta, quando as escolas médicas, principalmente as americanas, iniciaram o processo de inovação curricular (NUNES, 2010).

Assim, a partir da compreensão de que, a teoria, a prática e pesquisa médica não são detentoras do conhecimento único na área de saúde, é necessário que haja uma abertura para aceitação de opiniões diferentes, respeito as diversidades de saberes e reconhecimento da ação de um coletivo que cuida de pessoas, tendo como principal fundamento o conceito ampliado de saúde.

Nesse contexto, faz-se necessária uma reflexão sobre a importância do tema a partir da experiência de profissionais de saúde que vivenciam a prática da docência em cursos de Medicina compartilhando e construindo novos saberes a partir da integração de conhecimentos específicos da Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Medicina, entre outros cursos, tanto da área de saúde como das áreas tecnológicas e sociais.

Portanto, este trabalho tem por objetivo descrever o relato das experiências e percepções de um grupo de docentes de cursos de Medicina, que atuam em diferentes instituições de ensino, da rede pública e privada, e possuem formações distintas na área de saúde atuando de forma interdisciplinar e multiprofissional facilitando e estimulando a busca pelo desenvolvimento de competências para aquisição de conhecimentos amplos.

## **2 MATERIAIS E MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. A pesquisa qualitativa não visa à quantificação, mas sim ao direcionamento para o desenvolvimento de estudos que buscam respostas que possibilitam entender, descrever e interpretar fatos. Ela permite ao pesquisador manter contato direto e interativo com o objeto de estudo e tem por objetivo demonstrar os resultados pelo sentido lógico/coerente que eles apresentam. Esse tipo de pesquisa possibilita investigar os fatos e compreendê-los no contexto em que eles ocorreram ou ocorrem, pois o pesquisador analisa-os e pode entender a dinâmica dos fatos (PROETTI, 2017).

O Relato de experiência (RE) por sua vez, é um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária, cuja característica principal é a descrição da intervenção. Na construção do estudo é relevante conter embasamento científico e reflexão crítica. O RE em contexto acadêmico pretende, além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, através da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante). (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2017).

Deste modo, diante da descrição dos aspectos conceituais do tipo da nossa pesquisa, faz-se necessário a apresentação da nossa vivência acadêmica acerca do objeto de estudo:

### **3 RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Somos um grupo de profissionais de diferentes formações na área da saúde que durante o percurso da prática profissional e do acúmulo de conhecimentos resolvemos seguir a carreira de docentes em cursos de Medicina, em diferentes instituições de ensino, da rede pública e privada, predominantemente com atuação nos primeiros períodos do curso.

Ao docente é atribuída a responsabilidade de assumir o papel de orientador de um processo, que é conceituado como *ensino – aprendizagem*. Partimos desse pressuposto de que há um personagem que sabe e vai ensinar a outro que decidiu aprender a cuidar de pessoas. Logo, nos questionamos ao refletirmos em relação aos objetivos de aprendizagem que planejamos: Escolhemos o conteúdo certo? Adotamos a metodologia correta? E o processo de avaliação apresentará a resposta que esperamos e, que os estudantes anseiam? Estamos preparados para darmos e recebermos *feedbacks*? Assim, damos início a um percurso repleto de desafios a serem superados na perspectiva do desenvolvimento das competências necessárias ao processo de aprendizagem.

Nossa experiência aconteceu com o conteúdo do eixo de Ensino, Serviço, e Comunidade onde a inserção do estudante no contexto da Medicina de Família e Comunidade lhes apresentam um espaço geográfico denominado de território vivo

em saúde, onde a diversidade de olhares, saberes e, a interação com a comunidade constitui a principal ferramenta pedagógica.

De acordo com Monken et al. (2007) “ Em geral, a localização de populações em um território não é uma escolha das pessoas. Participam desse processo a história da ocupação e apropriação do território, e as desigualdades sociais, que têm o efeito de juntar os semelhantes”. É nesse espaço de aprendizagem que consiste nosso caminhar, onde buscamos identificar o que o aluno já conhece, e o que ele não sabe e precisam conhecer.

O objeto de estudo então está definido: O ser humano no contexto familiar e social, bem como sua trajetória em busca por assistência à saúde. O estudante é então inserido num contexto real e nele, é apresentado os fatores que determinam os processos de adoecimento nas pessoas de diferentes classes sociais e estilos de vida.

Ao planejarmos nossos objetivos de aprendizagem optamos por uma base teórico-prática que possibilite ao discente desenvolver competências de relação com pessoas e famílias em seu contexto domiciliar e comunitário, e como essas pessoas constroem a busca por saúde. Assim, propiciamos ao estudante, o espaço para aquisição das competências necessárias de conhecimentos, habilidades e atitudes acerca dos diversos temas relacionados. Para Bastos (2006) o docente deve atuar como um facilitador, para que o estudante faça pesquisa, reflita e decida por ele mesmo o que fazer para alcançar os objetivos. Concordamos com o autor, porém o desenvolvimento dessas competências são definidas de acordo com o perfil docente e do próprio estudante.

As atividades práticas acontecem no território da área de abrangência de uma equipe de saúde da família, onde a turma é dividida em grupos, e cada grupo fica sob a orientação de um docente, tendo como espaço de estudo uma microárea de saúde. A integração entre das atividades teórico prática estimula e desafia a capacidade de reflexão dos estudantes sobre o cenário encontrado. Diante do diagnóstico feito os conteúdos de aprendizagem vão sendo trabalhados de forma contextualizada onde conceitos são refletidos mediante o que foi visto e escutado das pessoas nos espaços que materializam o processo saúde-doença.

Como estratégia metodológica utilizamos o Arco de Maguerez a partir das cinco etapas: observação da realidade e definição do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Justifica-se a

aplicabilidade de estratégias problematizadoras nesta experiência, por partir da observação da realidade de uma comunidade; refletir sobre os problemas identificados como determinantes do processo de adoecimento e assim constituído um dos pontos chaves do estudo; bem como, a fundamentação teórica para analisar e explicar cada situação problema identificada; desenvolvendo a capacidade de ser crítico para propor ações capazes de promover transformações para vida das pessoas.

O processo de avaliação inicial é diagnóstica para construir os perfis dos estudantes e o grau de saberes; processual construído ao longo do semestre, através da elaboração de um portfólio; formativa, com o objetivo de estimular condutas positivas e responsabilização com os processos vivenciados; cognitiva como forma de sedimentar a aprendizagem de conteúdos teóricos.

Com essa prática, esperamos para os estudantes, alterar os processos tradicionais de aquisição de saberes a partir da memorização e da transferência unidirecional e fragmentada para a construção de um conhecimento em rede, não linear, onde a responsabilização dos estudantes por seu processo de formação seja significativo e estimule a autonomia intelectual. Para nós, docentes de formações distintas, mas, unidos por um mesmo objetivo, entendemos que: vivenciar a curiosidade problematizadora manifestada pelos estudantes de medicina durante as atividades nos leva a compreender que conduzir o processo de ensino aprendizagem problematizando aspectos da realidade viva, contextualizando, fundamentando teoricamente constitui um fato pedagógico concreto.

Ao compartilharmos nossas vivências com a prática docente nos cursos de Medicina, buscamos compreender a importância que representa a necessidade de sairmos da nossa zona de conforto, para abdicarmos de saberes inerentes a nossa formação, adotando estratégias pedagógicas mais amplas, capazes de integrar conhecimentos e desenvolver habilidades e atitudes na perspectiva da formação de médicos mais humanistas e generalistas.

#### **4 DISCUSSÃO**

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina na Seção I, que trata da Atenção à Saúde, no seu artigo 5, item IX, faz menção “ao cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade no qual prevaleça o trabalho interprofissional em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal

compartilhada” (BRASIL, 2014). Apesar de todos os estudos que culminaram nos avanços das diretrizes nacionais para o ensino médico, o método tradicional de ensino centrado no papel do professor que transmite o conhecimento encontra-se presente, assim como, uma maior valorização das práticas e tecnologias duras voltadas para o fazer médico como imperativo maior do processo de formação.

De acordo com Meireles et al. (2019) “As mudanças curriculares implementadas vêm para reforçar as diretrizes anteriores e possibilitar ao aluno, além da inserção antecipada no ambiente de prática, o convívio com o paciente em seu cotidiano, conhecendo a sua realidade por meio de visitas domiciliares, práticas de extensão, atividades de promoção, prevenção e recuperação do processo saúde-doença, empregando a visão biopsicossocial do ser. Portanto, a interdisciplinariedade aparece como um dos meios para ampliar conhecimentos dos estudantes a partir da concepção de outras profissões e de estratégias de ensino que contribuem para formação de um médico generalista capaz de desenvolver, a partir dos conhecimentos adquiridos, um senso crítico, propositivo e atuar em equipe.

Segundo Nunes (2010), as análises recentes revelam que Flexner, apesar de defender “rigor científico e standardização da educação médica”, ressaltava que o treinamento, a qualidade e a quantidade da formação médica deveriam responder às necessidades da sociedade, os médicos têm obrigações sociais com a prevenção da doença e a promoção da saúde, devendo receber treinamento com amplitude necessária para realizar tais obrigações, e a colaboração entre medicina acadêmica e saúde pública das comunidades resulta em benefícios para ambas as partes. Porém, com a responsabilidade de trabalhar conteúdos e metodologias que contribuam de forma concreta para formação de profissionais preparados para atuarem em equipes de forma multidisciplinar, construindo conhecimentos a partir de diferentes olhares e concepções, interdisciplinar, favorecendo uma aprendizagem dialogada e transdisciplinar, preparando o futuro médico para desenvolver a habilidade para além do diálogo, a interação no agir em equipe.

Nesta lógica, é fundamental trazer para o centro do debate conteúdos que correlacionem a necessidade de uma prática médica com visão ampla do processo de adoecimento e assim, ser capaz de intervir em processos de prevenção e recuperação das pessoas. A prática da docência passa então a ser exercida por

diferentes áreas de conhecimentos, de se comportar no fazer médico sendo mensurado por sua vez no perfil do egresso. A partir desse trabalho multidisciplinar é averiguado que a formação com base nessas articulações de saberes, promove conhecimentos, habilidades e atitudes nos profissionais médicos capazes de produzir transformações éticas e humanistas, possibilitando intervenções concretas no processo saúde doença.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É necessário, portanto, clareza por parte do docente, dos inúmeros desafios no exercício da docência em cursos de Medicina, onde o seu saber contribuirá para o desenvolvimento de novas habilidades na formação médica, requeridas com o movimento flexineriano, considerado como o responsável pelo movimento que influenciou a reforma das escolas médicas no mundo. “Se o professor precisar elaborar os objetivos de uma disciplina, lembre-se de que os objetivos são ações a serem concretizadas pelos alunos”. Os objetivos nortearão as ações do professor e orientará a forma de avaliar, ou seja, a avaliação será feita baseada no que foi proposto pelos objetivos, para verificar se foram alcançados ou não (NUNES, 2010).

Segundo Batista & Batista (2004), é preciso deixar de considerar secundária a complexidade que envolve a docência em saúde e trazê-la para o âmbito da reflexão, pois, esta “impõe dilemas e abre perspectivas, inspirando a construção de olhares que articulem diferentes saberes e experiências na tentativa de estabelecer referenciais para o desenvolvimento docente” (p. 284).

A experiência vivenciada pelos docentes ao ser avaliada, aponta para importância e impacto causado pelo percurso formativo proposto no Projeto Pedagógico do Curso – PPC, na estruturação da matriz curricular do curso de Medicina e fundamentalmente, da seleção de seus docentes, levando em consideração as diversidades de formações e áreas de conhecimentos em saúde à serem agregadas ao saber médico. Diante do exposto é responsabilidade do corpo docente construir o processo de planejamento para definição e execução de estratégias pedagógicas capazes de cumprir o percurso formativo, e isso exige fundamentação teórica e apropriação da proposta de ensino com clareza conceitual do processo educacional.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, N.A.; SOUZA, S.H.S. **O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação.** São Paulo: Loyola; 1998.

BATISTA N; BATISTA S.H. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: Batista N, Batista SH, organizadores. **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo: Senac; 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; CARDOSO, Cléia Grazielle Lima do Valle; COSTA, Danilo Campos. Concepções sobre o bom professor de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica [online].** 2012, v. 36, n., pp. 499-505.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica [online].** 2019, v. 43, n. 2.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam de Castro. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, [S. l.], v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

NEVES, I.S.V. Planejamento Educacional no Percorso Formativo. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 2, p. 1-11, 2012.

NUNES, E.D. Cem anos do relatório Flexner - **ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Suplemento 1, Publicado: 2010.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**. v. 2, n. 4, 2017.

ROQUETE, F.F; AMORIM, M.M.A.; BARBOSA, S.P.; SOUZA, D.C.M.; CARVALHO, D.V. **Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva.** v. 2, n. 3, 2012.

MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2016, 111 p

ZIMMERMANN, M. H.; SILVEIRA, R.M.C.F.; GOMES, R.Z. A arte de ensinar e de aprender no ensino médico. **Atos de Pesquisa em Educação**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 49-75, abr. 2020.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**. v. 2, n. 4, 2017.

## PROJETO INTEGRADOR COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DE UNIÃO INTERDISCIPLINAR NO CURSO DE MEDICINA

Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior  
Gláucio Nóbrega de Souza  
Edjanece Guedes de Melo Romão  
Janine Agra Padilha  
Kamyla Felix Olveira dos Santos  
Sabrina de Figueiredo Ramalho

### 1 INTRODUÇÃO

Para alcançar a formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética do profissional médico a ser formado e, em consonância com as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina (DCNs 2014), várias estratégias pedagógicas inovadoras precisam ser adotadas. O egresso precisa obter a capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, respeitando o meio ambiente, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano, ser capaz de trabalhar em equipe multiprofissional, e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença” (BRASIL, 2014).

Para isso, os Projetos Pedagógicas de Curso (PPC) contemporâneos buscam soluções que permitam alcançar a excelência na forma de um profissional competente e que contribua para a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as suas dimensões. O médico formado no século XXI precisa estar apto a desenvolver ações de promoção da saúde e assistência médica de qualidade nas esferas preventiva, curativa e de reabilitação, observando o rigor dos princípios éticos e humanistas e pautado de cuidado integral à saúde de seu semelhante.

Formar um profissional tão complexo não é fácil, o SUS e sua dimensão social continuam a ser um desafio que exige adaptação e reflexão constantes, o profissional precisa “aprender a aprender” constantemente, ser capaz de transformar a realidade a partir da prática vivenciada com foco no cuidado e no trabalho em equipe, contribuindo para qualificar o modelo de atenção a saúde. Mas não basta isso, também se faz necessário que adquira habilidades para

lidar com a gestão do cuidado individual e coletivo, com o aprimoramento do ensino e com a pesquisa em saúde, tudo isso em prol da sociedade no qual esta inserido.

Acolher o cidadão, criar vínculos e se envolver nos problemas de saúde de sua comunidade, atuar como mediador no processo saúde-doença, de maneira autônoma, qualificada, propositiva e diversificada, moldando-se e adaptando-se às mudanças causadas pela dinâmica social globalizada, atento as necessidades dos menos favorecidos, as questões de acessibilidade, respeito ao meio ambiente e aos direitos individuais do ser humano, suas questões de gênero e étnico-raciais.

Como se não bastasse tudo isso, o profissional almejado pelas DCNs precisa ter conhecimentos fundamentais nas áreas da Saúde Coletiva, da Saúde da Mulher e da Criança; do Adulto e do Idoso, da Saúde Mental, e habilidades de comunicação, liderança e trabalho em equipe, obedecer aos dinamites científicos e ter compromisso com a vida.

Considerando o perfil citado, múltiplas estratégias pedagógicas precisam ser desenvolvidas, a exemplo da integração de conteúdos, percurso formativo flexível, atividades complementares, estímulo a pesquisa em eixo vertical, Curricularização da extensão e do projeto integrador (PI), entre outras.

## **2 CONCEPÇÃO DO PROJETO INTEGRADOR**

Na sua essência metodológica, o PI busca uma participação mais dinâmica de estudantes e professores no processo de ensino e aprendizagem, busca também desenvolver as suas capacidades crítica e reflexiva, unindo a teorização com a prática em produtos elaborados em equipe a partir dos elementos comuns entre os diversos conteúdos de um semestre. Trata-se de uma estratégia institucional de grande relevância no desenvolvimento de metodologias mais ativas e diferenciadas, de forma interdisciplinar. Nele, a articulação dos vários saberes sejam formais, informais, pessoais, coletivos, culturais, científicos, teóricos, ou práticos, é trabalhada, de maneira ativa, para a solução de problemas e o enfrentamento de situações diversas desafiadas pelo orientador.

Para o futuro Curso de Medicina do UNIESP, a proposta elaborada pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE) é inovadora e desenvolvida ao longo do

curso, acompanhando o eixo da pesquisa, desde a Unidade Curricular (UC) de Bases Científicas da Medicina I, no P1, passando pelas Bases Científicas da Medicina II, III e IV, pelos Seminários de Pesquisa I e II, até a UC de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I e II, coroando toda uma estratégia construtiva e progressiva em atividade de pesquisa, claro, articulada ao ensino e à curricularização da extensão, este último um outro elemento importante de caráter integrador de responsabilidade social.

Concebido a partir de uma dinâmica e flexível, nosso PI propicia a integração da teoria com a prática, o diálogo entre as diferentes ciências e saberes, e as atividades facilitadoras da construção de competências em uma formação baseada no conhecimento em sua gênese científico-tecnológica e histórico-social, nas habilidades de comunicação e resolução dos problemas, e na atitude coerente, ética e respeitosa dos direitos humanos individuais e coletivos, sem perder a perspectiva da construção coletiva interdisciplinar.

“Construir caminhos a partir da interdisciplinaridade inclui a implementação de desenhos curriculares que possibilitem a articulação de conteúdos, valorizem o enfoque problematizador e desenvolvam atividades acadêmicas que tenham como eixos a prática médica no contexto do trabalho em saúde, a inserção do professor e do estudante como sujeitos, e a produção contextualizada de saberes”, exalta BATISTA (2006) que, ainda ressalta o desafio constante da busca pela construção de propostas formativas que adotem permanentemente práticas interdisciplinares frente à complexidade do aprender, ensinar e do cuidar em medicina.

### **3 IMPORTÂNCIA DA METODOLOGIA ATIVA**

Atualmente não basta trabalhar apenas a proposta da interdisciplinaridade e integração de conteúdos, e preciso o estímulo constante para que o aluno se coloque como sujeito protagonista de seu aprendizado. E mais, que ele tome consciência do seu papel em sua formação. Aprender a aprender, constantemente, diante de um mundo globalizado e dinâmico, é mais que uma realidade, uma necessidade intrínseca ao profissional contemporâneo. A escola precisa propiciar uma formação para a autonomia e a emancipação humana.

Martins, Martins, Soldá e Pereira (2017) afirmam: “a realidade é dinâmica, sendo os sujeitos que escrevem/desenham os circuitos da história, influenciados pelo conjunto de relações sociais em que estão inseridos”. Por isso, a necessidade de se romper com a forma tradicional do repasse de conhecimento em uma escola. Os atores, docentes e, principalmente, alunos, precisam se apropriar das iniciativas, buscar novas formas de organização de seu trabalho, tornando-se protagonistas de seus resultados.

O papel do PI na organização curricular estabelece os princípios da articulação entre a teoria e a prática, com flexibilização e interdisciplinaridade, e tem seus pontos fortes no desenvolvimento da pesquisa articulada ao ensino e na utilização de metodologias ativas que garantem a autonomia intelectual dos estudantes a partir da mediação dos professores. Ou seja, o produto é elaborado ou construído de maneira coletiva a partir do esforço dos alunos na busca pelo conhecimento, utilizando suas habilidades dentro do conjunto atitudinal apropriado, orientados pelos docentes, tão somente mediadores do processo conduzido coletivamente (em equipe) pelos discentes.

Na educação de adultos, a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção de novos conhecimentos a partir de experiências prévias são necessárias para impulsionar as aprendizagens (FREIRE, 2007). A utilização constante de informações decorrentes do conhecimento de diversas áreas e diversos conteúdos para uma leitura e/ou intervenção de determinada realidade, sob diversos olhares, exige que o aluno se reinvente na busca por soluções, portanto nada mais adequado que forma-lo a partir da utilização de metodologias cada vez mais ativas. A ideia de organizar de maneira integrada os e conteúdos curriculares não é nova, o desafio é como fazê-la na construção do saber e das competências e habilidades pretendidas para um médico.

Preparar o aluno para pensar criticamente, reconhecer a realidade e, como cidadão, promover a ação transformadora necessária em sua prática social é o grande desafio. Integrar a aplicação técnica e científica à prática social a partir da vivência e da experimentação, progressivamente, ao longo dos semestres, entregando um produto da sua construção coletiva interdisciplinar, conforme as necessidades e a visão do Sistema Único de Saúde – SUS, faz toda a diferença.

## 4 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO INTEGRADOR

Programado para ser desenvolvido no decorrer de cada semestre letivo, sob a coordenação dos professores vinculado à UC Integradora, do eixo da pesquisa, denominado doravante como professor integrador.

Cada semestre conta com um professor integrador e cabe a ele orientar e conduzir os grupos de trabalho formados por alunos até o produto final a ser apresentado no fim do período letivo e que pode ser um portfólio, banner, artigo, relato de experiência, relato de caso, apresentação oral, vídeo aula, sessão anátomo-clínica, caso ético- profissional em júri simulado, ou qualquer iniciativa que desperte o interesse do aluno para não só buscar o conhecimento a partir da temática proposta, mas também desenvolver a habilidade de executar a elaboração de trabalhos diversificados, adquirindo habilidades distintas que, sob a postura atitudinal correta, o fará se destacar como medico estudioso, atualizado e atuante por ocasião de sua investidura profissional.

O PI abrange os saberes abordados no período correspondente, somados às experiências práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e as experiências de vida intrínsecas trazidas por de cada um dos membros do grupo de trabalho. Ao inibir o isolamento disciplinar, o processo de interdisciplinaridade acontece através de instrumentos integradores previamente definidos pelo docente responsável. Na escolha desses instrumentos, leva-se em consideração o grau de complexidade dos conteúdos na sua relação teoria e prática, bem como as linhas de integração entre os mesmos. A seguir, são delineados, período a período, até o PÉ, as unidades curriculares a serem integradas e a unidade curricular integradora (Quadro 1).

Quadro 1 – Unidade Curricular Integradora e Unidades Curriculares/Semestre

Unidade Curricular Integradora	Unidades Curriculares/Semestre
1º Período: Bases Científicas da Medicina I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases Celulares e Moleculares I;</li> <li>• Concepção e Formação do Ser Humano I;</li> <li>• Organização Anatomofuncional I;</li> <li>• Habilidades Básicas em Saúde;</li> <li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade I;</li> <li>• Inglês Instrumental em Medicina I;</li> <li>• Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS;</li> <li>• Extensão I.</li> </ul>

## ENSINO, GESTÃO, TECNOLOGIA E SAÚDE.

Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior | Cícero de Sousa Lacerda | Edjanece Guedes de Melo Romão | Janine Agra Padilha  
(Organizadores)

2º Período: Bases Científicas da Medicina I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bases Celulares e Moleculares II;</li><li>• Conceção e Formação do Ser Humano II;</li><li>• Organização Anatomofuncional II;</li><li>• Ética, Bioética e Legislação em Medicina;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade II;</li><li>• Inglês Instrumental em Medicina II;</li><li>• Extensão II.</li></ul>
3º Período: Bases Científicas da Medicina III	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bases Celulares e Moleculares III;</li><li>• Conceção e Formação do Ser Humano III;</li><li>• Organização Anatomofuncional III;</li><li>• Mecanismos de Agressão e Defesa I;</li><li>• Terapêutica I;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade III;</li><li>• Extensão III.</li></ul>
4º Período: Bases Científicas da Medicina IV	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mecanismos de Agressão e Defesa II;</li><li>• Semiologia Integrada I;</li><li>• Suporte a Vida e Primeiros Socorros;</li><li>• Terapêutica II;</li><li>• Saúde Mental I;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade IV;</li><li>• Extensão IV.</li></ul>
5º Período: Seminários de Pesquisa I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Semiologia Integrada II;</li><li>• Terapêutica III;</li><li>• Atenção Integral a Saúde da Mulher I;</li><li>• Técnicas Cirúrgicas e Anestesiologia;</li><li>• Saúde Mental II;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade V;</li><li>• Extensão V.</li></ul>
6º Período: Seminários de Pesquisa II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínica Integrada I;</li><li>• Atenção Integral a Saúde da Criança e Adolescente I;</li><li>• Atenção Integral a Saúde da Mulher II;</li><li>• Doenças Infecciosas e Parasitárias;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade VI;</li><li>• Extensão VI.</li></ul>
7º Período: Trabalho de Conclusão de Curso I	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínica Integrada II;</li><li>• Atenção Integral a Saúde da Criança e Adolescentell;</li><li>• Patologia Médica;</li><li>• Medicina Forense;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade VII;</li><li>• Extensão VII.</li></ul>
8º Período: Trabalho de Conclusão de Curso II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínica Integrada III;</li><li>• Atenção Integral a Saúde da Criança e Adolescente III;</li><li>• Atenção Integral a Saúde do Idoso;</li><li>• Urgências e Emergências Médicas;</li><li>• Integração Ensino, Serviço e Comunidade VIII;</li><li>• Extensão VIII.</li></ul>

Fonte: Elaboração própria (2022)

Por ser um processo contínuo, integrado horizontalmente e delineado transversalmente para ser progressivamente mais complexo, ha oportunidade para os alunos vivenciarem diversas formas metodológicas, desenvolverem varias técnicas de apresentação e escrita, o que facilita e antecipa competências que

serão mobilizadas em outras situações e que porventura tardariam um pouco mais a acontecer na sua vida acadêmica.

A inserção precoce, desde o primeiro período do curso, nas práticas, e a realização de atividades em ambientes diferentes proporcionam o contato do discente com cenários heterogêneos, e isso, aliado ao estímulo à troca de saberes e experiências entre os professores integradores, professores facilitadores e os aprendizes, faz do processo de ensino-aprendizagem algo mais fluido e rico de estímulos variados, disparando as ações e provocando reações mais diferentes quanto as atividades permitirem, enriquecendo o processo de formação profissional por atacarem a criatividade e a curiosidade, acrescentando elementos novos e motivando o aluno a confrontá-los com os conhecimentos técnico-científicos recebidos, oportunizando que, a partir disso, ele seja capaz de colocar novas questões (BERBEL, 2011).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao unificar aspectos teóricos e práticos, de saberes, das diversas áreas de conhecimento, o Projeto Integrador interliga teoria e prática, de maneira interdisciplinar e coletiva, aguça a criatividade e o espírito crítico reflexivo tão necessários a formação integral do médico generalista. Trabalhar o conhecimento a partir de experiências de diferentes pessoas e de conteúdos integrados, imersos na complexidade da realidade vivenciada, possibilita uma ampliação da compreensão da realidade na saúde (AGUILAR-DA-SILVA, 2011) (MCNAIR, 2005). Nesse processo, a identidade profissional se fortalece. Fazenda (1995) aponta que interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, vive-se, exerce-se, e por isso exige uma nova metodologia pedagógica, mais ativa, e que cative e envolva docentes/discentes.

Neste contexto, a estratégia delineada pelo PI do curso médico do UNIESP, a despeito de estar em construção e ser dinâmica por essência, vai de encontro aos anseios da sociedade e contribui para a formação médica moderna e de vanguarda, constituindo-se numa prática pedagógica importante no desenvolvimento global, pessoal e profissional do médico contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, Campinas. v.2011; 16, n.(1), p.:167-184. 2011.
- BATISTA, S.H.S. A Interdisciplinaridade no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.30, n.º1, jan/abr. 2006.
- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Ciências Sociais e Humanas**. v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23junho. 2014; Seção 1, p.8-11.
- FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade – um projeto em parceria**. São Paulo: Loyola; 1995.FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007.
- MARTINS, F. J.; SOLDÁ, M.; PEREIRA, N. F. F. Interdisciplinaridade: da totalidade à prática pedagógica. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**. Florianópolis, v.14, n.1, jan/abr 2017.
- MCNAIR R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Med Educ**. v.39, n.5, p. 456-464. 2005.

## PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NOS PROFESSORES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Jhayme Farias Cartaxo Lopes

Aristides Medeiros Leite

Maria de Fátima Oliveira dos Santos

Janine Agra Padilha

Sabrina de Figueredo Ramalho

Gláucio Nobrega de Souza

### 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam alta carga de mortalidade no mundo, principalmente nos países de baixa e média renda. Dentre elas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que dos 36 milhões de óbitos ocorridos em 2008, 63% foram provenientes desse grupo de doenças. No Brasil, as DCNT foram responsáveis por 72% dos óbitos em 2007, tendo como destaque aqueles provocados por doenças do aparelho circulatório, que alcançaram percentual de 31,3%. No mesmo levantamento, a diabetes, foi responsável por 5,2% dos óbitos<sup>1</sup>.

A doença cardiovascular (DCV) é frequente na população geral, afetando a maioria dos adultos acima dos 60 anos. A doença coronariana tem sido a maior causa de morte nos países desenvolvidos, apesar de ter diminuído as taxas de mortalidade nas últimas décadas, permanece como responsável por cerca de um terço de todas as mortes em indivíduos maiores de 35 anos.<sup>2</sup> Em 2012 e 2013, a doença coronariana foi responsável por 17,3 milhões de mortes no mundo<sup>3</sup>.

As DCVs são subdivididas em quatro grandes categorias diagnósticas: a) doença coronariana, que inclui infarto do miocárdio (IM) fatal e não fatal, angina do peito, insuficiência cardíaca; b) doença cerebrovascular, representada por ataque isquêmico transitório (AIT) e acidente vascular cerebral (AVC); c) doença arterial periférica, percebida por claudicação intermitente; d) aterosclerose ou aneurisma de aorta abdominal ou torácica<sup>3</sup>. O principal mecanismo fisiopatológico responsável pelas DCVs é a aterosclerose, que é um processo insidioso, caracterizada pela deposição de placas de gordura, geralmente associada a calcificações, na camada

íntima das artérias, que pode culminar com oclusão do sistema arterial coronariano, cerebrovascular e das artérias periféricas<sup>4</sup>.

Os cinco maiores fatores de risco modificáveis para a DCV são: elevada pressão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade e o hábito de fumar, e esses podem vir isolados ou associados. Mais de 90% dos eventos cardiovasculares ocorreram em indivíduos com pelo menos um destes fatores, e aproximadamente 8% ocorreram em pessoas com apenas valores limítrofes em vários fatores de risco<sup>5</sup>. A avaliação dos fatores de risco em adultos é útil para orientar a terapêutica da hipertensão, dislipidemia, obesidade e diabetes, e múltiplas fórmulas utilizando esses fatores podem ser úteis para ajudar a estimar o risco de eventos cardiovasculares<sup>6</sup>.

Segundo dados da OMS, divulgados em 2015, a prevalência no Brasil de adultos do sexo masculino com obesidade é de 17,3% e de 22,7% no sexo feminino; de pressão arterial elevada, é de 26,4% e 20,4% em adultos do sexo masculino e feminino, respectivamente; e 8,5% dos homens adultos e 7,2% das mulheres adultas possuem os níveis séricos de glicose aumentados. Isso mostra a importância da avaliação desses aspectos, pois sua prevalência é elevada na população mundial e também no Brasil<sup>7</sup>.

Segundo a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2017, para obter a probabilidade de ocorrer algum dos principais eventos cardiovasculares, deve-se considerar os riscos associados a cada um dos fatores de risco que o indivíduo possui, e que a associação desses acaba potencializando, por sinergismo, o risco atribuído a esta pessoa<sup>8</sup>. Diversos algoritmos têm sido usados, dentre eles o escore de risco cardiovascular global de Framingham, que avalia o risco em 10 anos de desenvolver insuficiência coronariana, IM, AVC, AIT, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca<sup>9</sup>.

A forma clássica do escore de Framingham utiliza em sua análise os fatores: sexo; idade; pressão arterial sistólica, se tratada ou não; diabetes; colesterol total; HDL-C e hábito de fumar, além da informação da idade cardiovascular estimada após o cálculo do risco cardiovascular.<sup>(10)</sup> Porém a avaliação do perfil lipídico é um fator limitante e dificultador da avaliação em muitos contextos, requerendo a realização de exame bioquímico de amostra sanguínea. Pensando nesse aspecto, a

própria plataforma on-line do *Framingham Heart Study* disponibiliza uma calculadora simplificada em que a contagem do colesterol é substituída pelos valores de Índice de Massa Corpórea (IMC), obtido através do peso e da altura. Para alguns pesquisadores, o IMC é uma variável mais fidedigna para o cálculo<sup>10</sup> e a divergência gerada nos valores calculados é menor e pouco significativa quanto menor for o risco cardiovascular da população em estudo e quando envolve indivíduos menores de 60 anos, sendo o IMC um valor com maior tendência a valorização do risco cardiovascular quando há divergência<sup>11,12</sup>. Como a população alvo do estudo é de idade laborativa e é um grupo populacional, a priori, sem maiores comorbidades, a avaliação segundo o IMC é uma ferramenta viável, visto que não há tendência a idade e risco muito elevados.

Pela OMS, o indivíduo é considerado com sobrepeso com IMC (kg/m<sup>2</sup>) entre 25 e 29,99, obesidade grau I de 30 a 34,99, obesidade grau II de 35 a 39,99 e obesidade grau III maior ou igual 40<sup>13</sup>.

Em estudo sobre prevalência de sobrepeso e obesidade em professores da Universidade Federal de Viçosa ficou evidenciado que estes professores costumam desempenhar tarefas físicas de baixa intensidade, sendo, em geral, classificados como sedentários, o que contribui para o ganho de peso, culminando com o surgimento de um quadro de sobrepeso e obesidade e, essas condições podem funcionar como o "gatilho" inicial para o diabetes mellitus e a hipertensão arterial<sup>14</sup>.

No entanto, espera-se que os professores universitários do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba e do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa, foco do estudo, por possuírem mais informações a respeito dos problemas inerentes a presença dos fatores de riscos cardiovasculares, apresentem, supostamente, menor comprometimento nesse aspecto e melhor controle desses fatores envolvidos no risco cardiovascular, passando a ter estilo de vida mais saudável. E essas medidas contribuem na redução do risco, bem como na prevenção e no controle de co-morbidades existentes.

Os objetivos deste estudo foram determinar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares como hipertensão, diabetes, obesidade e hábito de fumar nos professores de medicina de uma universidade pública, através da

aplicação do Escore de Framingham para risco cardiovascular, calculando o risco de eventos cardiovasculares adversos para os próximos 10 anos.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, portanto observacional, realizado entre agosto de 2016 e julho de 2017. O estudo foi realizado no Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB. A população foi composta pelos professores do curso de medicina da UFPB e a amostra proposta foi de 46 participantes (cálculo amostral com  $p=0,05$  e Intervalo de Confiança de 95%). Os critérios de inclusão utilizados foram professores do curso de medicina da UFPB, idade entre 30 e 74 anos<sup>9</sup>, professores do curso de medicina que concordarem em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram presença de doença cardiovascular manifesta (insuficiência coronariana, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca)<sup>9</sup>, idade menor que 30 ou maior que 74 anos<sup>9</sup>, professores que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) da pesquisa. (Apêndice 2).

O instrumento para coleta de dados foi o questionário clínico (Apêndice 1) baseado no Escore de Framingham para risco cardiovascular global, avaliando os seguintes parâmetros: sexo; idade; pressão arterial sistólica, se tratada ou não; hábito de fumar; diabetes e índice de massa corporal<sup>10</sup>. E se o entrevistado se declarava sedentário.

A coleta de dados foi realizada com professores do Centro de Ciências Médicas (CCM), na Universidade Federal da Paraíba Campus I (UFPB). A pressão arterial e o IMC foram aferidos no momento da coleta de dados, através do esfigmomanômetro da marca Tycus/Welch Allyn. O registro dos dados foi feito em formulário elaborado pelos autores deste estudo. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para a concordância da participação. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Foi garantida a preservação do anonimato dos participantes.

O objetivo primário foi o risco cardiovascular de professores do curso de Medicina de uma universidade pública. As variáveis secundárias foram sexo; idade; pressão arterial sistólica, se tratada ou não; diabetes; IMC e hábito de fumar.

As variáveis contínuas foram analisadas através de média e desvio padrão quando apresentaram distribuição normal, e pela mediana e intervalo interquartil para distribuição não normal. Para a análise estatística foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para Windows. O nível de significância adotado foi de 5%. Para avaliar diferenças entres grupos foram utilizados os Testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis.

### **3 RESULTADOS**

A amostra foi constituída de 46 professores com quantidade equiparada de homens (50%) e mulheres (50%). Observou-se que as mulheres apresentaram maiores valores de índice de massa corporal normal em relação aos homens ( $p=0,04$ ), porém não houve diferença quanto ao uso de fármacos antihipertensivos, tabagismo e sedentarismo. Além disso, seis pessoas (13%) estavam em uso de algum fármaco antihipertensivo, dezesseis participantes (34,8%) eram sedentários. O percentual de tabagismo da amostra foi baixo (2,2%) e ninguém era diabético. As variáveis quantitativas da amostra foram representadas conforme média e desvio padrão. (Tabela 1).

A prevalência maior do IMC se deu na classificação de sobrepeso (50%). (Gráfico 1). Conforme o teste de Mann Whitney viu-se que as médias de risco cardiovascular foram maiores em homens que em mulheres de forma significativamente estatística ( $p<0,001$ ). (Gráfico 2)

O risco cardiovascular em 10 anos foi mais elevado em pacientes com obesidade grau 2 em relação aos outros grupos de forma significativamente estatística ( $p<0,01$ ) através do teste de Kruskal-Wallis. (Gráfico 3)

O risco cardiovascular foi maior entre os fumantes ( $p=0,04$ ) e naqueles em uso de algum tratamento antihipertensivo ( $p=0,002$ ), porém não mostrou significância estatística em relação à presença de sedentarismo ( $p=0,185$ ).

O risco cardiovascular em 10 anos apresentou correlação significativa de forte intensidade em relação à: idade, pressão arterial sistólica, índice de massa corporal e idade cardiovascular, através da correlação de Spearman. (Ou seja, quanto maiores os valores de idade, PA, peso, altura e idade cardiovascular maior o risco cardiovascular).

Além disso, os pacientes que apresentaram maior idade cardiovascular foram aqueles com maiores valores de: idade ( $p<0,001$ ), pressão arterial sistólica ( $p<0,001$ ), peso ( $p<0,001$ ) e índice de massa corporal ( $p<0,001$ ).

#### **4 DISCUSSÃO**

No presente trabalho observaram-se maiores valores de índice de massa corporal normal nas mulheres (26,08%) em relação aos homens (4,34%), semelhante ao encontrado por Guimarães e colaboradores, no qual foi evidenciado que 35,4% das mulheres e 42% dos homens estavam com excesso de peso, segundo o IMC<sup>15</sup>.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015, a partir 2002 a prevalência de sobrepeso, que era maior na população feminina, passou a ser maior entre os homens. Na população masculina subiu de 18,5% para 55,6% em todas as regiões do Brasil, com exceção apenas da região Nordeste, enquanto entre as mulheres passou de 28,7% para 58,2%<sup>16</sup>.

O IMC é um parâmetro valioso para a investigação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham<sup>10</sup>. Diante disso, a amostra evidenciou que 67,3% dos professores estavam acima do peso, ou seja, com  $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ , sendo 50% do total em sobrepeso, 13% em obesidade grau I e 4,3% em obesidade grau II. Dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico mostram que a prevalência de obesidade no Brasil saltou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2017<sup>17</sup>.

Constatou-se, ainda, que as médias de risco cardiovascular foram maiores em homens que em mulheres. Nesse sentido, importante estudo asiático Jones et al.<sup>11</sup> que evidenciou uma pontuação média de risco cardiovascular em 10 anos nos homens aproximadamente o dobro das mulheres, tanto para o risco baseado só no IMC (12,4%), quanto para o risco baseado só no colesterol (11,7%).

Ressalta-se que os valores dos escores de risco cardiovascular foram maiores entre os fumantes, que representaram 2,17% da população estudada. Conforme a II Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, o risco relativo de infarto agudo do miocárdio apresentou-se duas vezes maior entre os tabagistas maiores de 60 anos, e cinco vezes maior naqueles com idade inferior aos 50 anos, quando comparados com os não fumantes<sup>18</sup>.

Corroborando que o consumo do tabaco contribui substancialmente com o aparecimento de eventos coronarianos agudos. A pesquisa mostrou que pacientes com obesidade grau 2 (4,34%) apresentaram maiores valores de risco cardiovascular em relação aos outros grupos. A obesidade é considerada um fator multifatorial e preponderante para explicar o aumento da prevalência das DCNT's, pelo fato de estar frequentemente associada a dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, osteoartrites e alguns tipos de neoplasias, impactando como um importante fator de risco associado à morbidade e a mortalidade cardiovascular<sup>19</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento e/ou complicações de várias enfermidades, tais como doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares encefálicos, doença renal crônica, vasculopatias arteriais e fibrilação atrial<sup>20,21</sup>, estando também associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência<sup>22</sup>. A PA elevada foi o principal contribuinte global para a morte prematura em 2015, sendo responsável por quase 10 milhões de mortes e mais de 200 milhões de incapacitados. O maior número de óbitos relacionados à HAS por ano deve-se à doença cardíaca isquêmica (4,9 milhões), acidente vascular cerebral hemorrágico (2,0 milhões) e AVC isquêmico (1,5 milhão)<sup>23</sup>.

O estudo realizado com professores de medicina da Universidade Federal da Paraíba docentes universitários, apresentou que 19,31% estavam inseridos na classificação de pré-hipertensão e 16,55% já eram classificados como hipertensos

estágio 1, chamando atenção para a necessidade indubitável da criação de estratégias que possam combater a hipertensão arterial<sup>24</sup>. Na pesquisa, os indivíduos hipertensos (13,04%) também apresentaram maior risco cardiovascular.

No que concerne à prática de atividade física, sabe-se que indivíduos fisicamente ativos tendem a ser mais saudáveis, possuindo melhor qualidade e expectativa de vida<sup>25</sup>. A atividade física, o exercício físico e o esporte compreendem e integram a terapêutica médica para a prevenção de doenças cardiovasculares<sup>18</sup>. Entretanto, nossos dados não mostraram significância estatística na associação entre sedentarismo e risco cardiovascular, mas acreditamos que isso poderia ocorrer em amostras populacionais mais elevadas.

A presente casuística evidenciou que 23,91% dos professores de medicina da Universidade Federal da Paraíba elencados nessa pesquisa foram estratificados na classificação de moderado (15,21%) a alto risco (8,69%) cardiovascular em 10 anos. Em estudo realizado com professores universitários da Universidade Federal de Viçosa (UFV) demonstrou a importância da adoção de medidas preventivas neste grupo, devido aos significantes indicadores de risco cardiovascular presentes, tais como, o estresse, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica e o sedentarismo<sup>24</sup>.

Em pesquisa enfocando estudos nacionais e internacionais vinculados ao tema ficou evidenciado que os professores de ensino superior apresentam comemorativos de participação determinante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, seja por fatores como estresse, carga horária excessiva de trabalho e maus hábitos no estilo de vida, tornando-os susceptíveis a patologias cardiovasculares<sup>25</sup>.

Considerando que a idade cronológica se refere aos anos realmente vividos seja diferente da idade cardiovascular, ou seja, os anos estimados que teriam aquele coração, esses dados podem expressar o benefício da adoção de melhores hábitos de estilo de vida à exemplo de dieta alimentar balanceada, controle do estresse e do uso de álcool, exclusão do tabagismo e vida fisicamente ativa<sup>23</sup>.

## 5 CONSIDERAÇÕES

Era de se esperar que por serem professores de uma universidade pública do curso de medicina e, dessa forma, estarem responsáveis pela instrução de futuros médicos, apresentassem baixos escores de risco cardiovascular notadamente no que concerne ao controle dos fatores de risco modificáveis, pois por possuir a informação sobre o tema, deveriam preponderar nessa população boas práticas no estilo de vida visando à redução do risco cardiovascular. O estudo evidenciou, contudo, que 67,3% dos professores estavam acima do peso, 13% tinham HAS e 34,8% eram sedentários, contribuindo na análise de que outros fatores como estresse, carga horária excessiva e maus hábitos comportamentais podem estar associados a tais resultados. Espera-se, portanto, que este estudo motive o desenvolvimento de estratégias para gerar soluções que minimizem esses fatores de risco, fomentando a qualidade de vida desses profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 2014
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7):948-54.
3. Laslett LJ, Alagona PJ, Clark BA, Drozda JPJ, Saldivar F, Wilson SR, et al. The worldwide environment of cardiovascular disease: prevalence, diagnosis, therapy, and policy issues: a report from the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60(25 Suppl):S1-49.
4. Sary HC, Chandler AB, Dinsmore RE, Fuster V, Glagov S, Insull W, Jr., et al. A definition of advanced types of atherosclerotic lesions and a histological classification of atherosclerosis. A report from the Committee on Vascular Lesions of the Council on Arteriosclerosis, American Heart Association. *Circulation*. 1995;92(5):1355-74.
5. Vasan RS, Sullivan LM, Wilson PW, Sempos CT, Sundstrom J, Kannel WB, et al. Relative importance of borderline and elevated levels of coronary heart disease risk factors. *Ann Intern Med*. 2005;142(6):393-402.

6. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. 1998;97(18):1837-47.
7. WORLD HEALTH STATISTICS 2015. Genebra, Suica: WHO, 2015.
8. Xavier HT, Izar MC, Faria NJR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Brasil Cardiol*. 2013;101:1-20.
9. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117(6):743-53.
10. Faeh D, Braun J, Bopp M. Body mass index vs cholesterol in cardiovascular disease risk prediction models. *Arch Intern Med*. 2012;172(22):1766-8.
11. Jones CA, Ross L, Surani N, Dharamshi N, Karmali K. Framingham ten-year general cardiovascular disease risk: agreement between BMI-based and cholesterol-based estimates in a South Asian convenience sample. *PLoS One*. 2015;10(3):0119183.
12. Green BB, Anderson ML, Cook AJ, Catz S, Fishman PA, McClure JB, et al. Using body mass index data in the electronic health record to calculate cardiovascular risk. *Am J Prev Med*. 2012;42(4):342-7.
13. Pinheiro P. Como calcular o IMC - índice de Massa Corporal. MD. Saúde; 2018.
14. Oliveira RAR, Moreira OC; Andrade NA; Amorim W, Costa EG, Marins JCB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em professores da Universidade Federal de Viçosa. *Fisioter Mov*.2011;24(4).
- 15 - Holanda LGM, Martins MCC, Souza MDF, Carvalho CMRG, Assis RC, Leal LMM, et al. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. 2010. 6 f. Artigo (Graduação em Medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina-PI; 2010.
- 16- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2015
- 17 - Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Vigitel; 2012.
- 18- Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v.101, n.6,2017(2).

19 - Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha GS. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ – Brasil. Int J Cardiovasc Sci. 2017;30(5):416-424.

20- MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet. 1990;335(8692):765-74.

21- Wattigney WA, Mensah GA, Croft JB. Increasing trends in hospitalization for atrial fibrillation in the United States, 1985 through 1999: implications for primary prevention. Circulation. 2003;108(6):711-6.

22- Skoog I, Lernfelt B, Landahl S, Palmertz B, Andreasson LA, Nilsson L, et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. Lancet. 1996;347(9009):1141-5

23- Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;(39):3021–3104,

24- Moreira OC, Oliveira RAT, Andrade FN, Amorim W, Oliveira CEP, Dolmo LA, et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. Rev Bras Educ Fís Esporte 2011;(3);395-404.

25- Silva TAN, Aquino LJ, Fernandes VLS, Zani HP, Evora PRB, Vento DA. Avaliação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em docentes de ensino superior: revisão de literatura. Revista Educação Em Saúde – RESU. 2016;4(1):108-113.

## **O USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NO ENSINO SUPERIOR**

Cícero de Sousa Lacerda

Silvio Claudio Custódio

Ricardo de Castro

Gláucio Nóbrega de Souza

Janine Agra Padilha

Edjanece Guedes de Melo Romão

Natalia Marques De Almeida Lima Miranda

### **1 INTRODUÇÃO**

O século XX foi testemunha de transformações em todas as dimensões humanas, ao lado do desenvolvimento tecnológico. As tecnologias digitais da informação e comunicação são determinantes para a propagação de informações no âmbito digital, pois nelas encontram-se inúmeras ferramentas que podem ser utilizadas de forma pedagógica para a construção de um pensamento ambientalmente responsável. É justamente nesta perspectiva que se insere esta proposta de apresentar as questões dos problemas ambientais para discentes do Ensino Superior utilizando ferramentas digitais, como jogos e sites que abordam o tema. A questão que se estabelece a partir dessa reflexão é: desenvolver uma ação de Educação Ambiental em uma Instituição de Ensino Superior da rede pública utilizando tecnologias digitais para a formação da consciência ambiental em alunos das séries iniciais e a interdisciplinaridade dentre as Unidades Curriculares.

A resposta a esse questionamento relaciona-se à abordagem da pesquisa participativa com uma proposta de intervenção, na qual está prevista uma série de ações para mudar a realidade encontrada no Ensino Superior, e ainda, provocar reflexões e analisar possíveis resultados. No entanto, a complexidade do conceito de educação ambiental com suas múltiplas dimensões e abordagens podem trazer dificuldades à utilização mais consciente dessas ações no contexto capitalista.

A proposta deste estudo é analisar as ações da educação ambiental em uma Instituição de Ensino Superior Privada no Município de Cabedelo – Paraíba, utilizando as tecnologias digitais como instrumento de formação da consciência ambiental. A Instituição escolhida apresenta as condições necessárias com laboratórios de informática e um programa de educação ambiental implementado

nas Unidades Curriculares de forma trans interdisciplinar. Bem como o desenvolvimento de projetos de extensão que busca conscientizar a redução do consumo de energia, água e a reciclagem dos papéis de consumo.

A Educação Ambiental faz-se cada vez mais necessária na sociedade, e para sua aplicação é preciso considerar o meio físico e social do indivíduo. Pretende-se com a utilização de jogos relacionados ao meio ambiente, filmes, palestras, vídeos e entre outras formas de uso da tecnologia envolver os discentes em um processo de aprendizado interativo e construtivo, numa prática de indiretamente aprender e sensibilizar os discentes, aproveitando assim, o interesse que os discentes nesta faixa etária têm por jogos, criando assim, uma relação efetiva entre Educação Ambiental e tecnologia.

Assim, objetiva-se analisar ações de educação ambiental em uma Instituição de Ensino Superior que utiliza tecnologias digitais para trabalhar a formação da consciência ambiental em discentes do Ensino Superior. Para tanto, apresentar as ferramentas (jogos, sites etc.) digitais que abordam as questões ambientais para os professores e coordenadores da escola; desenvolver estratégias pedagógicas de forma conjunta com os professores dos diferentes períodos iniciais para a utilização das ferramentas digitais em sala de aula; avaliar o nível de apropriação das questões ambientais dos alunos após a aplicação das estratégias pedagógicas planejadas com os professores; propor ajustes e adaptações nos recursos utilizados e estratégias pedagógicas aplicadas; sensibilizar os alunos sobre a importância dos ecossistemas para a vida no planeta, estimulando o consumo responsável e sustentável da água potável e a preservação dos recursos naturais para presentes e futuras gerações, por meio do consumo responsável, reutilização e reciclagem dos resíduos sólidos.

## **2 ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS CONSONANTES COM A PROPOSTA CURRICULAR**

A Educação ambiental se caracteriza por incorporar as dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais, ecológicas e éticas. Não é possível tratar de um dado problema ambiental sem considerar todas aquelas dimensões. Os objetivos da

Educação Ambiental fazem parte de um sistema holístico (integral, total) onde não existe o início e o fim, onde todos participam e têm sucesso (COOPER, 1993).

É necessário que, mais do que informações e conceitos, a escola se proponha a trabalhar com atitudes, com formação de valores, com o ensino e a aprendizagem de habilidades e procedimentos, sendo, portanto, um grande desafio para a educação (REIGOTA, 1995; SORRENTINO, 1995).

A educação escolar é um dos agentes fundamentais para a divulgação dos princípios da Educação Ambiental que deve ser abordada, de forma sistemática e transversal (DEPRESBITERIS, 1998), em todos os níveis de ensino, mas principalmente no ensino superior, onde o cidadão encontra-se em formação profissional dos seus conceitos e valores (NEAL; PALMER, 1990), assegurando a presença da dimensão ambiental, de forma interdisciplinar, nos currículos das diversas disciplinas e das atividades escolares (MEYER, 1991). A perspectiva da questão ambiental integrada ao currículo está inserida em uma na visão de que somente através da integração dos problemas ao contexto social e econômico dos alunos, será possível desenvolver a consciência ambiental.

O currículo integrado com a inserção da educação ambiental para os discentes dos períodos iniciais potencializará o processo formativo do aluno na perspectiva da cidadania, integrando-o aos problemas existentes em sua própria região, reforçando o caráter transformador do indivíduo como um cidadão responsável e comprometido com a mudança. A responsabilidade ambiental precisa ser construída de forma contínua considerando os contextos, saberes e possibilidades dos alunos.

Nesta perspectiva, a tecnologia digital com jogos, músicas e vídeos possibilita o desenvolvimento de diferentes modos de aprendizagem e é uma importante aliada na difusão das questões ambientais. A preocupação com o futuro do planeta ganhou uma amplitude em nível global com o surgimento das tecnologias digitais da informação e comunicação. É possível denunciar, compartilhar, pressionar e reivindicar qualquer questão ambiental, não importando o seu tamanho ou relevância através das redes digitais. O uso das tecnologias digitais de informação e comunicação tem reforçado o protagonismo juvenil e a inserção de jovens como agentes transformadores de suas realidades em suas próprias comunidades. A questão ambiental é um dos aspectos que podem ser desenvolvido no contexto das

ferramentas digitais e, sem dúvida, pode se tornar o mais importante tema a ser debatido e consolidado em ações efetivas.

No processo de ensino-aprendizagem é necessário que se formem cidadãos conscientes para o exercício da cidadania. A mentalidade de preservação precisa surgir e, somente será realidade, quando o indivíduo perceber o seu papel e a importância dele neste processo. Fornecer elementos para que ele consiga essa percepção, é também tarefa da Educação Ambiental.

### **3 TECNOLOGIAS DIGITAIS, PROTAGONISMO E A INTERNET**

O avanço tecnológico mostra novos modelos em relação ao saber, ao conhecer, proporcionando assim mais possibilidades para uma melhor interação entre as pessoas e o ambiente. Neste sentido, as tecnologias digitais não serão utilizadas apenas para colocar em discussão os problemas ambientais, mas também com a finalidade de contribuir para o fomento de novas técnicas de conservação e de preservação ambiental por meio de pesquisas, diante da utilização de computadores em salas de aula.

A ampliação no alcance da comunicação com as redes digitais permitiu que ações locais ganhassem alcance global, multiplicando a informação nos espaços virtuais e servindo como instrumento de pressão para empresas e governos. Os movimentos sociais (com foco nas questões ambientais ou em defesa das minorias) vêm utilizando as redes digitais como um importante instrumento de difusão, denúncias e reivindicações. Os meios de comunicação monopolizados nas mãos de poucos grupos empresariais não são mais a única fonte de informação da população e as possibilidades de expressão individual e coletiva nas redes sociais digitais estão mudando as formas de engajamento de muitos jovens que descobriram uma nova forma de exercer os seus direitos e a sua cidadania. Quanto a Educação ambiental, a Porto (1996, p. 21) destaca que esta pode “desenvolver uma população que seja consciente e preocupada com o meio ambiente”.

O uso das redes digitais como estratégia de formação de jovens com foco na Educação Ambiental está em consonância com as estratégias de luta dos movimentos ambientais em diversas partes do mundo. Uma das ferramentas mais utilizadas como recurso pedagógico é o blog, uma espécie de diário virtual que alunos e professores podem compartilhar informações, fotos etc.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A metodologia de trabalho adotada é a pesquisa participante com uma proposta de intervenção, na qual é desenvolvida uma série de ações para contribuir com a realidade encontrada, para provocar reflexões e analisar possíveis resultados. Por definição, a pesquisa prática pressupõe uma intervenção na realidade social. Segundo Almeida (1999), “aprender fazendo”, agindo, experimentando, modo natural, intuitivo e fácil de aprender, uma estratégia para construir em conjunto os trabalhos. As etapas das atividades desenvolvidas foram: Reuniões mensais; Adequação da infraestrutura física; Realização de oficinas, palestras e minicursos de Informática Educacional e Educação Ambiental e Desenvolvimento de atividades com os alunos no laboratório de informática da Instituição. Foram apresentados seguintes jogos e vídeos: Site Sou Amigo do Mar (Jogo No Caminho Certo); Jogo Polly Eco Game.

## **5 EXPERIMENTO COM O SITE “SOU AMIGO DO MAR”**

No site encontra-se um jogo, dicas, espécies, brincadeiras muito interessantes e ainda pode se cadastrar e obter a carteirinha. Os passos são apresentação do site para os alunos; cadastro dos mesmos. No jogo pode-se trabalhar matemática, português e meio ambiente se interagindo com diferentes temáticas. As dez atitudes que serão realizadas para ser amigo do mar são: Jogue lixo na lixeira; Evite comprar alimentos ou outros produtos embalados em isopor; Na hora de ir as compras, escolha produtos biodegradáveis, especialmente materiais de higiene e limpeza; Descarte pilhas e baterias nos postos de coleta; Economize água! Não solte balões; Participe de coletas seletivas de lixo, levando os materiais em postos de entrega; Sempre que possível, plante uma árvore! Você sabia que cascas de ovo, de fruta e de legume são fertilizantes orgânicos? Utilizá-los é bem melhor do que usar adubos químicos; Estimule as pessoas à sua volta a terem mais consciência ecológica, repassando todas essas dicas. (BRASIL, Petrobras, Petróleo Brasileiro S/A. Projeto Itamar: Sou Amigo do Mar)

Depois foram repassadas algumas dicas de sensibilização ambiental para os jovens em acesso ao site. E os mesmos serão orientados a prosseguir na exploração do site. Posteriormente a utilização do jogo tem de ser difundida como

uma importante ferramenta de apoio para o professor, representando uma alternativa de ensino e tornando as aulas mais dinâmicas e produtivas, não sendo priorizado somente o aspecto cognitivo dos alunos, mas também contemplando uma dimensão onde ocorre a formação integral do sujeito.

O jogo intitulado “No caminho certo” tem como objetivo mostrar para os jovens que as luzes artificiais colocadas pelo homem na orla prejudicam as tartarugas marinhas, pois no período de reprodução, que é de dezembro a julho, as tartarugas vêm até a areia da praia para a desova. Quando os filhotes nascem à noite, eles se guiam pela a luz da lua, mas as luzes da orla nas cidades desviam os filhotes que acabam morrendo atropelados ou pisados e são poucos os que conseguem chegar ao mar para crescer e dar continuidade a espécie. O objetivo do jogo é sensibilizar os jovens para essa problemática. Todos os alunos serão encaminhados ao laboratório e chegando lá observarão cada um irá para um computador e receberão instrução detalhada do professor. Logo após o término do jogo, o professor sentar-se-á com todos em círculo e começará a dialogar com os alunos sobre o desenvolvimento da aula, tais como: interesse e conceitos aprendidos.

Experimento com o jogo “Polly Eco Game” e “Barbie Care N Care”, PollyPocket mostra importantes lições para preservar o meio ambiente. Neste jogo o participante precisa recolher o lixo, para colocá-lo no lixo correto.

Experimento com o jogo “Recycle” - a proposta do jogo é ajudar o meio ambiente, separando o lixo para facilitar a reciclagem. O jogo chama a atenção para a necessidade de se colocar cada lixo no lugar certo.

## **6 USO DE FILMES COM FOCO NA EDUCAÇÃO AMBIENTAL**

A televisão está presente na Instituição de Ensino Superior e na linguagem audiovisual é da emoção que se chega à ideia. Os significados provêm das interações de múltiplos elementos (imagens, falas, músicas, efeitos sonoros). Os temas direcionados para a educação ambiental são muito bem ilustrados no formato audiovisual e tornam-se uma importante ferramenta na formação dos alunos. A proposta encontrada foi:

**1º Filme - Jogo Meio Ambiente** - Esse filme aborda sobre um jogo cujo tema principal é o meio ambiente, nesse filme relata atitudes dos jovens e são essas atitudes que vão determinar se os mesmos avança, volta ou para no jogo, até chegar

ao final do jogo e ver quem ganhou de acordo com suas ações realizadas a favor ou contra o meio ambiente.

Algumas ações positivas relatadas no filme que fazem os jovens avançar no jogo são: plantar uma árvore, não jogar lixo na rua, desenhar no lado limpo do papel aproveitando ao máximo o papel já usado. Uma das ações realizadas no filme que faz o jovem voltar ou parar no jogo é a de jogar bateria de celular em qualquer lugar na rua. Após a exibição do filme, o professor fará algumas perguntas básicas em relação ao filme e ainda fornecerá outros exemplos que se podem realizar para preservar o meio ambiente.

**2º Filme - Clipe Musical da Turma da Mônica** - Mostra que o lixo não deve ser jogado na rua nem no chão.

**3º Filme – Vamos Cuidar do Nosso Planeta** - É muito importante cuidar do meio ambiente e através desse filme pode-se ensinar os jovens e até mesmo os adultos que com pequenos gestos como não jogar o resto de óleo na pia pode salvar a vida marinha, outro gesto simples é o de não jogar lixo nas ruas, pois se podem evitar as enchentes.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A educação ambiental tem como propósito principal a mudança de comportamento dos indivíduos em relação ao modo de apropriação dos recursos naturais, consumo e preservação da natureza. Convém ressaltar a importância do professor, o educador, enquanto mediador torna-se imprescindível no processo educacional. Em um ambiente de colaboração, sua intervenção ocorre de modo a fornecer pistas e questionar posições e estratégias, promovendo perspectivas de uma análise crítica por parte dos alunos, sobre as situações e os problemas propostos, levando-os a despertar para o novo, em fazer a diferença, ser a diferença.

As ações de educação ambiental encontram um importante meio de construção dos conceitos fundamentais através do uso das tecnologias digitais. Aliar a formação de uma consciência ambiental envolvendo cidadania, protagonismo e participação da comunidade, é uma excelente estratégia para promover a inclusão digital e social da comunidade acadêmica.

As perspectivas de um projeto de intervenção estão alicerçadas na expectativa de mudança da realidade local e só será possível avaliar o nível de transformação a partir de um acompanhamento dos desdobramentos das ações realizadas.

O acompanhamento será realizado com visitas ao fim de cada semestre, através de entrevistas realizadas com a coordenadores e professores envolvidos. Ao final de um período letivo, será possível concluir se as ações implementadas com o projeto foram consolidadas e multiplicadas.

Frequentemente, as Instituições de Ensino Superior realizam ações através de projetos que apresentam resultados imediatos, mas não se prolongam ao longo do tempo. São ações artificiais que não são internalizadas pelos professores e alunos e os resultados mostram-se ineficazes. Por esta razão, a proposta do projeto incluirá a realização do planejamento e a escolha das estratégias pedagógicas de forma conjunta com os professores. Ao participar de forma efetiva do projeto, os professores se sentirão mais comprometidos com a proposta e as chances de continuidade do projeto após a sua implementação, que serão significativamente maiores.

Ao fim de um ano de acompanhamento com a realização de visitas semestrais, será possível analisar os resultados das respostas obtidas nas entrevistas e verificar o potencial de mudança que ocorreu no comportamento ambiental da comunidade acadêmica.

Diante o exposto observa-se que a proposta de trabalhar a educação ambiental a parti das tecnologias em Instituições de Ensino superior com vista a forma cidadão consciente de suas ações diante o meio ambiente, através dos jogos, filmes e demais tecnologias, apresentam resultados positivos, pois trás uma participação do aluno desde o planejamento a implementação das ações. Esse método participativo na construção do conhecimento e da formação ambientalista do discente do ensino superior diante o contexto atual da era digital tem sido muito eficaz.

A Instituição aqui analisada observa que teve êxito dentre sua formação por apostar nas metodologias ativas através das tecnologias digitais e inclusão dos discente de forma ativa dentre o processo de construção do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. R. S. emoção na sala de aula. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

ARAÚJO, M. Clips Turma da Mônica: Lixo na rua. Edição e Motion Gratics, Júlia Bicudo, editora Sônica. Disponível em:  
<<http://www.youtube.com/watch?v=pT8Oh4307F8&feature=related>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

ARAÚJO, M. Clips Turma da Mônica: Vamos cuidar do nosso planeta. Edição e Motion Gratics, Júlia Bicudo, editora Sônica. Disponível em:  
<<http://www.youtube.com/watch?v=7S6l77HhYL0&feature=fvsr>>. Acesso em: 28 abr. 2012

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 14724. Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, mar., 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 15287. Informação e documentação: projeto de pesquisa: apresentação. Rio de Janeiro, dez., 2005.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental. A implantação da Educação Ambiental no Brasil: meio ambiente e saúde. Brasília, 1997a. Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. ISSN 1517-1256, Volume 13, julho a dezembro de 2004, p 137.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura - MEC. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. v. 9. Brasília, 1997b. 128p.

BRASIL, Petrobras, Petróleo Brasileiro S/A. Projeto Itamar: Sou Amigo do Mar Disponível em: <<http://www.souamigodomar.com.br>>. Acesso em: 29 abr. 2012

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Educação Ambiental. Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999.

CARVALHO, A.; RODRIGUES, R. Educação e Novas Tecnologias. Campina Grande: EDUEPB, 2010.

CHAVES, S.I. A implantação da coleta seletiva como instrumento da Educação Ambiental. 144p. Dissertação (mestrado em Geografia), Instituto de Estudos Sócio-Ambientais, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2002.

DEPRESBITERIS, L. Educação Ambiental: algumas considerações sobre interdisciplinaridade e transversalidade. In: NOAL, F.O.; REIGOTA, M; BARCELOS, V.H.L. (org.) Tendências da Educação Ambiental brasileira. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998. p.127-143.

DHOME, V. ; DHOME, W. Ensinando a criança a amar a natureza. São Paulo: Informal, 2002.

DIAS, G.F. Educação ambiental: princípios e práticas. 6. ed. São Paulo: Gaia, 2000.

ELALI, G. A. "O ambiente da escola - o ambiente na escola: uma discussão sobre a relação escola-natureza em educação infantil". Estudos de psicologia. Natal, nº 2, v.8, agosto/2003, p.309-319.

MEYER, M. A. A. (1991). Educação Ambiental: uma proposta pedagógica. Brasília: Em Aberto, 10 (49): 41-46pp.

NEAL, P.; PALMER, J. Environmental education in the primary school. Oxford: Blackwell Education, 1990. 226p.

PORTO, M. de F. M. M. Educação ambiental: conceitos básicos e instrumentos de ação. Belo Horizonte: Fundação Estadual do Meio Ambiente; DESA/UFMG, 1996.

REIGOTA, Marcos. O que é Educação Ambiental. São Paulo: Brasiliense, 2001.  
REIGOTA, M. Meio ambiente e representação social. São Paulo: Cortez, 1995.

SORRENTINO, M. Formação do educador ambiental: um estudo de caso. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

TIRIBA, L. Educação, ecologia e cultura ambiental. Material didático do Curso de extensão em Educação Infantil: A criança e a cultura. Rio de Janeiro: SME-RJ / PUC-RIO, 2004.

TRISTÃO, M. As dimensões e os desafios da Educação Ambiental na sociedade do conhecimento. In: RUSCHEINSK, A. (org.). Educação Ambiental: abordagens múltiplas. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 78.

