

ÚLCERA POR PRESSÃO E A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PELE: UM OLHAR SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Brenda Kelly da Silva Monte- Universidade Federal do Piauí-UFPI. Email: brendakmonte@gmail.com

Nalma Alexandra Rocha Carvalho- Universidade Federal do Piauí-UFPI

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Noletto - Universidade Federal do Piauí-UFPI

Tâmara Ravena Gonçalves Ferreira- Universidade Federal do Piauí-UFPI

Maria Danielly Lemos de Sousa- Universidade Federal do Piauí-UFPI

Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino- Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Prevenção & Controle. Terapêutica. Promoção da saúde.

Resumo

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras por pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados. Assim esse trabalho tem como objetivo levantar artigos científicos publicados que ressaltem a relevância do enfermeiro na prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Estas úlceras são uma importante causa de morbimortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, constituindo uma sobrecarga econômica para os serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura, constituído a partir da consulta ao banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de 2006 a 2013, utilizando os descritores específicos: Enfermagem, úlcera por pressão, tratamento e prevenção. O conjunto de trabalhos examinados aponta que a enfermagem é corresponsável pela implementação de medidas profiláticas e de tratamento das úlceras de pressão. Para isso, no entanto, precisa de conhecimento sobre o processo de formação e desenvolvimento das UPP. O panorama atual preocupante no que concerne às úlceras por pressão só poderá ser alterado se houver um maior investimento nas medidas de prevenção e no tratamento precoce. Considerando-se o profissional enfermeiro o agente transformador nesse processo, destaca-se a importância deste na realização e na implementação de medidas de prevenção das UPP.

Introdução

De acordo com o Ministério da saúde, no Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública devido ao grande número de doentes com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. E apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras por pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados (BRASIL, 2002).

Estas úlceras são uma importante causa de morbimortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, constituindo uma sobrecarga econômica para os serviços de saúde. E uma estratificação precoce e regular do risco de desenvolver uma úlcera por pressão é fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas, bem como uma correta estratégia terapêutica (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006).

As úlceras por pressão (UPP) são definidas como uma área de necrose tissular que se forma quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009). Trata-se, então, de uma manifestação clínica da destruição tecidual localizada, decorrente da falta de fluxo sanguíneo em áreas sob pressão, podendo ocorrer em qualquer área do corpo tanto em adultos como em crianças, sendo mais frequente abaixo da linha da cintura e sobre proeminências ósseas, tais como a sacra, trocanteriana, tuberosidade isquiática, calcâneo, entre outras (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013). Essas lesões são causadas por uma associação de fatores que são: a pressão, forças de tração, forças de fricção e a umidade excessiva na pele, a imobilidade, a idade, alterações da sensibilidade, a diminuição da perfusão tecidual, o fator nutricional, estado mental e incontinência urinária ou fecal (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006).

A incidência de UPP também tem se constituído em um importante indicador de qualidade assistencial em enfermagem, permitindo analisar os casos quanto à sua distribuição, vulnerabilidade e o local em que são mais frequentes. Este indicador serve para orientar medidas de prevenção, subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem, além de orientar ações educativas à equipe de enfermagem (SANTOS et al. 2013).

Este trabalho tem como objetivo geral levantar artigos científicos, publicados no banco de dados da BVS, que ressaltem ações de prevenção e tratamento de úlceras por pressão realizadas pelo enfermeiro, e, através de mecanismos de conscientização, promover mudanças significativas que busquem a diminuição de pacientes portadores de úlcera por pressão.

Metodologia

Estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura, constituído a partir da consulta ao banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de 2006 a 2013, utilizando os descritores específicos: Enfermagem, úlcera por pressão, tratamento e prevenção.

A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. Para esses autores a revisão Integrativa é uma revisão que, ao contrário da revisão tradicional, segue um protocolo pré-estabelecido que deve orientar todo o processo de revisão, da identificação do problema, passando pela busca de informação ao Relatório final (POMPEO; ROSSI; GALVAO, 2009).

A revisão integrativa é dividida em seis etapas essenciais. Inicialmente foi feita a identificação do tema e elaboração da questão norteadora do estudo que é: Qual o papel do enfermeiro nas intervenções de prevenção e tratamento das úlceras por pressão?

Na segunda etapa estabeleceram-se os critérios para inclusão e exclusão de busca na literatura: a pesquisa resultou na identificação de 441 artigos, todavia, das referências localizadas, buscou-se, na leitura minuciosa dos resumos, a compatibilidade com o tema em questão, além de obedecer aos critérios de inclusão que foram: adequação a temática, disponibilidade na íntegra do estudo, artigos publicados em português e adequação ao período estipulado. Foram selecionados 17 (dezessete) artigos, além do manual e protocolo do ministério da saúde que trata do tema UPP.

Logo após foram definidas as informações extraídas e a categorização dos artigos selecionados.

Na quarta etapa foi feita a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa para posterior interpretação dos resultados (quinta etapa). A sexta constitui-se da apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Resultados e Discussão

O conjunto de trabalhos examinados aponta que a enfermagem é corresponsável pela implementação de medidas profiláticas e de tratamento das úlceras de pressão. Para isso, no entanto, precisa de conhecimento sobre o processo de formação e desenvolvimento das UPP. Dos artigos selecionados, 15 (88,3%) se dedicaram ao tema: Medidas preventivas realizadas pelos enfermeiros.

Com essa estatística ficou notório que nos últimos anos os estudiosos vêm dando ênfase na prevenção, pois, essa é a forma mais viável de resolver tal complicação que assola grande parte dos acamados. Os estudos selecionados veem o enfermeiro como um profissional historicamente comprometido com os cuidados a pessoas, dentre os quais, a manutenção da integridade cutânea. Este “novo” enfoque, torna a prevenção da UPP mais complexa e desafiadora (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

Foi mencionado que as medidas preventivas têm custos elevados, porém os gastos que envolvem o tratamento são maiores, por causa do próprio prolongamento da hospitalização, além disso, estes são muitas vezes potencializados com a inadequação do tratamento, gerando, também, elevados custos sociais e emocionais que influenciam significativamente na qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias, das comunidades e compromete a qualidade profissional da equipe de saúde, em especial da enfermagem (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

Considerando que as úlceras por pressão são complicações desagradáveis, dolorosas e que sua prevenção tem um custo, algumas medidas de baixa tecnologia podem ser utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, como, por exemplo, manter a integridade da pele, deixando-a limpa, sem umidade e hidratada com óleos naturais, utilizando fraldas absorventes, trocando-as sempre que necessário, não sendo indicado o uso de calças plásticas que deixam a pele úmida, embora os lençóis estejam secos. Estudos ainda citam a carência das informações acerca da prevenção repassadas aos enfermeiros devido às dúvidas que estes tinham de como realizar a avaliação do paciente de risco e quais as práticas de prevenção a serem prestadas (LISE; SILVA, 2007).

Pode-se considerar que a instrumentalização da equipe de enfermagem e a orientação do familiar e/ou cuidador do paciente sob o risco de desenvolver úlcera por pressão é essencial para evitar esta enfermidade e a total responsabilização dos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, já que estes permanecem no hospital, prestando cuidados diretos ao paciente durante 24 horas diárias (LISE; SILVA, 2007).

A mudança de decúbito, o uso de coxins improvisados, hidratante e massagem corporal são as medidas de prevenção mais eficazes; alguns profissionais da enfermagem relatam que às vezes deixam de realizar tais medidas devido à falta de tempo resultantes da grande demanda de pacientes e poucos profissionais para prestar atendimento (LIMA; GUERRA, 2011).

As UPP's podem ser evitadas a partir da qualificação e conscientização da equipe de saúde quanto aos riscos para o seu

desenvolvimento. Neste sentido, as ações de prevenção visam impedir que o fator desencadeante agride o indivíduo, a fim de atenuar a morbimortalidade influenciada por esse agravo. Daí a importância do contínuo desenvolvimento de estudos direcionados à prevenção das UPP para o fortalecimento de práticas baseadas nas evidências e no reconhecimento das limitações envolvidas neste aspecto, visando a sua superação(CAMPOS et al. 2010).

É importante destacar que a prevenção é melhor alternativa, uma vez que evita a dor e sofrimento do cliente bem como reduz o tempo de internação e, conseqüentemente, os gastos relacionados com o tratamento, é nesta constatação que ganha espaço a aplicação do cuidado direcionado e individualizado de forma integral. Para que a prevenção seja eficaz deve ser desenvolvida de forma sistematizada, tendo como base estudos previamente realizados.

Ressalta-se a importância do enfermeiro estar constantemente atualizado sobre o assunto, pois é o profissional mais apropriado para lidar com o problema da UPP, neste sentido, é essencial a realização de programas educacionais com o objetivo de identificar os fatores de risco para prevenir além de uma melhor qualificação para os enfermeiros, com cursos e palestras sobre medidas preventivas que reduzem grande parte das UPP(RODRIGUES; SOUSA; SILVA, 2008).

Compreendeu-se ainda, que 13 (76%) dos artigos selecionados abordaram as ações conjuntas de prevenção e tratamento da úlcera por pressão, dando enfoque às medidas de tratamento na qual citam a ação do enfermeiro como agente determinante desse processo. O tratamento da úlcera por pressão deve ser realizado quando as medidas de prevenção não forem suficientes.

A relação custo-benefício do tratamento das úlceras por pressão também é abordada nos estudos, sendo esse tema de fundamental importância para o enfermeiro, pois ele desenvolve ações terapêuticas junto com o paciente e deve conhecer profundamente os custos do tratamento.

Evidenciou-se a necessidade da realização de uma educação continuada com os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem da instituição como estratégia para incorporar os novos conhecimentos, tecnologias e alternativas disponíveis para utilização na sua prática diária, para que seja clarificada a responsabilidade e a atuação de cada profissional frente ao cuidado de feridas (LIMA; GUERRA, 2011), (MARTINS; SOARES, 2008), (VALENÇA, 2010).

Como medida de tratamento deverá ser efetuada uma inspeção diária da área ulcerada, e registro diário das suas características objetivas: estágio, dimensão, exsudado, presença de tecido necrótico, tecido de granulação, dentre outros. O tratamento local inclui os seguintes componentes: - Desbridamento- Limpeza- Cobertura- Abordagem da colonização e infecção- Agentes Físicos e Tratamento cirúrgico (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006).

A identificação e o tratamento precoce permitem uma redução significativa dos custos, previne a progressão e acelera a regeneração da úlcera por pressão. O custo global do tratamento de uma úlcera por pressão grau IV é 10 vezes superior ao de uma úlcera grau II (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006).

Nas três últimas referências utilizadas (16,69%)(BRASIL, 2002),(CAMPOS et al. 2010), (BELO HORIZONTE, 2006). A primeira tratava dos fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão, no qual avaliava diretamente a questão nutricional. Ressaltou-se que a desnutrição, além de aumentar o risco de úlceras, prejudica sua cura. Isso se deve à redução de nutrientes disponíveis para reparo e manutenção tecidual, resultando em perda do “efeito amortecedor” do tecido adiposo, menor resistência cutânea, fraqueza geral, mobilidade reduzida e edema(CAMPOS et al. 2010).

É de suma importância que os profissionais de saúde fiquem mais atentos aos pacientes que apresentam condições clínicas e nutricionais muito debilitadas desde a internação, pois, essa é a população que mais desenvolve UPP(CAMPOS et al. 2010).

Para que de fato isto ocorra e a prevenção e o tratamento da UPP sejam baseados em evidências, as organizações de trabalho devem buscar estratégias para transpor as barreiras que os membros da equipe de saúde encontram para ter acesso a esse conhecimento para que efetivamente tais diretrizes possam ser implementadas (RANGEL EML, CALIRI, 2009).

Os manuais do Ministério da saúde direcionados aos profissionais da saúde, e o protocolo de feridas direcionado aos de portadores de lesões de pele (úlceras por pressão), mostrou uma visão geral sobre a sua causa, a prevenção, o tratamento, a localização mais frequente além de outras características. Verificou-se também que nestes existem diversas recomendações relacionadas à nutrição, mobilidade, avaliação de riscos, de decúbito e ao uso de almofadas de proteção (BRASIL, 2002), (BELO HORIZONTE, 2006).

Conclusão

O panorama atual preocupante no que concerne às úlceras por pressão só poderá ser alterado se houver um maior investimento nas medidas de prevenção e no tratamento precoce. Considerando-se o profissional enfermeiro o agente transformador nesse processo, destaca-se a importância deste na realização e na implementação de medidas de prevenção das UPP, além, da necessidade deste profissional em adquirir novos conhecimentos e, desta forma, aderir a tecnologias atuais, que melhorem sua capacidade de prevenção, acompanhamento e tratamento, pois somente assim se consegue a qualidade e excelência no cuidado.

Referências

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Protocolo de assistência aos portadores de ferida**. Belo Horizonte: SMSA; 2006.

BRANDÃO, E. S.; MANDELBAUM, M. H. S.; SANTOS, I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. **Rev. pesp. Cuid. Fundam. Online**. v.5, n.1, p: 3221-28, Apr.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumática**: série j. Cadernos de reabilitação em hanseníase. N. 2. Brasília: Ministério da saúde. 2002: 54.

CAMPOS, S. F. et al. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr., Campinas**. v.23, n. 5, p: 703-714, Apr. 2010.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 1, p: 267-277, Apr. 2011.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Maringá**. v.29, n. 2, p: 85-89, 2007.

MARTINS DA, SOARES FFR. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de minas gerais. **Cogitare Enferm**. v.13, n.1, p: 83-7. Apr. 2008.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. v.43, n. 1, p: 223-8, Apr. 2009.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. Enferm**. v.22, n. 4, 2009.

RANGEL EML, CALIRI MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.**; v.11. n. 1, p: 70-77, Apr. 2009.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. **Acta Med Port**. v.19, p: 29-3, 2006.

RODRIGUES, M. M.; SOUSA, M. S.; SILVA, J. L. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Cogitare enfermagem**. v.13, n.4, p: 566-576, Apr. 2008.

SANTOS, C. T.et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: Análise de prontuário e de notificação de incidente.**Rev Gaúcha Enferm**. v.34, n1, p: 111-118, Apr. 2013.

VALENÇA, M. P. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do recife. **Rev Enferm UFPE**. v.4, n. 2, p: 673-82, Apr. 2010.

Agradecimentos

Os agradecimentos vão para a orientadora pelo incentivo e apoio o decorrer da elaboração do trabalho.

UM ESTUDO SOBRE BULLYING EM ESCOLARES

Najara Rodrigues Dantas (Apresentadora) – Universidade Regional do Cariri-URCA, jara85@hotmail.com

Adriana de Moraes Bezerra– Universiade Regional do Cariri-URCA

Natalia Pinheiro Fabrício- Universiade Regional do Cariri-URCA

Fernanda Cassiano de Lima- Universiade Regional do Cariri-URCA

Aretha Feitosa de Araújo – Universiade Regional do Cariri-URCA

Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira (Orientadora) – Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Bullying. Escolares. Violência

Resumo

Bullying é “um termo inglês utilizado para descrever atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo (bully ou “valentão”) ou grupo de indivíduos com o objetivo de intimidar ou agredir outro indivíduo (ou grupo de indivíduos) incapaz(es) de se defender. Este fenômeno ocorre principalmente na infância em ambiente escolar. Este estudo foi realizado com crianças e adolescentes de 8 a 15 anos em uma Escola de Ensino Fundamental e Médio em Crato-CE, tendo como objetivo determinar as características e a frequência do *bullying* em crianças em idade escolar, caracterizando o gênero dos agressores e das vítimas, verificando as idades mais frequentes da ocorrência e definindo suas formas de apresentação nas escolas. Foi constatado que 88% da amostra já sofreram algum tipo de agressão entre os alunos, sendo o apelido a forma mais utilizada. Além disso, 77% da amostra

revelou que o *bullying* atrapalhou nos estudos. A maioria dos episódios acontece no pátio da escola, podendo ser explicado pelo fato do *bullying* ocorrer predominantemente durante o recreio (53%). Tais dados evidenciam que a presença da violência e, conseqüentemente, do fenômeno *bullying* é uma realidade na escola e, portanto confirma a pertinência deste estudo.

Introdução

A violência se configura como uma ameaça à saúde pública e ao processo ensino-aprendizagem, ocasionando conseqüências a curto e longo prazo na vida do indivíduo. A convivência familiar, escolar e comunitária condiciona a formação de valores, o autoconceito e a auto-estima, sendo preditora do comportamento social e do estilo do sujeito (ALMEIDA & MASCARENHAS, 2006; BARCA & MASCARENHAS, 2005; BRENLLA, 2005; MASCARENHAS, 2004; MORÁN, 2004).

O *bullying* compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas (de maneira insistente e perturbadora), que ocorrem sem motivação evidente e de forma velada, sendo adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), dentro de uma relação desigual de poder (ALMEIDA; SILVA; CAMPOS, 2008; BOTELHO & SOUZA, 2007; SILVA, 2007).

Estudos em vários países revelam que o comportamento de bullying é comum e, no Brasil, até 40% dos estudantes estão envolvidos nesta prática. É mais comum entre meninos, tendo sua incidência maior entre 11 e 14 anos, decaindo com o passar da idade (ALMEIDA; SILVA; CAMPOS, 2008; ABRAPIA, 2006; NETO, 2005; CARVALHOSA; LIMA; MATOS, 2001).

Este estudo tem como objetivo determinar as características do *bullying* em crianças em idade escolar, caracterizando o gênero dos agressores e das vítimas, verificando as idades mais freqüentes da ocorrência e definindo sua freqüência e formas de apresentação nas escolas.

Metodologia

Foi desenvolvido estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa quanto a ocorrência de *bullying* entre crianças e adolescentes, de 8 a 15 anos em idade escolar.

O estudo foi realizado em Escola do Ensino Fundamental e Médio, em Crato-CE, entre os meses de março a maio de 2013 com a finalidade de determinar as características do *bullying* em crianças em idade escolar. A amostra do estudo foi composta por alunos com idade entre 8 e 15 anos que cursam a escola e que concordaram em participar do trabalho. Como critérios de inclusão foram selecionados aqueles que estavam devidamente matriculados na Escola. Não houve distinção de raça.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo responsável do aluno que participou da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentaram alguma deficiência cognitiva. Aos participantes foi assegurado o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejarem. O questionário constava de perguntas objetivas sobre *bullying* como “se o aluno já sofreu algum tipo de agressão”, “quais os tipos”, “com que freqüência”, “onde ocorrem”, “o que o aluno fez em seguida”, “comunicou a alguém”.

Os dados foram inseridos em um banco de dados, processados pelo Software SPS, versão 17.0 e analisados através do teste do qui-quadrado para tendências, ou o teste exato de Fischer, conforme o caso. Foi adotado um nível de significância de 5% com $p < 0,05$.

Resultados e Discussão

A amostra do estudo foi composta por 49 alunos, dos quais 25 eram do sexo masculino (51%) e 24 do sexo feminino (49%). As idades variaram entre 8 e 15 anos, com uma média de 11,08 anos. Foi constatado que 88% da amostra estudada já sofreram algum tipo de agressão entre os alunos, não havendo diferença significativa entre os sexos. Tal dado evidencia que a presença da violência e, conseqüentemente, do fenômeno *bullying*, é uma realidade na escola e, portanto confirma a pertinência deste estudo.

Em relação ao tipo de *bullying* que a amostra estudada relatou ter sofrido, a maioria afirmou que recebeu algum apelido, representado por 53% de todos os tipos citados. Em seguida, não houve diferença significativa entre o número de estudantes que relataram que já foram ameaçados ou que tiveram algum de seus pertences escondido, correspondendo a 42% do total. Os outros tipos, em ordem decrescente de prevalência foram: ter sofrido alguma agressão física (39%), ter sido excluído de algum grupo (16%) e ter sido ignorado na escola (5%).

Os alunos relataram que a maioria dos episódios, cerca de 60%, acontecem no pátio da escola, o que pode ser explicado pelo fato do *bullying* ocorrer predominantemente durante o recreio (53%). Os outros principais locais citados foram as próprias salas de aula (26%), o espaço fora da escola (23%) e os corredores (2%). Esses episódios também são frequentes na hora da saída (37%) e da entrada dos alunos (2%) e, até mesmo, durante a aula (7%).

Quando questionados sobre os possíveis sintomas que eles pudessem sentir devido ao bullying, a cefaléia foi o mais prevalente, atingindo 35% dos alunos. No entanto, cerca de 33% da amostra relatou não apresentar nenhum sintoma.

53% dos alunos afirmaram que procuraram ajuda para tentar resolver o problema do *bullying* na escola, e cerca de 19% da amostra informaram que não fizeram nada em relação ao ocorrido. Segundo Silva (2007), a vítima passiva é a mais prejudicada, pois os efeitos desse sofrimento, em silêncio, poderão se arrastar durante boa parte de sua vida.

De acordo com Lima, a queda do desempenho escolar é o impacto imediato percebido das diferentes repercussões psicológicas em crianças e jovens vítimas de *bullying*. Tal fenômeno se dá pela convivência da criança em ambiente agressivo, o que gera medo, ansiedade e insegurança, com conseqüentes repercussões no seu rendimento acadêmico. Em nosso trabalho, os principais motivos de influência negativa nos estudos relatados pelos alunos foram a dificuldade de concentração/aprendizagem (55%) e o medo de ir à escola (52%). Um fato que chamou a atenção foi o de que as meninas apresentaram um risco 10,30 vezes maior do que os meninos de apresentar medo de ir à escola em consequência do *bullying* ($p=0,0017$).

Com relação à frequência alta de ocorrência do *bullying*, ela representou, no geral, um risco 1,93 vezes maior no medo de ir à escola ($p=0,0155$). Já quanto à dificuldade de concentração/aprendizagem, o risco foi 1,72 vezes maior naquelas crianças que eram vítimas de *bullying* em uma frequência elevada.

Na amostra estudada, 57% dos alunos que afirmaram já terem praticado *bullying* relataram que a vingança foi o principal motivo, seguida da diversão (29%), do sentimento de superioridade (14%) e da vontade de se tornar popular entre os demais alunos (14%).

Apesar da maioria dos alunos (43%) afirmarem que a melhor forma de resolver o problema do *bullying* seria informando o fato aos pais ou aos professores e diretores da escola, cerca de 20% dos entrevistados relataram que enfrentar o agressor seria a melhor opção. Segundo Silva (2007), o uso da violência não pode se consolidar como uma forma de resolução de conflitos, pois este irá reproduzir na vida adulta o modelo de relação anti-social que manteve na infância, adotando atitudes agressivas no meio familiar ou no ambiente de trabalho.

Conclusão

Tendo em vista esses dados apresentados, concluímos que o *bullying* não pode ser considerado como mera brincadeira de criança, já que características negativas como essas citadas acima são visivelmente percebidas nos alunos e, de alguma forma, estão interferindo na vida deles, assim como também interfere na dinâmica da escola. Deve ser considerado que o fenômeno *bullying* ainda é pouco estudado no meio acadêmico brasileiro.

A partir dos dados obtidos, podemos observar que a prevalência de *bullying* na escola analisada é bastante alta. Além disso, já existe nas crianças um sentimento de vingança, que com o decorrer dos anos, pode levar a comportamentos anti-sociais e violentos ou criminosos. Foi visto também o quanto o *bullying* atrapalha o rendimento escolar dos alunos, levando a dificuldade de concentração ou aprendizado e medo de ir à escola. Pode observar-se também que a maioria dos alunos procurou algum tipo de ajuda, seja ela através dos pais ou responsáveis ou através dos docentes da escola.

Baseado nesta experiência, se deve tomar providências, criando planos de ações, campanhas e projetos, para que a prática do *bullying* seja, o mais rapidamente possível, banida das escolas. Além de aumentar o estudo sobre *bullying* no meio acadêmico e escolar, para que sejam trabalhadas formas de aumentar o respeito mútuo, a humildade, a solidariedade e o diálogo entre os alunos, professores e família.

Referências

ABRAPIA – Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência 2006. **Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes**. Disponível em www.bullying.com.br. Consultado em 06 de março de 2010.

ALMEIDA, L., & Mascarenhas, S. **Cognição, motivação e aprendizagem escolar**. Rio de Janeiro: SANM, 2006.

ALMEIDA, K. L.; SILVA, A. C.; CAMPOS, J. S. Importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão da literatura. **Rev. Pediatr.** v. 9, n. 1, p. 8-16, jan/jun, 2008.

ANACLETO, A. S. et al. A infância (en) contra a infância: um estudo bibliográfico sobre bullying. **Anais de Eventos da UFSCar**, v. 5, p. 393, 2009.

BARCA, A., & Mascarenhas, S. **Aprendizagem escolar, atribuições causais e rendimento no ensino médio**. Rio de Janeiro, SANM, 2005.

BOTELHO, R. G. & SOUZA, J. M. C. Bullying e educação física na escola: características, casos, conseqüências e estratégias de intervenção. **Revista de Educação Física**. n. 139, p. 58-70, dez, 2007.

BRENLLA, J.C. Atribuciones causales, enfoques de aprendizaje, rendimiento académico y competencias bilingües en alumnos de educación secundaria. Un análisis multivariable. Tesis doctoral, inédita, Universidade da Coruña, 2005.

CARVALHOSA, S. F.; LIMA, L.; MATOS, M. G. Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. **Análise Psicológica**, v. 4, n. 19, p. 523-537, 2001.

CHIORLIN, M. O. **A influência do bullying no processo ensino-aprendizagem**. Redação Final do Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciatura em Pedagogia. 2007.

LIMA, C.T. **Bullying e seus efeitos no ambiente escolar**. Disponível em <<http://www.slideshare.net/guest44dfb3/artigo-bullying-e-seus-efeitos-na-parendizagem>>. Acesso em 18 maio 2010.

LOPES NETO, A. A. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. **J Pediatr**. v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

MASCARENHAS, S. **Avaliação dos processos, estilos e abordagens de aprendizagem dos alunos do ensino médio do estado de Rondônia, Amazônia, Brasil**. Tese do doutoramento, Universidade da Coruña, A Coruña, Espanha (inédita), 2004.

MORÁN, H. **Autoconcepto, enfoques de aprendizaje y rendimiento académico em alumnos de formación profesional de Galicia**. Tesis doctotal, inédita, Un. da Coruña, 2004.

SILVA, W. C. **A cultura do bullying e desrespeito na escola**. Monografiaapresentado como parte das exigências da Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Pedagogia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, 2007.

Agradecimentos

Aos participantes e aos seus responsáveis, que muito contribuíram aceitando participar da pesquisa e aos gestores da escola que foram essenciais para que a mesma acontecesse.

UMA PROPOSTA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO REALIZADO NA UAPS OLIVEIRA POMBO, FORTALEZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Autor 1 – Laryssa Galeno Alves, Escola de Saúde Pública, laryssagaleno@yahoo.com.br.

Autor 2 – Andersânya Silva Batista, Escola de Saúde Pública.

Autor 3 – Nadyelle Carvalho Pinheiro, Escola de Saúde Pública.

Autor 4 – Antonio Euber Rodrigues da Silva, Escola de Saúde Pública.

Autor 5 – Maria Fabiana de Sena Neri, Escola de Saúde Pública.

Autor 6 – Paola Calvasina – Universidade de Toronto

Palavras-chave: Planejamento Participativo, Território, Saúde da Família.

Resumo

O planejamento participativo surgiu como uma ferramenta indispensável na pratica colaborativa que estimula a participação dos sujeitos no processo. O presente estudo objetivou construir o delineamento de ações a serem realizadas nos bairros Panamericano e Couto Fernandes assistidos pela Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS Oliveira Pombo, identificados a partir de oficinas de territorialização através do planejamento participativo valorizando os problemas identificados pelos próprios participantes, bem como identificar os sujeitos chave para a construção de parcerias e fomentar as atividades pontuadas na oficina de planejamento participativo. Utilizou-se a metodologia da árvore de problemas e matriz de planejamento participativo onde foram definidos os problemas; objetivos;

intervenções; responsáveis; prazos e resultados esperados. A realização deste trabalho, além de gerar um plano de intervenções para auxiliar a equipe de saúde no planejamento de suas ações, possibilitou a participação da comunidade e de todos os atores envolvidos no reconhecimento dos problemas da área em que vivem.

Introdução

O trabalho surgiu a partir do processo de territorialização realizado pelos residentes de saúde da família locados na UAPS Oliveira Pombo, situado na cidade de Fortaleza e que atende aos bairros Panamericano e Couto Fernandes. O planejamento participativo foi a estratégia escolhida para o delineamento das ações de trabalho, uma vez que as intervenções a serem realizadas nesse contexto são construídas em conjunto: comunidade, profissionais da UAPS e residência gerando sujeitos implicados e corresponsáveis pelo território, sendo assim uma prática colaborativa que estimula a autonomia dos atores envolvidos. Como afirma Ribeiro *et. al.*(2012), a adoção do planejamento participativo no SUS constitui a essência para o desenvolvimento de grupos e sujeitos críticos, além da (re) construção de saberes e práticas. Para iniciar as ações de trabalho os residentes realizaram diversas oficinas que permitiram avaliar e diagnosticar os problemas / necessidades, bem como as potencialidades do território, por fim foi construída a oficina de planejamento participativo, e esta oficina será o objeto de estudo deste referido trabalho. O objetivo deste estudo foi construir o delineamento das ações a serem realizadas nos bairros Panamericano e Couto Fernandes assistidos pela UAPS Oliveira Pombo, identificados a partir de oficinas de territorialização junto com a comunidade, profissionais da unidade e equipamentos da rede e gestão, o planejamento participativo referente aos problemas elencados pelos participantes, bem como identificar os sujeitos chave para a construção de parcerias e fomentar as atividades pontuadas na oficina de planejamento participativo.

Metodologia

A metodologia utilizada para descrever o planejamento participativo realizado na UAPS Oliveira Pombo foi de relato de experiência (SOUZA *et. al.* 2007; OLIVEIRA, RESSEL, 2010). Foi realizada uma oficina para construção da árvore dos problemas e matriz de planejamento participativo com a explicação do seu objetivo e apresentação dos critérios de priorização dos problemas. Os critérios utilizados foram: governabilidade – pode ser resolvido por nós? - Impacto – grande ou pequeno se for resolvido? - Custo de adiamento – se não for resolvido agora, vai piorar? - Balanço político – é de interesse resolver? - (PARENTE, 2011). Com a priorização dos problemas, os grupos foram divididos e cada um ficou responsável de construir a matriz referente ao seu problema. Para tornar o momento lúdico, didático e acessível aos participantes, tendo em vista a diversidade do público, foi feita analogia com uma árvore, onde as “raízes” são os problemas colocados pelos moradores, destacando-se os nós críticos encontrados, o “tronco”, os objetivos que elucidaram o ponto de partida para ações propostas, os “galhos da árvore”, as intervenções a serem realizadas, as “flores”, os responsáveis pelas ações, as “folhas”, o prazo que se pretende realizar as intervenções e os “frutos”, os resultados esperados. Em cada oficina de territorialização foram priorizados entre quatro e cinco problemas, elencados em dezoito problemas, subdivididos em cinco eixos, segundo os critérios supracitados (governabilidade, impacto, custo de adiamento e balanço político). Os eixos foram: grupos prioritários em saúde; capacitação em saúde; relação profissional/usuário/unidade de saúde; educação ambiental e mobilização comunitária. Os participantes foram divididos, portanto, em grupos diversificados (moradores, profissionais de saúde, gestão) referentes a cada eixo para que, com a discussão, fosse construída uma matriz de planejamento participativo para cada eixo.

Resultados e Discussão

De acordo com os aspectos supracitados os resultados obtidos foram os eixos que se delinearam da seguinte forma: primeiro eixo - problemas: falta de terapia com grupos prioritários em saúde e comunidade – gestantes, obesos, idosos, deficientes, adolescentes e profissionais de saúde. Objetivo: criar grupos. Intervenção: reunião para organizar os profissionais, definindo o local e qual grupo a ser trabalhado. Responsáveis: equipe de saúde da família, gestores, parcerias, equipe multiprofissional, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, endemias e Coordenadoria Regional de Saúde. Prazo: de quatro a seis meses, sendo dois meses para organizar e um mês para implantar, realizando sistematicamente o monitoramento e a avaliação mensal dos grupos. Resultados esperados: implantação do grupo e adesão da comunidade (perseverança); segundo eixo – problemas: insuficiência de capacitação em saúde direcionada às dinâmicas do território. Objetivo: melhorar informação e fluxo dos usuários para as ações de saúde da UAPS Oliveira Pombo. Intervenção: resgatar e ampliar as ações de saúde de forma mais efetiva as necessidades da área de abrangência, capacitar os profissionais da unidade (Núcleo de Atendimento ao Cliente, profissionais de saúde e ACS) em relação às necessidades da população, criação de um cronograma com as atividades realizadas pela unidade. Responsáveis: gestão, Estratégia Saúde da Família (ESF). Prazo: para cada ação foram estabelecidos prazos diferentes, o primeiro e segundo a médio prazo e o terceiro a curto prazo. Resultados esperados: ações de saúde mais efetivas no território, profissionais mais capacitados e estimulados para o trabalho, além de uma população mais informada em relação às ações de saúde da unidade; terceiro eixo - problemas: comunicação unidade de saúde/usuário, vínculo profissional/paciente e acolhimento prejudicados devido à desmotivação profissional. Objetivo: melhorar a comunicação e o bem-estar do profissional, bem como sua motivação. Intervenção: criação de um flanelógrafo, reativação das rodas,

busca ativa de informações pelos profissionais, panfletos para comunidade e o grupo cuidando do cuidador. Responsáveis: coordenação, os profissionais da UAPS, Residência Multiprofissional e profissionais da UAPS. Prazo: um a dois meses para implantação e que ocorra de forma contínua. Resultados esperados: melhorar o fluxo de informações, bem como o relacionamento interprofissional e profissional/usuário; quarto eixo - problemas: insuficiência de educação ambiental no território do Oliveira Pombo – lixo. Objetivo: Sensibilizar a comunidade sobre a problemática do lixo. Intervenção: fazer oficinas com a comunidade, trabalhar com as equipes e profissionais, dentre eles, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Endemias, assim como procurar parcerias (igrejas, escolas, Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização - EMLURB), realizar divulgação (panfletos), mapear os depósitos de lixo inadequados, formar multiplicadores de educação ambiental, contatar EMLURB, identificar as Organizações Não Governamentais (ONGs) do território. Responsáveis: equipes, comunidade, grupos organizados, conselho local de saúde e da pastoral. Prazo: de dez meses a um ano. Resultados esperados: reduzir os depósitos inadequados de lixo de 10% a 20%; quinto eixo - problemas: insuficiência de mobilização comunitária que acarreta em falta de ponto de apoio para atendimento da Equipe de Saúde da Família 3 (EqSF) – Couto Fernandes do Oliveira Pombo. Objetivo: fortalecer a mobilização comunitária para garantir ações de promoção da saúde no Couto Fernandes. Intervenção: identificar espaços na comunidade para realizar ações de saúde, sensibilizar os moradores para a problemática da comunidade a partir das ações de saúde, mapear pessoas chave que podem contribuir com a mobilização e sensibilizar os conselheiros de saúde para o envolvimento nas ações do Grupo de Trabalho. Responsáveis: ACS, Residência Multiprofissional, Agente de Endemias, moradores e EqSF. Prazo: curto a médio prazo e processual. Resultados esperados: conseguir ponto de apoio para o desenvolvimento das ações, participação comunitária, identificar pessoas chave/mobilizadores e participação de conselheiros de saúde nas ações.

Conclusão

Este estudo aponta que a incorporação do planejamento participativo nas práticas educativas transforma tais práticas em ações mais efetivas nos campos pedagógico, da comunicação e da interação. Por meio da oficina de planejamento foi possível construir de forma colaborativa e participativa as ações a serem desenvolvidas no território adscrito, de acordo com as necessidades diagnosticadas nas oficinas de territorialização.

Referências

OLIVEIRA S. G; RESSEL L. B. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**. 2010. Jan/Mar; 9 (1):144-148.

PARENTE J. R. F; Planejamento participativo em saúde. **SANARE**, Sobral, v.10, n.1, p. 54-61, jan./jun. 2011.

RIBEIRO P.C; PEDROSA J. I. S; NOGUEIRA L.T; SOUSA M. F. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2012, 161–174.

SOUZA M. M; BRUNINI S; ALMEIDA N. A. M; MUNARI D. B. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2007. jan-fev; 60(16):102-5.

Agradecimentos

Às EqSF da UAPS do Oliveira Pombo e à população dos bairros Couto Fernandes e Panamericano de Fortaleza-CE, que participaram do momento supracitado.

USO DE MEDICAÇÕES E IMUNIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE LAJEADO DO TOCANTINS - TO

Andrezza Alves Dias – Universidade Federal do Ceará; andrezza_ufc@yahoo.com.br

Ana Caroline Machado Costa – Universidade Federal do Tocantins

Lidiane Nogueira Rebouças – Universidade Federal do Ceará

Tiago Barreto de Castro e Silva - Universidade Federal do Tocantins

Danielle Rosa Evangelista (Orientador) – Universidade Federal do Tocantins

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Imunização. Preparações Farmacêuticas.

Resumo

Dentre os critérios, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), para uma assistência pré-natal de qualidade estão: início precoce; realização de no mínimo seis consultas; realização dos exames laboratoriais preconizados; imunização; uso de medicações, dentre outros. A pesquisa tem como objetivo avaliar o uso de medicações e imunização no pré-natal no município de Lajeado do Tocantins - TO. Estudo avaliativo e documental com abordagem quantitativa, realizado em uma unidade básica de saúde no município de Lajeado do Tocantins -TO. Foram avaliados os cartões das gestantes que finalizaram a assistência pré-natal no período de janeiro a dezembro de 2013. Os dados foram organizados e processados no *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Foi utilizada estatística descritiva simples, utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão. A pesquisa foi aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, sob protocolo de nº 223/2013. A prescrição dos medicamentos ácido fólico e sulfato ferroso, no primeiro trimestre gestacional, ocorreu em 81,25% gestantes. Apesar da frequência elevada, o ideal é que 100% das gestantes façam uso dessas medicações. O calendário vacinal específico do pré-natal foi adequado somente para 39,6% das participantes, ficando 60,4% gestantes descobertas. Como esta variável foi analisada somente no cartão-sombra e não no cartão vacinal, considera-se um fator limitante. Conclui-se que é necessária a ampliação e garantia de acesso aos medicamentos preconizados pelo MS, bem como às vacinas, pois a realização dessas ações favorece um bom prognóstico da gravidez.

Introdução

O Pré-Natal é uma ação programática que tem por objetivo o acompanhamento da gestante, bem como o desenvolvimento fetal e o puerpério, a fim de identificar situações de risco e minimizar os desfechos negativos, ou seja, garantir o nascimento de uma criança saudável (SILVA et al., 2013).

No Brasil, a assistência pré-natal realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tem como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, na grande maioria dos municípios, é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem assumido a responsabilidade de coordenação deste serviço. Para controle do acompanhamento e consolidação dos dados referente à assistência, os profissionais utilizam o Cartão da Gestante como instrumento.

Para reconhecer uma assistência pré-natal de qualidade, o manual do Ministério da Saúde (MS) estabelece como critérios: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; realizar no mínimo seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação, e uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realização dos exames laboratoriais preconizados; imunização; execução de procedimentos clínico-obstétricos, tais como cálculo da idade gestacional, altura uterina, batimentos cardíacos fetais, oferta de medicamentos (sulfato ferroso e ácido fólico), dentre outros; preenchimento do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante e do gráfico de curva uterina/idade gestacional; realização dos exames laboratoriais preconizados; e imunização (vacina dupla do tipo adulto – dT [difteria e tétano], vacina contra influenza e vacina contra hepatite B) (BRASIL, 2012). O atendimento a estes critérios é determinante para uma assistência pré-natal de qualidade.

Diante de tais critérios, objetivou-se avaliar o uso de medicações e a imunização no período pré-natal no município de Lajeado do Tocantins-TO.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo avaliativo e documental com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Lajeado do Tocantins, situado na região central do Tocantins, a 54 km da capital do Estado, Palmas. A área do município abrange 319 km² com limites ao norte com Tocantínia, ao sul com Palmas, a leste com Aparecida do Rio Negro e a oeste com Miracema Tocantins (TOCANTINS, 2003).

O município dispõe de três unidades de saúde, sendo que apenas uma destas realiza assistência pré-natal, concentrando, assim, todo o atendimento à gestante, sendo esta a unidade de realização da presente pesquisa. Vale ressaltar que tal UBS integra a Rede Cegonha, que instituiu no âmbito do SUS, planos de ações regionais e municipais, orientadores para a execução da assistência pré-natal, e de acordo com o cumprimento das metas, há disponibilidade de repasse de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

Foram avaliados os cartões das gestantes que finalizaram o atendimento pré-natal durante o período de janeiro a dezembro de 2013, identificados através do ‘livro de acompanhamento de gestantes’, o qual tem por finalidade o controle da assistência prestada as gestantes durante o pré-natal.

Os critérios de inclusão foram: possuir o cartão-sombra anexado ao prontuário, uma vez que este é o documento selecionado como fonte de informação dos dados; e ter registro de pelo menos uma consulta de pré-natal, o qual caracteriza o cadastramento da gestante na assistência, bem como o início do acompanhamento pré-natal. Foram excluídas as gestantes com evolução desfavorável da gravidez, repercutindo na interrupção do ciclo gravídico de forma espontânea ou provocada. Após a análise dos critérios citados, resultaram 48 cartões-sombra de gestantes, constituindo-se a amostra do presente estudo.

Foram analisados o uso de medicações (sulfato ferros e ácido fólico - investigou-se a oferta para as gestantes em todas as consultas, levando em consideração a idade gestacional) e a imunização (observou-se a realização das vacinas dT, influenza e hepatite B).

Os dados foram organizados e processados no *Stastical Package of the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Foi utilizada estatística descritiva simples, utilizando frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão.

Para realização da pesquisa, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado do Tocantins. Após esta autorização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), que recebeu parecer favorável sob protocolo de aprovação nº 223/2013. Como a pesquisa foi do tipo documental, a utilização do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensada.

Resultados e Discussão

Apesar de 48 prontuários terem atendido aos critérios de inclusão e exclusão, eles não estavam com todas as variáveis preenchidas, aspecto esperado e limitante em pesquisas que trabalham com registro em documentos.

Tabela 1. Distribuição do número de cartões-sombra de acordo com as características sociodemográfica da população estudada. Lajeado do Tocantins, Tocantins, Brasil; nov.-jan., 2013-2014.

Variáveis	nº	%
Idade (em anos completos) (n=47) \bar{x} = 22,7 S = 6,182		
13-20	22	46,8
21-30	19	40,4
31-43	6	12,8
Raça autodeclarada (n=31)		
Branca	2	6,50
Preta	2	6,50
Parda	26	83,90
Amarela	1	3,20
Estado Civil (n=32)		
Casada	15	46,90
Estável	9	28,10
Solteira	8	25,00
Escolaridade (n=45)		
Nenhum	1	2,20
Fundamental	1	2,20
Médio	19	41,30
Superior	24	52,20

As gestantes do município são na maioria adolescentes compreendendo entre a faixa etária de 13 – 20 anos, correspondendo a 46,8%. A gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública, contribuindo para aumentar as estatísticas de morbimortalidade por causas obstétricas, devido ao maior risco gestacional e neonatal (CAMINHA et al., 2012).

Evidenciou-se 52,2% das participantes com nível superior, o que facilita à atenção oferecida pelos provedores de serviços, pois é esperado que a apreensão de informações seja simplificada por uma escolaridade mais avançada. Destacamos que apesar da maioria ser adolescente, o percentual de mulheres com nível superior é compatível com o percentual de mulheres fora da adolescência, o que justifica este achado.

Quanto à raça, a maioria (83,9%) declarou-se parda. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que no Tocantins majoritariamente predomina a raça parda devido a miscigenação de várias ascendências raciais (IBGE, 2012).

Neste estudo evidencia-se que 46,90% das gestantes são casadas, seguido de 28,10% que possuíam uma relação estável, essa característica contribui significativamente para o apoio materno durante a gestação e a persistência na assistência pré-natal (OLIVEIRA et al, 2009).

Tabela 2. Distribuição do número de gestantes de acordo com o registro dos cartões-sombra, referente ao uso de medicações e imunização no pré-natal. Lajeado do Tocantins, Tocantins, Brasil; nov.-jan., 2013-2014.

Medicação e Imunização (n=48)	nº	%
Ácido Fólico/ Sulfato Ferroso		
Sim	39	81,25
Não	09	18,75
Vacinas Dt, Hb e H1N1		
Sim	19	39,6
Não	29	60,4

A prescrição dos medicamentos, ácido fólico e sulfato ferroso, no primeiro trimestre gestacional ocorreram em apenas 81,25%. Este resultado encontra-se acima da pesquisa realizada no Ceará em que as gestantes que faziam uso destes medicamentos foram de 65,45% e 67,27%, respectivamente (ARAGÃO; ALMEIDA; NUNES, 2013). Apesar da elevada frequência, esperava-se encontrar 100% das gestantes em uso dessas medicações.

O Ministério da Saúde (2012) recomenda a suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar (200 mg de sulfato ferroso), com ingestão antes do almoço e esta deve ser mantida por três meses no pós-parto e pós-aborto. A recomendação para o ácido fólico, é que seja utilizado, pelo menos, dois meses antes da concepção e nos dois primeiros meses da gestação.

Segundo o United Nations Children's Fund - Unicef (1998) a anemia causada pela carência de ácido fólico e sulfato ferroso no período gestacional acarreta desfechos indesejáveis como elevado risco de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e partos pré-termos. Por conseguinte, os referidos medicamentos são essenciais durante o pré-natal, para a formação do feto, sendo fundamental no fechamento do tubo neural e na prevenção da anemia ferropriva, respectivamente (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que 100% das gestantes devem ter acesso aos medicamentos, com isso lançou recentemente uma diretriz mundial que tange sobre recomendações globais baseadas em evidências para com o uso intermitente de suplementos de ferro e ácido fólico como medida de saúde pública, com o objetivo de melhorar os resultados da gestação e reduzir a anemia materna durante esse período (OMS, 2013).

No município de Lajeado do Tocantins, o calendário vacinal específico do período gestacional com as três principais vacinas preconizadas pelo MS obteve cobertura adequadamente somente em 39,6%, ficando uma estimativa de 60,4% de gestantes descobertas que completaram o esquema de 1 ou 2 destas vacinas. Contudo esta variável foi analisada somente com as informações contidas no cartão sombra do acompanhamento do pré-natal, este baixo percentual poder-se-á esta relacionada a este fator limitante, pois o cartão vacinal não foi analisado e possivelmente o instrumento de coleta não era atualizado quanto a este quesito.

A imunização, durante a gestação, tem a premissa de proteção da mãe e do feto. A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal; seu esquema é composto por três doses, acrescido de dose de reforço, a depender do estado vacinal da gestante. A vacina contra hepatite B previne a transmissão vertical durante a gestação; seu esquema também é composto por três doses, sendo recomendada sua administração após o primeiro trimestre gestacional. Por fim, a vacina contra influenza é recomendada em qualquer período gestacional, sendo realizada em dose única (BRASIL, 2012).

Conclusão

É evidente a necessidade de sensibilização e efetivação de políticas públicas por profissionais da saúde e gestores, com o intuito de reduzir a taxa de gravidez na adolescência no referido município.

Ressalta-se a importância do uso dos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde no pré-natal, tendo como ideal 100% de cobertura das gestantes, e a necessidade de garantia de acesso aos mesmos, que associado a outros fatores, torna possível um bom prognóstico da gravidez.

O município não apresentou assistência totalmente adequada, conforme preconiza o MS. Verificou-se que a inadequação do cuidado majoritariamente, relacionada à imunização das gestantes. Entretanto, considera-se como limitações do estudo o fato desta variável ter sido analisada somente com as informações contidas no cartão-sombra do acompanhamento pré-natal e não no cartão vacinal,

podendo atribuir o baixo percentual encontrado à não realização de anotações fidedignas.

Diante dos resultados alcançados, conclui-se que é de inestimável relevância a prescrição dos medicamentos e principalmente a atualização dos dados vacinais, bem como, a realização de avaliações periódicas da atenção pré-natal e o desenvolvimento de estudos posteriores, que permitam a avaliação da assistência pré-natal em um período prospectivo.

Referências

ARAGÃO, F. K. S.; ALMEIDA A. L.; NUNES, S. F. L. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes atendidas em uma maternidade pública no município de Imperatriz, Maranhão. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 3, p. 183-190, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 13. Jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 302 p. ISBN 978-85-334-1767-0. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2013.

CAMINHA, N. O.; FREITAS, L. V.; LIMA, T. M.; GOMES, L. F. S.; HERCULANO, M. M. S.; DAMASCENO, A. K. C. . Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 81-88, 2012 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Metodologia das estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2012**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2012/metodologia_2012.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

OLIVEIRA, R. L. A.; FONSECA, C. R. B.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Botucatu, vol. 21, n.2, p.546-553, 2013.

SILVA, E.P. et al.; Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol.13, n.1, p. 29-37, jan. / mar. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 ago. 2013.

TOCANTINS. Prefeitura Municipal de Lajeado. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Turismo. **Estudos temáticos com ações precursoras do diagnóstico ambiental visando a Criação da Área de Proteção Ambiental** – APA do Lajeado. 1º ed. Maio, 2003.

UNITED NATIONS. Resolution adopted by the General Assembly 55/2. **United Nations Millennium Declaration**, 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>>Acesso em: 12 mar. 2013.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS: BENEFÍCIOS, RISCOS, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS.

Giovana Mendes de Lacerda – Universidade Regional do Cariri. E-mail: geovanalacerda2009@hotmail.com

Izabel Cristina Santiago Lemos – Universidade Regional do Cariri.

Irwin Rose Alencar de Menezes – Universidade Regional do Cariri.

Luanna Gomes da Silva – Universidade Regional do Cariri.

Maria Haiele Nogueira da Costa – Universidade Regional do Cariri.

Marta Regina Kerntopf – Universidade Regional do Cariri.

Palavras-chave: Etnofarmacologia. Plantas Medicinais. Fitoterapia.

Resumo

O uso de plantas medicinais apresenta-se como um relevante instrumento para a manutenção da saúde de diversos indivíduos. Esse conhecimento tradicional acerca do uso de plantas medicinais dá-se por meio da transmissão oral de informações entre gerações de famílias ou de grupos étnicos específicos. Este trabalho busca verificar os benefícios, os riscos, as limitações e as perspectivas referente ao uso de plantas medicinais por usuários dos sistemas de saúde no Brasil. Este estudo consiste em uma revisão narrativa clássica de literatura, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: Etnofarmacologia; Plantas Medicinais e Fitoterapia, nas bases de dados LILACS e Medline. A partir dos critérios de inclusão definidos, foram selecionados 10 artigos. Observou-se que o uso de plantas medicinais é uma alternativa acessível e economicamente viável, além de esboçar um caráter terapêutico holístico, preventivo e de manutenção de doenças crônicas. Contudo, aspectos relacionados à toxicidade e até mesmo à correta identificação desses produtos naturais representam um risco real para aqueles que utilizam plantas medicinais. Nesse contexto, programas como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), não apenas resgatam esses saberes, como buscam conferir maior segurança na utilização de elementos da medicina rústica. Os profissionais de saúde têm a incumbência de familiarizar-se com esses métodos terapêuticos tradicionais, à medida que participam ativamente na sua difusão, por meio de práticas de educação em saúde que valorizem o conhecimento popular como um recurso terapêutico válido.

Introdução

A etnociência, recentemente, vem reafirmando na sociedade contemporânea que o uso de produtos naturais é um fator importante para a cura e o tratamento de muitas doenças, tanto por seu baixo custo econômico, quanto pelo seu fácil acesso. As plantas medicinais destacam-se neste grupo de produtos como fontes importantes para a manutenção da saúde, sendo o seu uso uma prática milenar. Miranda *et al* (2013 apud MACEDO *et al*, 2007), também, diz que o conhecimento sobre o uso de plantas medicinais é vasto, e que em algumas situações esses recursos naturais são as únicas formas de cura para enfermidades.

Esse conhecimento tradicional acerca do uso de plantas medicinais, mote principal dos estudos de etnofarmacologia, segue até hoje por meio da transmissão oral de informações entre gerações de famílias ou de grupos étnicos específicos. Vale ressaltar, contudo, que alguns daqueles que utilizam plantas medicinais atribuem a elas um caráter inofensivo à saúde, dividindo a crença de que esses recursos não apresentam toxicidade e não desencadeiam efeitos colaterais (SOUZA MARIA *et al*, 2013).

Porém, a capacidade tóxica que alguns destas plantas possuem ou, até mesmo, os efeitos que elas podem causar se administradas

junto a outras drogas é um risco real e deve ser um fator de preocupação para profissionais de saúde (MIRANDA *et al*, 2013).

Portanto, este trabalho busca, através de uma revisão de literatura, verificar os benefícios, os riscos, as limitações e as perspectivas referentes ao uso de plantas medicinais por usuários dos sistemas de saúde no Brasil, bem como o papel dos profissionais das ciências médicas nesse contexto de difusão e prática de conhecimentos tradicionais associados ao uso de plantas para fins terapêuticos.

Metodologia

Este estudo consiste em uma revisão narrativa clássica de literatura, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline), utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS): “Etnofarmacologia”, “Plantas medicinais” e “Fitoterapia”. Os critérios definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; em texto completo, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013 e que abordassem de forma direta ou indireta o uso de plantas medicinais, sendo capazes, contudo de responder parcial ou integralmente às questões propostas pelo estudo. Portanto, aplicando os critérios de inclusão expostos, foram selecionados para o estudo 10 artigos.

Resultados e Discussão

Os artigos encontrados mostraram que o uso de plantas medicinais vem sendo resgatado, pois além de serem bastante utilizadas como formas de prevenção, promoção e reabilitação de muitas doenças, também tem despertado a busca de novos fármacos por meio dos efeitos apresentados e relatados, em especial por comunidades tradicionais (NIEHUES *et al*, 2011).

Nesse aspecto, pesquisadores evidenciam que a transmissão de informações referente à utilização de plantas medicinais vem, durante anos, seguindo de geração em geração, através de membros de uma mesma família e da vizinhança, sendo que apenas uma pouca parcela advém de literaturas ou por meios de comunicação (COSTA; MAYWORM, 2011).

Segundo Bettega *et al* (2011), “a etnofarmacologia têm demonstrado ser ferramenta poderosa na busca por substâncias naturais de ação terapêutica, pois buscam informações a partir do conhecimento de diferentes povos e etnias”. Portanto, essa ciência procura, nas tradições de povos de diversas localidades, encontrar novas propostas terapêuticas em que não somente a eficácia do medicamento em si é levada em consideração, mas sua interação com rituais típicos das regiões determinam a ação e eficácia desta prática. Sendo a pessoa como um todo o foco da terapia, e não somente a doença (BETTEGA *et al*, 2011).

As plantas medicinais são muito utilizadas como forma de autocuidado para que se previna a necessidade de procedimentos mais complexos, ou seja, é uma prática que pode diminuir o número de internações em unidade hospitalares, promover a saúde e um suporte para enfermos de doenças crônicas (NIEHUES *et al*, 2011).

Alguns dos fatores que mais influenciam na adesão a tratamentos mediados por estes produtos naturais é a fácil acessibilidade, pois muitos os cultivam nos quintais das próprias casas, outros simplesmente fazem uso para manter tradições ou porque acreditam que estes não causam nenhum efeito colateral adverso e alguns fazem o uso somente pelo fato de se apresentarem como uma alternativa economicamente mais viável (ALBERTASSE; THOMAZ; ANDRADE, 2010).

O grande número de pessoas que aderiram ao uso de plantas medicinais, seja por herança cultural familiar ou por opção frente ao desapontamento com a medicina convencional, incentivou a construção de programas que buscassem resgatar o conhecimento tradicional e o uso mais seguro de recursos terapêuticos oriundos da medicina rústica (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

No Brasil, recentemente, tem sido criado políticas públicas e programas que garantem o acesso e promovem o uso destas práticas nos sistemas de saúde do país. Dentre os programas que foram criados para incentivar a implantação dessas formas terapêuticas nos sistemas de saúde, podemos citar: A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que busca formas de prevenção promoção e reabilitação da saúde, e o Projeto Farmácias Vivas da Universidade Federal do Ceará, o qual busca o emprego das plantas medicinais nos programas de atenção básica à saúde (ROSA; CÂMARA; BÉRIA, 2011).

Porém uma preocupação que acompanha essa entrada das plantas medicinais nos sistemas de saúde é a forma como estas vão ser apresentadas a população, já que alguns usuários, embora detenham certo conhecimento empírico a respeito do uso de determinadas plantas, muitas vezes carecem de informações relativas à toxicidade real de algumas espécies, tendo em vista que, muitos ainda acreditam que plantas não fazem mal à saúde, embora frise-se que, de longe, esse não seja um conceito dividido por todos aqueles que usam esses recursos naturais. Além disso, vale destacar o fato de algumas espécies diferentes serem chamadas por um mesmo nome, o que pode agravar algumas enfermidades caso sejam usadas de maneira inapropriada para um determinado quadro patológico (NIEHUES *et al*, 2011).

E outro fator preocupante é que, apesar de existir diversos estudos sobre a eficácia, a toxicidade e o uso das plantas medicinais, as bases teóricas para estas, com relação aos benefícios, ao conhecimento de como elas estão sendo usadas e como se poderia capacitar os profissionais para que estes aconselhem seu uso como uma medicina integrativa ao SUS, ainda exibem diversas lacunas (SANTOS

et al, 2011).

Nesse aspecto, Soares Neto *et al* (2010, p. 317) relata que,

“A distorção que pode haver no uso das terminologias e informações médicas representa um risco potencial, pois modifica o conhecimento das práticas tradicionais e pode interferir na adesão ou condução do tratamento prescrito pelo médico. A difusão dessas informações para o público leigo necessita ser avaliada segundo o interesse da promoção da saúde, e considerando a cultura popular como um elemento de interlocução.”

Por esses motivos a informação sobre o uso destes produtos naturais, nos ambientes de promoção da saúde, é muito importante, já que os efeitos adversos ocasionados pelo mau uso das plantas medicinais caracterizam-se como um problema de saúde pública. Sendo essas informações de grande contribuição para a construção do desenvolvimento de ações para promover a saúde com o uso racional das plantas medicinais (SOARES NETO *et al*, 2010).

Conclusão

Foi possível observar que com o crescente aumento do uso de produtos naturais, os sistemas de saúde vêm desenvolvendo programas e políticas que incentivam o estudo da etnofarmacologia e sua aplicação junto a atenção primária demonstrando a importância dessas terapias complementares para diminuir graus mais complexos de enfermidades e auxiliar em tratamentos bastante debilitantes.

De fato, isso demonstra que a transmissão das informações a respeito da etnofarmacologia e do uso das plantas medicinais se apresenta como fator relevante para a promoção da saúde, devendo os profissionais de saúde estar atentos às diversas nuances envolvidas no âmbito da medicina tradicional.

Sendo ainda indispensável para esse processo a atenção dos órgãos gestores na articulação de capacitações e de programas de formação continuada que atendam a necessidade de inserir eficazmente os profissionais de saúde no contexto das práticas médicas alternativas e complementares.

Referências

BETTEGA, P. V. C.; CZLUSNIAK, G. R.; PIVA, R.; NAMBA, E. L.; RIBAS, C. R.; GRÉGIO, A. M. T.; ROSA, E. A. R. **Fitoterapia: dos canteiros ao balcão da farmácia**. Archives of Oral Research, v. 7, n. 1, p. 89-97, Jan./Apr. 2011.

COSTA, V.P.; MAYWORM, M.A.S. **Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema, MG, Brasil**. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Botucatu, v.13, n.3, p.282-292, 2011.

MIRANDA, G. S.; SOUZA, S. R.; AMARO, M. de O. F.; ROSA, M. B. da; CARVALHO, C. A. de. **Avaliação do conhecimento etnofarmacológico da população de Teixeira - MG, Brasil**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicadas, 2013.

NIEHUES, J.; BONETTI, P.; SOUZA, M. R. de; LUNARDI, A. M.; PIOVEZAN, A. P.; PETERS, R. R. **Levantamento etnofarmacológico e identificação botânica de plantas medicinais em comunidades assistidas por um serviço de saúde**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, nº. 1, 2011.

ROSA, C. da; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. **Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

SANTOS, R.L.; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, A.S. **Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Botucatu, v.13, n.4, p.486-491, 2011.

SOARES NETO, J. A. R.; GALDURÓZ, J. C. F.; RODRIGUES, E. **A Rede de Comércio Popular de Drogas Psicoativas na Cidade de Diadema e o seu Interesse para a Saúde Pública**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.19, n.2, p.310-319, 2010.

SOUZA MARIA, N.C.V.; TANGERINA, M.M.P.; SILVA, V.C.; VILEGAS, W.; SANNOMIYA, M. **Plantas medicinais abortivas utilizadas por mulheres de UBS: etnofarmacologia e análises cromatográficas por CCD e CLAE**. Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Campinas, v.15, n.4, p.763-773, 2013.

Agradecimentos

Os autores agradecem à professora Marta Regina Kerntopf por sua orientação na construção deste trabalho, a todos que fazem parte do Laboratório de Farmacologia e Química Molecular – LFQM da URCA, desde os professores até os alunos que tanto contribuíram

para que tudo fosse realizado com êxito, e à Universidade Regional do Cariri – URCA.

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS EDUCATIVOS EM GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Juliana Ferreira Lopes – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas(UNCISAL)- To.julianalopes@gmail.com

Luisa Macedo Cavalcante– UNCISAL

Autor 3 – Instituição

Autor 4 – Instituição

Autor 5 – Instituição

Autor 6 (Orientador) – Instituição

Palavras-chave:*Promoção da saúde. Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família.*

Resumo

O presente trabalho é um relato de experiência sobre a utilização de recursos educativos nas ações em grupo de Promoção de Saúde, realizadas por uma equipe de residência multiprofissional em Saúde da Família no município de Maceió. O recurso educativo é uma metodologia proveniente da área da Educação, que serve como forma de superação de práticas tradicionalistas na educação em saúde. É utilizado em todos os grupos desenvolvidos por esta equipe, e é construído a partir do planejamento de cada ação e é voltado para as características inerentes a estas, como o público alvo, a temática, o objetivo da ação, entre outras coisas. A partir da atuação do grupo percebeu-se que é um mecanismo potente para a promoção de saúde, a integração e valorização dos sujeitos e de seus conhecimentos, para a construção de vínculo entre equipe e usuários. Estas questões ocasionam em uma maior efetividade das ações, resultando em um maior engajamento dos indivíduos em práticas saudáveis.

Introdução

No Brasil a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange entre outras ações a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011). Dentro deste cenário a promoção da saúde insere-se como o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde (Gutierrez 1994,apud Gutierrez, M. et al., 1997). A promoção de saúde se baseia no compromisso e co-responsabilidade para a qualidade de vida das pessoas, quando todos devem ser participantes ativos e na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2010).

A prática de grupo é comum nos serviços de saúde, principalmente na Saúde da Família, que tem o foco de atenção integral aos usuários em seu território. Em uma pesquisa realizada por Ferreira Neto e Kind (2010) os resultados mostram que a prática de grupo ocorre por duas razões: pela organização dos serviços de saúde, e em busca da transformação das práticas de saúde tradicionais medicocentradas. A forma como a informação é passada também é algo para ser levado em conta, a pesquisa retrata que ainda existe baixo investimento nas metodologias dos grupos, muitas das práticas ainda de baseiam em palestras focadas no conhecimento técnico, quando o usuário não tem participação ativa na produção do conhecimento.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Além da ampliação dos temas trabalhados nos grupos, que venha a extrapolar questões referentes a doenças, passando a abordar aspectos do contexto de vida dos indivíduos. É importante que a metodologia trabalhada seja desenvolvida de forma que possa facilitar a produção de conhecimento para o cuidado integral e participação ativa dos usuários. Assim uma estratégia para suprir esta questão é utilização dos Recursos Educativos, que são materiais utilizados com fins didáticos para facilitar processos de ensino aprendizagem (GRAELSS (2000) apud GOMES(2007)). É uma metodologia da área da Educação, e podem ser de qualquer tipo, como filmes, jogos, programas educativos, músicas.

Potencializar recursos educativos para mediar ações de educação em saúde tem sido objetivo frequente entre pesquisadores que buscam se aproximar, cada vez mais, da idéia de que, em cada realidade é importante que sejam trabalhados seus próprios materiais educativos. Segundo Araújo (2000) é inegável que os recursos educativos para educadores e educandos tem um alto poder de fascinação e inventividade porque é sempre a partir do seu uso que ocorrem transações pessoais pondo em destaque a sensibilidade e imaginação criativa de cada um, daí a significativa relevância dos seus aspectos, quando se pensa em processos educativos em saúde.

Considerando que as políticas e pressupostos teóricos norteadores em saúde se materializam nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, Alves (2005) destaca a relevância de refletir criticamente sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa questão justifica o objetivo deste estudo, que consiste em discutir a importância da utilização de recursos educativos para a promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família através de experiências práticas de uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência descritivo, sobre a utilização de recursos educativos em ações de Educação e Promoção da Saúde, desenvolvido em atividades em grupo em uma determinada comunidade, por uma equipe de RMSF do município de Maceió, Alagoas.

O programa de RMSF caracteriza-se por ser uma pós-graduação em serviço, composto por oito categorias profissionais: Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional; a qual permite aos profissionais atuarem junto dos usuários da atenção básica, vinculando-se e trabalhando junto a equipe de Saúde da Família da comunidade local.

Os profissionais da RMSF realizam ações com grupos na comunidade entre eles: homens, crianças na idade escolar e idosos. As estratégias utilizadas são elaboradas de acordo com a idade, gênero e singularidades do grupo afim de abordar os temas pertinentes

das formas de atuação é a Educação em Saúde, que trabalha com promoção e prevenção de Saúde, que será o foco do trabalho.

Os grupos trabalhados na comunidade, iniciaram no mês de junho e estão em andamento, ocorrem semanalmente, com excessão da sala de espera e o grupo de mulheres e idosas que ocorrem duas vezes por semana, dentro da comunidade e na USF, além destes são: de homem, de adolescentes, de crianças, nas escolas. Os grupos são heterogêneos com públicos diferentes, podendo variar em relação às características dos participantes, como nível educacional, idade, ocupação, gênero.

Resultados e Discussão

A atuação da RMSF com grupos tem como base a Educação e a Promoção de Saúde, são voltados para o trabalho de temáticas relacionadas à saúde, envolvendo questões ligadas ao dia a dia dos usuários; cidadania e participação; patologias frequentes como diabetes, hipertensão, obesidade; cuidados corporais; atividades diárias; atividades culturais; entre outros temas demandados pelos usuários.

Ao trabalhar com Educação em Saúde, a equipe demandou a utilização de novas metodologias para que o objetivo das ações fossem alcançadas, e assim recorreu-se ao uso dos recursos. Para isso, a construção dos recursos demanda tempo e dedicação da equipe, não sendo um mecanismo fácil de se fazer ou de se aplicar, porém, considera-se que é atraente por serem interativos, o que torna um instrumento eficiente na promoção da saúde

A metodologia aplicada nos grupos se baseia na utilização de Recursos Educativos para trabalhar os temas das atividades. Os recursos são construídos pela equipe de residentes, e são feitos para os grupos específicos. A construção ocorre a partir do momento de definição do planejamento das atividades quando são definidos: o tema, o objetivo, o público alvo, e assim, a metodologia da atividade. É importante que estes pontos sejam levados em consideração na produção dos recursos, pois são determinantes na compreensão das temáticas, e para que a promoção de saúde seja efetiva. Esta questão fica muito clara principalmente referente ao público alvo, por exemplo, o recurso utilizado em uma atividade no ambiente escolar é diferente do recurso utilizado no grupo de adultas e idosas, ou ele pode variar dentro da própria escola dependendo da turma que será trabalhada.

Alguns exemplos de recursos produzidos pela equipe foram: 1) jogos como dominó, bingo e trilhas, que foram utilizados em diferentes

grupos com diferentes temáticas; 2) encenações teatrais dos próprios usuários e equipe; 3) jogos de perguntas e respostas; 4) circuitos, que misturavam atividade física e cognitiva; 5) músicas, envolvendo questões culturais, cognitivas, e físicas; 6) produção de cartazes pelos usuários e equipe, com síntese das discussões das atividades para a exposição do conteúdo; entre outros.

O objetivo do trabalho com os recursos é a efetividade da ação, para que os temas sejam trabalhados de forma que tenham um efeito positivo na vida dos usuários, possibilitando uma melhor compreensão e maior interesse pelos conteúdos principalmente para que eles possam interagir e participar da construção do conhecimento trabalhado.

É possível observar na utilização dos recursos, que a interação produzida permite que os temas sejam extrapolados, e o conhecimento seja construído de forma conjunta, com os usuários sendo atores desse processo. Além disso, essa interação cria um espaço de diálogo e de fortalecimento de vínculo entre usuários e equipe, o que ocasiona uma mudança nas práticas de saúde, o que gera uma constante, autônoma e libertadora produção de cuidado. Levando até mesmo a transformações no estilo de vida dos usuários, quando é resgatado a sua posição ativa dentro de suas vidas e assim no seu auto cuidado.

Conclusão

Inserir as conclusões (Arial, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais. Espaçamento 1,5

Referências

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 3. ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Araujo, M.F.M et al. AIDS/educação e prevenção: proposta metodologica para elaboração de jogos educativos. Rev.Bras.Enferm., Brasília, v.53, n.4, p. 607-613, out.dez. 2000.

Alves V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Inter- face (Botucatu) 2005; 9(16):39-52.

FERREIRA NETO, J. L., KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1119-1142, 2010.

GOMES, A. F. C. Recursos Educativos/ Recursos Didacticos. 2007.

UTILIZAÇÃO DE SURFACTANTES EM RECÉM-NASCIDOS EM UMA UTIN.

1.Aline Cristina Marques Cavalcante – FAECE Email: linecmc@yahoo.com.br

2.Fernanda Andrade Rodrigues Oliveira – PUC Brasília

3.Michelle Duarte de Carvalho – UFC

4.Raquel Silveira Mendes – UECE

5.Fernanda Cavalcante Fontenele – UFC

Palavras-chave:.Recém-nascido.SDR.Surfactante.UTIN.

Resumo

O estudo teve como objetivos identificar a utilização de surfactantes em recém-nascidos (RNs) de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), bem como caracterizar os seus perfis. Foi verificado as seguintes variáveis como: peso, IG (idade gestacional), tipo de parto, sexo, apgar, hora da administração do surfactante e quantas doses foram realizadas e o horário das doses. Os dados foram analisados pelo Microsoft Excel e através de uma análise crítica da literatura existente sobre o assunto em questão. Obteve-se uma predominância de RNs prematuros extremos que utilizaram da terapêutica com surfactante. O estudo revelou uma boa utilização do surfactante, mostrando sua eficácia.

Introdução

O período neonatal compreende os primeiros vinte e oito dias de vida do bebê, sendo o RN a termo como aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas e o recém-nascido pré-termo (RNPT) o que tem menos de 37 semanas (RAMOS, 2002).

A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. No Brasil, 7,2% dos Nascidos-vivos (NVs) foram pré-termo em 2010, variando entre 5,6% e 8,2% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,8% foi pós-termo. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no País, como Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%), o que tem sido fonte de grande preocupação. (BRASIL, 2012).

O surfactante pulmonar é sintetizado pelos pneumócitos tipo II, a partir de 20 semanas de idade gestacional e sua produção aumenta gradativamente até 35 semanas. Quanto a abordagem terapêutica, seu uso tem diminuído significativamente a morbimortalidade em RNPT com síndrome do desconforto respiratório (SDR) ou doença pulmonar das membranas hialinas. Quando administrado nesses RN, resulta numa melhora da ventilação pulmonar devido à melhora das trocas gasosas, além de ocorrer um aumento gradual na complacência pulmonar (LIMA, BRAGA, et al., 2004).

Os surfactantes exógenos podem ser de origem animal (natural) ou artificial (sintética). Admite-se que tanto os surfactantes de origem natural como sintética alteram o curso clínico da SDR, melhorando a sobrevida e diminuindo as complicações. No entanto, a resposta imediata (trocas gasosas e mecânica pulmonar) e alguns dos efeitos tardios (síndrome de escape de ar) parecem ser melhores com os produtos naturais em

relação aos sintéticos (MIYOSHI;2001).

É indicado na forma profilática ou terapêutica para o tratamento da SDR. Na profilática, o surfactante é administrado a todo RN com

menos de 30 semanas, na sala de parto, independentemente ou não de o RN necessitar de intubação traqueal.

No tratamento da SDR, o surfactante também é administrado de forma precoce (dentro das primeiras duas horas de vida) ou tardio (depois da segunda hora de vida) da SDR já estabelecida. A realização do tratamento nas primeiras duas horas de vida há uma tendência de redução do risco para displasia broncopulmonar ou morte com 28 dias de vida. Quanto mais cedo for realizado o tratamento, melhores são os resultados.

Além da SDR, o surfactante é indicado no tratamento de outras afecções como síndrome de aspiração meconial (SAM), pneumonia, hérnia diafragmática congênita, bronquiolite e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).

O surfactante deve ser administrado com o circuito do ventilador fechado, com o objetivo de se evitar perdas de pressão das vias aéreas, que determinariam colapso pulmonar (REBELLO et al ;2002). Deve ser aquecido previamente, segurando-se o frasco na palma da mão. Durante o procedimento, devem ser monitoradas a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio. Tenta-se evitar a aspiração do tubo endotraqueal por 6 horas após a administração da dose.

A história da terapêutica de reposição com surfactante exógeno se inicia em 1929 com o fisiologista alemão Neergaard. O novo salto nesta terapêutica ocorreu com Fugiwara em 1980, que utilizou, pela primeira vez, surfactante por via intratraqueal em prematuros com SDR, com melhora evidente da oxigenação, mostrando eficácia da nova terapêutica. (REBELLO et al; 2002)

No Brasil, desde 1997, o surfactante está incluído na tabela de procedimentos especiais do SUS.

Os cuidados de Enfermagem devem ser realizados antes do procedimento, durante a administração e pós-utilização de surfactante.

Antes do procedimento: reunir todo o material necessário para a administração, observar a temperatura do medicamento (deve ser administrado 30 minutos após ser retirado da geladeira), verificar a fixação do tubo endotraqueal, monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca, aspirar vias aéreas (a presença de secreções pode inibir o efeito do surfactante), e preparar o surfactante conforme prescrição médica.

Durante a administração: a administração não é feita pelo profissional enfermeiro e sim pelo neonatologista, pois uma complicação hemodinâmica grave pode ocorrer, incluindo a parada cardíaca; deve ser administrado em um tempo hábil para que o medicamento não seja devolvido através do tubo e não demasiado rápido para que obstrua; analisando o estado hemodinâmico e oxigenação.

Pós-utilização do surfactante: inclui manter sistema de Ventilação Mecânica preparada e ambusar após introduzir o surfactante por um minuto, avaliar oxigenação e hemodinâmica condição do recém-nascido, o acompanhamento da oxigenação através da saturação deve ser avaliada de forma contínua, a mudança da posição do RN com problemas respiratórios, uma melhor ventilação em decúbito ventral, manusear o RN o mínimo possível, não aspirar o tubo endotraqueal por, no mínimo, 6 horas, controlar sinais vitais e saturação de oxigênio, colher gasometria, providenciar o RX e avaliar o estado geral do RN.

Metodologia

Essa pesquisa é do tipo exploratório-descritivo com caráter prospectivo, no que se concerne ao uso de surfactantes na UTI neonatal e assim identificar os RNs que os utilizaram e seu perfil.

Theorderson (1970) descreve que a pesquisa exploratória é um estudo preliminar em que o maior objetivo é se tornar familiar com o fenômeno que se quer investigar. Esse tipo de estudo possibilita considerar diversos aspectos de um problema devido ao seu planejamento flexível e a procura de várias situações sociais, econômicas e políticas (TOMASI, IAMAMOTO, 1999). E o método descritivo é um levantamento de distinções e componentes do fato ou problema que proporcionam maior familiarização com a problemática estudada. (SANTOS, 1999)

Durante o estágio da especialização de enfermagem neonatal no Hospital Cesar Carls de Fortaleza nos meses de março e abril de 2010, foram coletados, por meio de consulta aos prontuários, os dados referentes ao uso de surfactantes nos RNs que foram internados na UTINEO II do hospital supracitado.

Foi verificado as seguintes variáveis como: peso, IG (idade gestacional),tipo de parto, sexo , apgar, hora da administração do surfactante e quantas dose foram realizadas e o horário das doses. Os dados foram coletados pelas enfermeiras autoras desse artigo.

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta normas para pesquisa que envolve seres humanos.

Os dados foram analisados pelo Microsoft Excel e através de uma análise crítica da literatura existente sobre o assunto em questão.

Resultados e Discussão

Da presente amostra, 4 (33%) eram do sexo masculino e 8 (67%) do feminino, 9 (75%) nasceram de parto abdominal e 3 (25%) de parto

vaginal. Relativo a idade gestacional, 3 (25%) apresentaram entre 30 e 36 semanas, classificados como prematuros moderados e 9 (75%) nasceram com menos de 30 semanas, classificados como prematuros extremos. Quanto ao apgar no 1º minuto, 4 (34%) obtiveram apgar 0 a 2, classificado como asfixia grave, 4 (34%), apgar 3 a 4 classificado como asfixia moderada, 3 (24%) apgar de 5 a 7, classificados como asfixia leve e apenas 1 (7%) com apgar de 8 a 10, classificado como sem asfixia. Quanto ao apgar no 5º minuto, 2 (17%), classificaram-se como asfixia moderada, 6 (50%) asfixia leve e 4 (33%) sem asfixia. Quanto ao diagnóstico, foram predominantes a SDR presente em 12 (100%), prematuridade em 11 (92%) e infecção intraparto em 7 (87%). Quanto ao número de doses de surfactante aplicadas, 6 (50%) RNs receberam 1 dose e 6 (50%) receberam 2 doses. Quanto ao horário da administração, 8 (67%) receberam antes das 2 horas de vida e 4 (33%) receberam depois das 2 horas de vida.

Conclusão

Apesar da literatura trazer um aumento do risco de SDR no sexo masculino, a amostra utilizada foi em sua maioria do sexo feminino. Houve a predominância de RNs prematuros extremos o que justifica o uso de surfactante uma vez que a produção dessa substância nesses sujeitos é escassa ou deficiente. O estudo mostrou uma boa utilização do surfactante visto que a maioria fez uso do mesmo antes das 2 horas de vida, momento no qual ele se mostra mais eficaz.

O RN é um ser indefeso, e que no período neonatal, requer cuidados especiais, na sua maioria de competência da enfermagem, considerando suas necessidades. Enfatiza-se a atuação do enfermeiro na unidade neonatal prestando os cuidados necessários à administração de surfactante e avaliando atentamente a qualidade das trocas gasosas efetuadas pelo RN através dos sinais clínicos, uma vez que é um dos profissionais que está mais próximo do bebê. Cabe ao enfermeiro e sua equipe continuar com o trabalho em conjunto, reforçando no cuidado ao recém-nascido internado em unidade neonatal.

Referências

- BRASIL, M. S. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde. Cuidados Gerais*. ed. 2ª. v.1. Brasília- DF, 2012.
- FREDDI, N. A., FILHO, J.O.P., FIORI, H.H. *Terapia com surfactante pulmonar exógeno em pediatria*. Jornal de Pediatria, v.79, n. 2, RJ, 2003.
- GOMELLA e col. *Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal*. Porto Alegre: Artmed, 2006. 5ª edição.
- LEONE, C. R. ; TRONCHIM, D. M. R. *Assistência integrada ao recém-nascido*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- LIMA, G. S.; BRAGA, T. D. A.; MENEZES, J. A. (Coordenadores). *Neonatologia: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan A.S., 2004.
- MIYOSHI, M.H. *Terapêutica de reposição de surfactante*. Jornal de Pediatria, v.77, n. 1, RJ, 2001.
- RAMOS, J.L.A. O recém-nascido normal. In: Marcondes et al. *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier, 2002.
- REBELLO, C. M., PROENÇA, R.S.M., TROSTER, E.J., JOBE, A.H. *Terapia com surfactante pulmonar exógeno – o que é estabelecido e o que necessitamos determinar*. Jornal de Pediatria, v.78, n. 2, RJ, 2002.
- SANTOS, I.; TAVRES, CMM. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. RJ.GR, 1999 ap. 01, p. 17.
- TAMEZ, R.N., SILVA, M.J. *Enfermagem na UTI Neonatal*. Segunda edição. Guanabara Koogan, 2002
- THEODORSON, G.A; THEODORSON, A.G. *A modern dictionary of sociology*. New York: Crowell, 1970
- TOMASI, N.G.S.; YAMAMOTO, R.M. *Metodologia da pesquisa em saúde: Fundamentos Essenciais*. Curitiba: As autoras, 1999.

Agradecimentos

À Professora Ms Fernanda Fontenele, por seu acolhimento e interesse ao orientar.

Ao Hospital , que disponibilizou o cenário de pesquisa, oportunizando a realização deste estudo.

Aos enfermeiros da UTIN, com sua recepção e apoio durante as coletas de dados.

UTILIZANDO INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO QUALITATIVO.

Marcos Paulo Ildefonso – Universidade de Fortaleza marcospauloi@hotmail.com

José Cláudio Bandeira de Araújo Júnior – Universidade de Fortaleza

Danilo Pinheiro (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Avaliação familiar. Genograma. APGAR. FIRO. PRACTICE.

Resumo

Tendo em vista que o conceito atual de saúde inclui, além de determinantes biológicos, a interação de fatores físicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais, é indiscutível a importância dos diversos níveis de organização do homem no processo saúde-doença, havendo especial destaque à família. Nesse contexto, é necessário que o médico encare a família dos pacientes como contexto-problema e como recurso terapêutico e conheça métodos que o auxiliem a avaliá-las. Para isso, existem ferramentas que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e com a comunidade. Este trabalho objetiva principalmente demonstrar a aplicabilidade de alguns desses instrumentos. Foram utilizados Genograma, APGAR Familiar, PRACTICE e FIRO. Além de avaliar pontualmente as características da família, todos os instrumentos utilizados tiveram grande papel de guia na comunicação com a entrevistada. O APGAR Familiar se mostrou como uma boa forma de triagem antes de se aprofundar na entrevista, pois em pouco tempo pôde-se dar uma nota que sugeriu disfuncionalidade. Ao montar o Genograma, foi possível notar padrões de morbidades e de comportamentos que dificilmente teriam destaque sem o apelo visual desse apetrecho. O PRACTICE foi um diferencial no decorrer do diálogo, mostrando, por exemplo, a divergência entre o conceito de problema principal para o médico e para a entrevistada. O FIRO foi fundamental para reforçar assuntos que já tinham sido trazidos na discussão. Sendo aplicados juntos, esses instrumentos mostraram se complementar para uma rica análise da família em questão.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços da Atenção Primária em Saúde peculiar do SUS cujo foco de atenção é o coletivo. Nesse modelo, entende-se que os indivíduos estão inseridos em famílias que, por sua vez, estão inseridas em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Nessa estratégia, busca-se entender a família em seu espaço social, rico em interações e conflitos. (ANDRADE, et al, 2006).

Tendo-se uma visão sistêmica de tratamento dos problemas de saúde, faz-se necessário que o médico conheça métodos e técnicas de avaliação de famílias e encare a família do paciente como contexto-problema e recurso terapêutico (FALCETO, FERNANDES E

WARTCHOW, 2006). Ditterich (2009) afirma que existem momentos-chave que podem e devem ser explorados, como a ocasião de cadastro das famílias, as mudanças no ciclo de vida delas ou o surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto entre seus membros.

O questionário APGAR Familiar tem como vantagens o número reduzido de itens e a facilidade na sua aplicação. Esse instrumento é constituído por cinco perguntas relativas a certos componentes da função familiar: A - Adaptação (*adaptation*), P - Participação (*participation*), G - Crescimento (*growth*), A - Afeição (*affection*), R - Resolução (*resolution*). Há três possibilidades de respostas para cada afirmativa (quase sempre, às vezes ou raramente), e uma pontuação que varia de zero a dois pontos. Dependendo do somatório final dos pontos das cinco perguntas, haverá uma classificação para a família: família funcional (7-10 pontos), família disfuncional leve (3-6 pontos) ou família disfuncional grave (0-2 pontos). As afirmativas são as seguintes: estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando; estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas; sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida; estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor; estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos. (SOUSA, et al, 2011)

O genograma, de acordo com Sousa (2011), representa a estrutura familiar interna, tendo como objetivo reunir em uma representação gráfica informações dos membros da família e suas relações. Essa ferramenta também mostra graficamente o padrão de repetição das relações familiares e as doenças que costumam ocorrer, podendo ser usado como fator educativo, pois permite ao paciente e à sua família ter a noção das repetições dos processos que vêm ocorrendo (DITTERICH, et al, 2009). O desenho é traçado a partir de símbolos gráficos, do lado dos quais são anotados data de nascimento, eventos importantes, patologias e nome dos pacientes (MOYSÉS, et al, 1999). Devem ser anotadas todas as informações consideradas pertinentes pelo profissional de saúde da família, como problemas de saúde, situações sociais/existenciais, hábitos/estilo de vida, etc. (DITTERICH, 2009).

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. representa o acróstico das seguintes palavras: Problema apresentado (*problem*); Papéis e estrutura (*roles and structure*); Afeto (*affect*); Comunicação (*communication*); Tempo no ciclo de vida (*time in life cycle*); Doenças na família (*illness in family*); Lidando com o stress (*coping with stress*); Meio ambiente ou ecologia (*environment or ecology*). Sendo guiado por essas palavras, é possível colher informações sobre a auto percepção dos problemas apresentados, sobre o desempenho dos papéis de cada membro familiar, sobre como é demonstrado o afeto entre os familiares, sobre como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família, sobre a relação entre as tarefas esperadas em determinado momento do ciclo de vida e o problema apresentado, sobre como se lidou com as morbidades atuais e passadas, sobre os recursos internos à família que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual e sobre os tipos de sustentação social familiar, respectivamente. (DITTERICH, et al, 2009)

O modelo F.I.R.O (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*) avalia três dimensões das relações familiares: a inclusão, o controle e a intimidade. A inclusão diz respeito à interação dentro da família para sua vinculação e organização, desvendando quem está fora e quem está dentro do contexto familiar apresentado. O controle se refere às interações do exercício de poder dentro da família, podendo ser identificados o controle dominante, o controle reativo ou o controle colaborativo. Já a intimidade se refere às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, ao modo de compartilhar sentimentos, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares. (DITTERICH, et al, 2009)

Metodologia

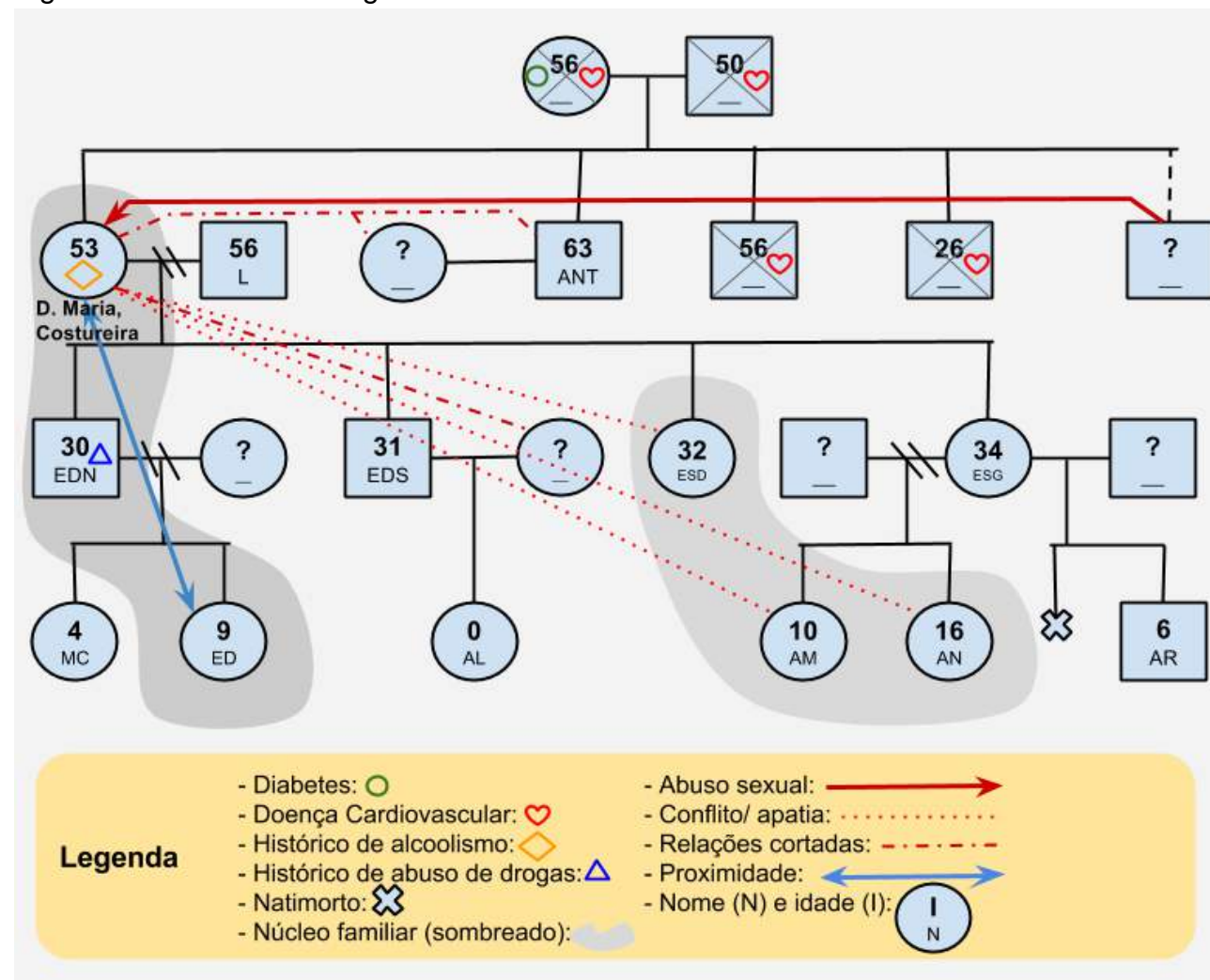
O presente estudo foi fundamentado numa abordagem qualitativa do gênero investigativo descritivo. Foi realizado durante a disciplina Ações Integradas em Saúde I, a qual consta na grade do primeiro semestre do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. No início de 2013, foram feitas visitas domiciliares a famílias residentes na Comunidade do Dendê, localizada em Fortaleza-CE. Posteriormente, foi escolhida uma das famílias para um maior aprofundamento no núcleo familiar. Para essa escolha, foram levados em consideração as peculiaridades mostradas por cada família, assim como seu interesse e disponibilidade de tempo para colaborar com a atividade. Na família em questão, inicialmente houve um relato da história familiar pela matriarca, Dona Maria, a qual será nossa entrevistada-chave. Em seguida, foi construído um Genograma e foram aplicadas as ferramentas de avaliação familiar APGAR Familiar, P.R.A.C.T.I.C.E e F.I.R.O.. A entrevista realizada foi autorizada, assim como a posterior utilização dos seus dados, sendo respeitado o sigilo das informações - o nome de Dona Maria será mantido por ser considerado um nome comum.

Resultados e Discussão

Dona Maria respondeu "raramente" a todas as afirmativas do APGAR Familiar. O somatório de pontos para esse resultado é de zero, o que, segundo Sousa (2011), sugere um quadro de família disfuncional grave. Essa situação pode explicar o porquê de essa ferramenta ser a mais utilizada no estudo de famílias (SOUSA, et al, 2011): com apenas cinco afirmativas, em poucos minutos foi possível suspeitar de algum empecilho no bom funcionamento familiar. A partir das respostas objetivas dadas pela entrevistada, também foi possível abordar cada um dos pontos com o intuito de compreender melhor a dinâmica daquela família. Ou seja, além de ter funcionado como triagem, esse instrumento também ajudou a conduzir o diálogo sobre a família de Dona Maria.

Montando-se o genograma (Figura 1) foi possível identificar um padrão familiar de óbito por causas cardíacas, o que, de acordo com a *American Heart Association*, aumenta o risco cardiovascular da família. O genograma também evidenciou certas peculiaridades desse núcleo familiar: trata-se de uma família ampliada monoparental com algumas crises não-previsíveis no seu desenvolvimento. O fato de Dona Maria - assim como o filho e uma das filhas - ser mãe solteira deve chamar a atenção para a possibilidade de sobrecarga, de falta de apoio e de intimidade com outro adulto, o que poderia tornar a família isolada e, conseqüentemente, em risco (FALCETO, FERNANDES E WARTCHOW, 2006). Especialmente frequente nas classes populares, a família ampliada é detectada no genograma pelo número de linhas de gerações presentes na mesma casa, podendo ter conflitos nos exercícios dos papéis de cada membro. Já sobre as crises imprevistas evidenciadas por essa ferramenta, pode-se destacar o número considerável de mortes ocorridas - incluindo o recente neto natimorto de Dona Maria -, além de ruptura conjugal prematura e abuso sexual. Ainda no genograma, é possível observar a prevalência de relações negativas (desacordo, apatia, relações cortadas, representadas por linhas vermelhas) sobre as positivas (proximidade, representada por linha azul).

Figura 1: Genograma da família de Dona Maria – Fortaleza, CE - 2013



Sendo guiados pelo P.R.A.C.T.I.C.E. foi possível se aprofundar ainda mais na dinâmica dessa família. **PROBLEMA APRESENTADO:** escolhendo-se uma das situações apresentadas para ser o principal problema, escolheríamos a falta de comunicação/apoio entre seus membros, pois esse fator interfere diretamente na resolução das crises do desenvolvimento familiar, que, se não forem bem solucionadas, podem ser o precipitante de transtornos físicos e psíquicos (FALCETO, FERNANDES E WARTCHOW, 2006). No entanto, Dona Maria apontou a homossexualidade da filha como o principal problema atual, o que cumpre o objetivo dessa etapa do instrumento, que, de acordo com Ditterich (2009) avalia a auto percepção dos problemas apresentados. **PAPÉIS E ESTRUTURA:** cabe a Dona Maria a responsabilidade pela integração, mesmo que precária, da família. A matriarca relata que esse papel sempre foi dela, já que seu ex-marido era totalmente alheio à criação dos filhos. Nesse momento, ela explica a possível origem da falta de carinho e atenção dada aos filhos à criação que recebeu dos pais - o que, segundo ela, também reflete nas relações de todos os membros da família. A responsabilidade financeira é dividida entre ela e os dois filhos, já a limpeza da casa é feita pela filha mais velha com ajuda das netas e uma delas tem importante papel integrador entre os membros da família, pois "desde pequena se mostrou uma pessoa muito boa, que gosta de conversar". **AFETO/COMUNICAÇÃO:** a demonstração de afeto entre os familiares é precária. A neta de Dona Maria frequentemente demonstra seu carinho pela avó, mas nas relações com/entre os demais prevalece a indiferença. O mesmo acontece na comunicação, em que a maioria das decisões são tomadas por Dona Maria, havendo participação dos outros apenas quando eles têm algo a reclamar. **TEMPO NO CICLO DE VIDA:** é difícil decidir em qual momento do ciclo de vida essa família se encontra, por ser ampliada. Assim, utilizando-se a classificação de Moysés et al (1999), é possível encontrar características de uma família com crianças em idade escolar, família com adolescentes e família envelhecendo. Os eventos de cada uma dessas fases interferem no processo saúde-doença, mas são altamente previsíveis. Dessa forma, é possível orientar essa família sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar, sobre como lidar com a sexualidade tanto das crianças quanto de adolescentes, sobre a importância da autonomia do jovem, sobre drogas e sobre a relevância da manutenção dos interesses individuais dos membros mais velhos. Antecipando-se o enfrentamento dos problemas, fica mais fácil de lidar com eles. **DOENÇAS NA FAMÍLIA:** Dona Maria não recordou nenhuma doença atual ou passada na família. Para avaliar esse ponto, foi mais útil a construção do genograma. **LIDANDO COM O STRESS/ MEIO AMBIENTE E ECOLOGIA:** a principal ferramenta terapêutica interna à família pareceu ser a neta de Dona Maria, que tem um bom relacionamento com todos. Externamente, há outros filhos que os visitam com frequência, porém não há uma grande quantidade de familiares. A religião se mostrou como um importante suporte para os adultos desse núcleo familiar, pois, apesar de frequentarem igrejas diferentes, todos os adultos da casa participam dessas instituições e tiveram mudanças comportamentais depois que iniciaram

essa atividade, embora não necessariamente haja uma relação direta de causalidade - o filho de Dona Maria deixou de usar drogas, Dona Maria deixou de beber e de fumar e a filha mais velha deixou de ser homossexual (de acordo com Dona Maria).

O modelo F.I.R.O ajudou a reforçar muitas das informações que já haviam sido colhidas com as outras ferramentas. Em relação à inclusão, percebe-se um modelo familiar fragmentado, onde todos estariam fora do contexto familiar, pois os membros passam o dia separados (trabalhando ou na escola) e, quando estão em casa, não se reúnem nem para as refeições. O controle demonstra ser dominante, haja vista que Dona Maria toma todas as decisões da casa, como consequência da falta de vontade dos outros membros da família em participar. No geral, a intimidade é reduzida na família, não se compartilham sentimentos, esperanças ou frustrações. Além disso, não se observam iniciativas de aproximação, ocorrendo forte distanciamento entre os familiares.

Conclusão

Diante do exposto, ficam claros os pontos positivos dos instrumentos utilizados, indo além dos já expostos pela literatura usada como base na construção desse trabalho. Além de avaliar pontualmente as características da família, todos os instrumentos utilizados tiveram grande papel de guia na comunicação com a entrevistada. O APGAR Familiar se mostrou como uma boa forma de triagem antes de se aprofundar na entrevista, pois em pouco tempo pôde-se dar uma nota que sugeriu disfuncionalidade. O profissional de saúde deve encarar um resultado negativo no APGAR como um motivo para se aprofundar ainda mais na dinâmica familiar. Ao montar o Genograma, foi possível notar padrões de morbidades e de comportamentos que dificilmente teriam destaque sem o apelo visual desse apetrecho, como o grande número de óbitos na família, as morbidades cardíacas e a surpreendente quantidade de relações negativas entre os membros. O PRACTICE foi um diferencial no decorrer do diálogo, mostrando, por exemplo, a divergência entre o conceito de problema principal para o médico e para a entrevistada. O FIRO foi fundamental para reforçar assuntos que já tinham sido trazidos na discussão, como a falta de interação e de apoio entre os moradores da mesma casa. Sendo aplicados juntos, esses instrumentos mostraram se complementar para uma rica análise da família em questão, permitindo que as decisões médicas envolvidas com esse núcleo familiar possam ser tomadas com bases sólidas, sendo mais efetivas e eficientes.

Referências

ANDRADE, L.O.M; et al. A Estratégia Saúde da Família. In: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ED, Editora Artmed, Porto Alegre, Cap. 7, p.88 - 100, 2004.

DITTERICH, Rafael Gomes; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSES, Samuel Jorge. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saude soc.*, São Paulo , v. 18, n. 3, Sept. 2009 .

FALCETO, O.G.; FERNANDES, C.L.; WARTCHOW, E.S.. O Médico, o Paciente e sua Família. In: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ED, Editora Artmed, Porto Alegre, Cap. 10, p.115 - 124, 2004.

MOYSÉS, S.T.et al. Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma: uso em saúde da família. *Revista Médica do Paraná*, Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 1999.

PEREIRA, Amanda Priscila de Souza et al . O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família.*Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 62, n. 3, June 2009.

SOUSA, Francisca Georgina Macêdo; FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*,11(1): 60-63, jan-abr, 2011.

Agradecimentos

Agradecemos aos professores e monitores da disciplina Ações Integradas em Saúde I por sua atenção e disponibilidade, assim como aos moradores da Comunidade do Dendê, por contribuírem para a realização deste trabalho e para a melhor formação dos acadêmicos de Medicina da Universidade de Fortaleza.

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR ADOLESCENTES GESTANTES E SUAS REPERCUSSÕES: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Maria do Carmo Campos Pereira – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Noletto – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Anderson da Silva Sousa – Hospital Regional Norte/ PI

Palavras-chave: *Adolescente. Gravidez. Bebidas alcoólicas. Enfermagem.*

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo refletir acerca do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes gestantes e suas repercussões para o conceito, além de elencar as principais estratégias de promoção e prevenção da saúde destinada a esse público para a diminuição desse problema que assola a população. Assim esse trabalho trata-se de uma reflexão teórica que se estruturou por meio de uma revisão da literatura. Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. Os resultados afirmaram que o álcool traz inúmeras consequências para o rebento, consequências estas que afetam de diversas formas tanto de forma moderada quanto mais grave. Os artigos demonstram que o enfermeiro deve prestar assistência à saúde do adolescente sempre com abrangência interdisciplinar, promovendo o trabalho em conjunto com as famílias e as comunidades atuando como educador nas suas diversas necessidades. O profissional deve promover uma prática de saúde na comunidade, através de visitas domiciliares, escolas, associações e nas instituições colaborando na mudança de hábitos prejudiciais à sua saúde, atuando principalmente como educador estimulando o autocuidado do jovem em relação à sua saúde. Conclui-se que a bebida alcoólica está acessível a população como um todo, porém o adolescente está predisposto a consumir devido a idade, meio social, etc. Além disso, percebeu-se que as consequências desse uso em mulheres grávidas pode ser avassalador, tanto para ela quando para o feto/ recém nascido, podendo trazer inúmeras consequências, em casos mais graves até causar o óbito fetal.

Introdução

Dados recentes apontam que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, particularmente entre os jovens, é um relevante problema de saúde pública (LARANJEIRA et al, 2007). Pois trata-se de um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar expressivamente o risco de o indivíduo se tornar um consumidor crônico ao longo da vida (STRAUCH et al, 2009).

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens, entre os quais evidenciam-se acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta juntamente com o comportamento de risco no âmbito sexual e transmissão do HIV e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida, e das vias de administração (BRASIL, 2004).

Ao mencionar ao consumo de álcool por adolescentes, é apropriado lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente proíbe a venda de qualquer tipo de bebida alcoólica para menores de 18 anos. O motivo disto é que o uso dessa droga pode levar ao alcoolismo, uma doença grave que atinge 12,3% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos. Entre os adolescentes de 12 a 17 anos, a taxa de alcoolismo é de 7,0% (BRASIL, 2010).

A predominância do alcoolismo entre mulheres ainda é consideravelmente menor que a encontrada entre os homens, apesar disso o consumo abusivo e/ou a dependência do álcool trazem, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e a vida social da mulher.

Estudos demonstram que cada vez mais aumenta o consumo de álcool pela população feminina e, em consequência disso, grande parcela de mulheres e seus fetos são expostos a doses variáveis desse agente. As que bebem moderadamente têm maior chance de parar ou reduzir seu consumo durante o período de gestação, porém, entre as bebedoras mais assíduas, dois terços diminuem o consumo e um terço continua a abusar do álcool durante toda a gestação (PARACKAL; PARACKAL; HARRAWAY, 2013).

Em algumas situações, para a adolescente, a descoberta da gestação não se constitui, porém, motivo para a interrupção do consumo de álcool, esquecendo-se que esse comportamento produz danos não só para si, mas para a vida que está sendo gerada (FIORENTIN; VARGAS, 2008).

Estudo sobre o perfil sociodemográfico de gestantes adolescentes, mostra que, em relação à ingestão de álcool, 26,6% admitiram ter ingerido, pelo menos em uma ocasião, durante a gestação, sendo 2,8% de forma abusiva (VELOSO; MONTEIRO, 2005). Entretanto, a confirmação do consumo de álcool na gestação nem sempre é fácil, provavelmente pelo constrangimento da mulher em informar o uso e pelo despreparo do profissional para investigar adequadamente ou valorizar as queixas

compatíveis com o hábito de beber. Além disso, essa restrição inviabiliza qualquer meio de apoio, educação em saúde ou orientações de conscientização.

Com base na problemática exposta, esse trabalho tem como objetivo refletir acerca do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes gestantes e suas repercussões para o conceito, além de elencar as principais estratégias de promoção e prevenção da saúde destinada a esse público para a diminuição desse problema que assola a população.

Metodologia

Trata-se de uma reflexão teórica que se estruturou por meio de uma revisão da literatura. Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado.

Para elaboração deste estudo, pautados na metodologia de elaboração de revisões, percorreram-se as etapas: formulação da questão norteadora; coleta de dados; avaliação; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados (COOPER, 1982).

Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) , Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados de Enfermagem (BDENF) com a combinação dos descritores específicos: bebidas alcoólicas and gravidez.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para esta revisão foram: artigos na íntegra, publicados nos últimos 5 anos (2009 a 2013) e de acordo com a temática proposta pela presente pesquisa. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, artigos que não respondiam a questão norteadora e não se enquadravam no período estipulado.

Inicialmente para seleção dos artigos utilizou-se a combinação das palavras-chave descritas acima e delimitou-se o ano de publicação, nessa seleção inicial encontrou-se 36 artigos, sendo SciELO (5), LILACS (28) e BDENF (3), após a leitura minuciosa dos resumos e aplicação dos critérios de exclusão restou-se uma amostra final de 12 artigos SciELO (2), LILACS (8) e BDENF (2) para a análise final.

Resultados e Discussão

Estudos realizados a respeito do uso de álcool pela mãe afirmam que este poderá trazer consequências sobre o embrião e feto sendo por isso carregada de riscos com consequências irreversíveis no desenvolvimento destes (CLARO, 2012). A Dificuldade de estabelecer diagnóstico de desordens fetais alcoólicas é descrita no estudo de Claro (2012).caracterizada pela necessidade de levantar o histórico da paciente. Associada ao fato de que a maioria dos casos se mostram assintomáticos por determinado tempo. Indivíduos acometidos apresentam como critérios diagnósticos: exposição pré-natal ao álcool, dismorfismocrânio-facial, deficiência de crescimento (baixa estatura) e acometimento do sistema nervoso central (SANTOS, 2009).

Quando esse uso de álcool acontecesse por adolescentes grávidas esse quadro se intensifica, pois se torna mais prejudicial tendo em vista as várias repercussões diretas para o feto (CARRE, 2011). O consumo de álcool na gestação está associado ao aumento do número de abortos e a fatores comprometedores do parto, como risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, prematuridade do trabalho de parto e líquido amniótico meconial FREIRE et al, (2005). O uso e o abuso do álcool durante a gravidez devem ser motivo de grande preocupação e acurada investigação por parte dos profissionais de saúde que assistem as mulheres no pré-natal (LARANJEIRA, 2007).

Os mecanismos pelos quais o álcool afeta o conceito ainda não estão completamente esclarecidos ainda que seus resultados nocivos sejam amplamente encontrados na população e representados na literatura. Dentre as comorbidades descritas nos estudos destacou-se a Síndrome Alcoolica Fetal (SAF) e o baixo peso do Recém Nascido (RN) (SILVA, 2011).

O baixo peso no RN foi relacionado em 26,3% dos casos analisados no (SILVA, 2011), esta condição acarreta em uma série de risco à saúde do RN como: imunodepressão, anemia, doenças cardiovascular e neurológicas, a diminuição no período do sono REM e alterações do desenvolvimento dos movimentos grosseiros (SILVA, 2011), (MESQUITA, 2009). O estudo de Mesquita (2010) traz que o consumo materno de álcool por um determinado período de tempo leva à diminuição da ingestão de leite pela criança, agravando o quadro de baixo peso.

Em relação à SAF A probabilidade de acometimento do recém-nascido (RN) e a gravidade da síndrome dependerão da dose de álcool consumida pela gestante, seu padrão de consumo, metabolismo e da alcoolemia materna e fetal, saúde materna, período gestacional de exposição fetal e suscetibilidade genética materna e fetal (SOUZA, 2012). O estudo de Mesquita (2010), avalia que os riscos trazidos pela ingestão alcoólicas são de conhecimento das gestantes estudadas e portanto evitáveis.

Os padrões de consumo das gestantes são analisados em todos os estudos, uma vez que o padrão é um fator determinante para o desenvolvimento de sequelas nos recém nascidos. É de acordo entre a literatura que não existem níveis seguros para a ingestão de álcool durante o período gestacional, sendo recomendada a total abstinência (CLARO, 2012), (SILVA, 2011). Em todos os estudos, o ato de binge drinking foi relatado, sendo um padrão de consumo de alto risco e positivamente relacionado com a redução do crescimento pré-natal (peso e perímetro cefálico) e diminuição da acuidade visual, além de asfixia neonatal (SOUZA, 2012).

O acompanhamento pré-natal foi realizado pela maioria das mulheres analisadas (SANTOS, 2009) permitindo um

acompanhamento estreito dos hábitos das gestantes. Revelando altas taxas de consumo de bebidas alcoólicas por puerperas, principalmente nas menores faixas etárias, as puérperas que consumiram álcool nos três meses antes da gestação e no primeiro trimestre foram significativamente mais novas que as não consumidoras.

As puérperas que consumiram álcool tiveram o início do pré-natal mais tardio (CLARO, 2012). Souza (2012), traz dados que mostram que um 2/3 das gestantes deixa de beber depois do diagnóstico de gravidez, isso mostra a necessidade de intensificar-se, durante as consultas de pré-natal, à busca pelo diagnóstico do uso do álcool para posterior aconselhamento.

Mesquita (2010) e Santos (2009) casos de SAF foram diagnosticados tardiamente devido à o despreparo da equipe médica em diagnosticar e tratar a síndrome. A escassez de artigos publicados com a temática reafirma a necessidade da educação continuada e especializada para médicos e enfermeiros que trabalhem em contato com mulheres gestantes.

Artigos demonstram que o enfermeiro deve prestar assistência à saúde do adolescente sempre com abrangência interdisciplinar, promovendo o trabalho em conjunto com as famílias e as comunidades atuando como educador nas suas diversas necessidades (TORRES, 2001).

O profissional deve promover uma prática de saúde na comunidade, através de visitas domiciliares, escolas, associações e nas instituições colaborando na mudança de hábitos prejudiciais à sua saúde, atuando principalmente como educador estimulando o autocuidado do jovem em relação à sua saúde.

O enfermeiro, enquanto educador necessita ser um facilitador e, ao mesmo tempo, um ouvinte que leve em conta os conhecimentos do adolescente adotando uma postura compreensiva visando buscar soluções em conjunto com a família. Ele deve atuar junto com a equipe multidisciplinar, na promoção de saúde e prevenção das doenças, exercendo seu papel de educador, criando um vínculo de confiança com os adolescentes. Para isso o enfermeiro necessita ouvir e valorizar os sentimentos e as várias preocupações dos adolescentes e sua família.

Conclusão

Conclui-se que a bebida alcoólica está acessível a população como um todo, porém o adolescente está predisposto a consumir devido a idade, meio social, etc. Além disso, percebeu-se que as consequências desse uso em mulheres grávidas pode ser avassalador, tanto para ela quanto para o feto/ recém nascido, podendo trazer inúmeras consequências, em casos mais graves até causar o óbito fetal.

Neste sentido a equipe de saúde, em especial o enfermeiro tem fundamental importância, pois é ele que está mais presente na comunidade, conhecendo os medos, anseios, etc. Assim buscando elaborar estratégias que visem conscientizar essas adolescentes a não consumirem bebidas alcoólicas, nem antes, e principalmente durante a gestação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/. 2.ed. rev. ampl.– Brasília, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Drogas: Cartilha álcool e jovens Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido /coordenadora Conceição Aparecida de Mattos Segre. -- São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

CARRE, E. W. Consequences of prenatal alcohol exposure. *Advances in Neonatal Care*, v. 5, n.4, p. 217–229, 2005.

CLARO, H. G.; et al. Assessing the impact of alcohol, tobacco and illegal drugs on miscarriage among pregnant women in São Paulo, Brazil. *Rev. Ter. Ocup. Univ.* v. 23, n. 3, p. 223-9. 2012.

COOPER, H. M. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage; 1984.

FIORENTIN CF, VARGAS D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas*. v. 2, n.2, p:1-13, 2008.

FREIRE TM, MACHADO JC, MELO EV, MELO DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v.27, n.7, p:376-81, 2005.

LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. In:

ANTIDROGAS, Brasília, 2007.

MESQUITA, M. A. The effects of alcohol in newborns / Efeitos do álcool no recém-nascido Einstein (São Paulo); v.8. n.3, 2010.

MESQUITA, M. A.; SEGRE, C.A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. Ver Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. v.19, n.1, p: 63-77, 2009.

PARACKAL, S. M.; PARACKAL, M. K.; HARRAWAY, J. A. Prevalence and Correlates of Drinking in Early Pregnancy Among Women who Stopped Drinking on Pregnancy Recognition. Matern Child Health J. v. 17, p. 520–529, 2013.

SOUZA, L. H.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors]. Rev Bras Ginecol Obstet. v.34, n.7, p:296-303, 2012.

STRAUCH, E. S, et al. Uso do álcool por adolescentes: estudo de base populacional. Rev Saúde Pub, v.43, n.4, p:647-55, 2009.

SANTOS, E. S, SANTOS AMG. Síndrome alcoólica fetal. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 182-185, out./dez. 2009.

SILVA, I. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. Rev. Saúde Pública. v.45, n.5, São Paulo, 2011.

TORRES, L. C. B. et al. Saúde do adolescente: manual do professor.
Curitiba, p.1-11, 2001.

VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.21 n.1 Ribeirão Preto, 2013.

Agradecimentos

OS AGRADECIMENTOS VÃO PARA A ORIENTADORA PELO APOIO E ENSINAMENTOS QUE FORAM DISPONIBILIZADOS POR ELA NO DECORRER DA ELABORAÇÃO DESSE TRABALHO.

USO DA METODOLOGIA DE PROBLEMATIZAÇÃO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Bruna Bárbara Fernandes Moura – Universidade de Fortaleza. Email: brunafernandes@edu.unifor.br

Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza.

Amanda Paula Josué – Universidade de Fortaleza.

Elitaianne Keite Moreira de Sousa – Universidade de Fortaleza.

Ingrid Thaís Lopes de Sousa – Universidade de Fortaleza.

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Fatores de risco. Programas de rastreamento. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na realização de um circuito para rastreamento dos fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV). Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaram do estudo usuários que aguardavam atendimento na sala de espera e profissionais da referida instituição. Realizou-se um circuito, em um ambiente privativo da unidade de saúde. O circuito foi constituído por sete etapas: 1. Registro do paciente; 2. Aferição do Peso e altura; 3. Cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC); 4. Aferição da Pressão arterial; 5. Aferição da Circunferência abdominal; 6. Aferição da Glicemia; e 7. Orientações gerais ao paciente. O circuito ocorreu em três dias de atendimento da unidade, no mês de abril de 2014, e teve duração de três horas. Observou-se que os usuários apresentavam parâmetros, considerados, de risco para as DCV. O circuito destacou-se como uma metodologia ativa simples, eficaz e de baixo custo para o rastreamento de fatores de risco para as DCV.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade do mundo. Entre as DCNT, destacam-se as Doenças Cardiovasculares (DCV), consideradas um grande problema de saúde pública (MAGALHÃES et al., 2014). No Brasil, esse grupo de enfermidades totalizou 30,7% dos óbitos em 2011 (BRASIL, 2012).

O impacto das DCV é maior em países em desenvolvimento, como o Brasil, pois contribuem mais sobre o seu ônus, em relação aos países desenvolvidos. Há previsão de que nos países desenvolvidos o risco de morte deve aumentar 20% até 2020, naqueles em desenvolvimento deverá dobrar. Se forem mantidas as atuais proporções, o Brasil terá as maiores taxas de novos eventos do mundo nas próximas décadas (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010).

Ressalta-se que, para a redução da incidência, prevalência e mortalidade dessas doenças, faz-se necessário a prevenção de fatores de risco associados a estes agravos, bem como realização do rastreamento de indivíduos para identificação precoce. O monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV permitem a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Evidencia-se, portanto, a importância da utilização das Metodologias Ativas (MA), estratégias de ensino que objetivam a busca do saber em enfermagem aproximando a prática assistencial da educacional, visto que o enfermeiro utiliza o processo ensino-aprendizagem em todas as suas ações de cuidado. As MA baseiam-se em problemas e, atualmente, duas se destacam: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problematização (MP) (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

A MP é um modelo de ensino que estimula a transformação social através de uma prática conscientizadora e crítica. Os problemas estudados precisam de um cenário real, para que a construção do conhecimento ocorra a partir da vivência de experiências significativas (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007). Assim, essas metodologias de ensino permitem que o enfermeiro desenvolva habilidades para atuar na reorganização dos serviços e promoção da saúde, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O interesse pela temática surgiu enquanto acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Enfermagem em Saúde Pública II, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada. Obteve-se como finalidade apresentar o circuito, como uma opção de MA, no rastreamento dos fatores de risco para as DCV.

Neste interim, objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na realização de um circuito para rastreamento dos fatores de risco para DCV.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaram do estudo usuários que aguardavam atendimento na sala de espera e profissionais da referida

instituição.

Foi realizado um circuito, em ambiente privativo, climatizado, dentro da própria unidade de saúde. O circuito foi constituído por sete etapas. Cada etapa era constituída por um a dois académicos de enfermagem que, sob a orientação da professora tutora, coletaram dados referentes ao sexo, idade, peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência Abdominal (CA), Pressão Arterial (PA), glicemia; e foram realizados orientações gerais e encaminhamentos nos casos de indivíduos com alterações nos seus parâmetros.

O circuito ocorreu em três dias de atendimento da unidade, no mês de abril de 2014, e teve duração de três horas. Insumos para a realização desta atividade foram fornecidos pela unidade de saúde. Os achados encontrados no estudo foram analisados de forma descritiva.

Ressalta-se que os aspectos éticos e legais foram contemplados, visto que este estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

O rastreamento de fatores de risco para DCV configura-se como uma importante estratégia para a mudança do eixo da atenção para a promoção da saúde e a vigilância desta voltada às comunidades. Assim, a implementação de programas de intervenção de base comunitária destacam-se como metodologias eficazes por permitirem o acesso à informação e educação em saúde, instrumentos essenciais para a assistência de enfermagem.

A realização do circuito foi dividida em sete etapas: 1. Registro do paciente (sexo e idade); 2. Aferição do Peso e altura; 3. Cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC); 4. Aferição da Pressão arterial; 5. Aferição da Circunferência abdominal; 6. Aferição da Glicemia; e 7. Orientações gerais ao paciente.

A idade e o sexo apresentam estreita relação com a ocorrência de DCV. Ambos são fatores de risco importantes por contribuírem para o aparecimento de patologias que levam ao aparecimento de DCV, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (FARIAS et al., 2009). Estudo recente verificou que, de 6.292 pacientes hipertensos, o sexo masculino foi prevalente com idade abaixo de 50 anos, e teve como fatores de risco associados à obesidade e a lesão renal crônica. As mulheres hipertensas predominaram na idade acima dos 80 anos, associado a fatores de risco como obesidade, DM e a cardiopatia isquêmica (GIJÓN-CONDE; GRACIANI; BANEGAS, 2014).

A literatura afirma que a HAS ocorre com maior frequência no sexo masculino. Contudo, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa diferença entre os sexos tem diminuído. As mulheres tabagistas e que fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. Na mulher, após a menopausa, há uma diminuição gradativa da produção hormonal feminina, o que aumenta o Risco Cardiovascular (RCV) (TAKAMUNE et al., 2011).

Pesquisa recente evidenciou que as DCV são as principais causas de morte entre as mulheres americanas, independentemente de raça ou etnia. Elas vêm ocorrendo mais precocemente e aumentam com a meia idade e com a presença de fatores de risco, como tabagismo, etilismo, hábitos alimentares não saudáveis, obesidade e sedentarismo (CHAGAS; DOURADO; DOURADO, 2014).

Outros parâmetros avaliados foram o peso e a altura, para o cálculo do IMC. Este é obtido pela divisão do peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros). O resultado revela se o peso está dentro da faixa ideal, abaixo ou acima do desejado. Para classificação do IMC, utilizou-se como base o manual do Ministério da Saúde do Brasil de Obesidade (2006): baixo peso = < 18,5 Kg/m²; peso normal = 18,5 – 24,9 Kg/m²; sobrepeso = 25,0 – 29,9 Kg/m²; obeso grau I = 30,0 – 34,9 Kg/m²; obeso grau II = 35,0 – 39,9 Kg/m²; obeso grau III = ≥ 40,0 Kg/m².

Buscou-se correlacionar o sobrepeso/obesidade e obesidade dos participantes ao valor da circunferência abdominal. Nesse estudo adotaram-se os pontos de cortes preconizados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009), de acordo com o grau de risco para DCV: risco aumentado = CA > 80 cm para mulheres e CA > 94 cm para homens; e risco muito aumentado = CA > 88 cm para mulheres e CA > 102 cm para homens.

A gravidade dos fatores de risco relacionados à obesidade está diretamente ligada à distribuição da gordura corporal. O excesso de gordura na região superior (central do corpo), particularmente no abdome, está associado com o aumento da incidência de acometimentos cardiovasculares (PEREIRA et al., 2011). Estudos indicam que homens e mulheres com gordura corporal relativa acima dos valores aceitáveis de referência, apresentam maiores riscos para doenças crônicas não transmissíveis como cardiopatias, AVE, HAS, dislipidemias, DM, aterosclerose, cálculo biliar, entre outras (TAKAMUNE et al., 2011).

Pesquisa recente buscou correlacionar os efeitos do IMC, sobrepeso e obesidade com a ocorrência de Doença Arterial Coronariana (DAC) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 1,8 milhão de participantes, através da estimação da razão de risco. Os autores verificaram que a cada 5 kg/m² acima do IMC adequado, os indivíduos tinham 46% de risco de aparecimento de DAC e 76% de AVE (LU et al., 2014).

Na terceira etapa, foi aferida a pressão arterial, utilizando-se como base o manual do Ministério da Saúde do Brasil de

Hipertensão (2013), com valores para Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), em mmHg: ótima = PAS < 120 e PAD < 80; normal = PAS < 130 e PAD < 85; limítrofe = PAS = 130 – 139 ou PAD = 85 – 89; hipertensão estágio 1 = PAS = 140 – 159 ou PAD = 90 – 99; hipertensão estágio 2 = PAS = 160 – 179 ou PAD = 100 – 109; hipertensão estágio 3 = PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110; hipertensão sistólica isolada = PAS ≥ 140 ou PAD < 90.

A PA é o maior fator de risco para ocorrência das DCV, sendo classificada como uma condição de alta morbidade. Estudo recente avaliou a associação do aumento da pressão arterial com 12 DCV. Os autores verificaram que o aumento da pressão sistólica está fortemente associado com a ocorrência de hemorragia intracraniana, hemorragia subaracnóidea, angina estável e aneurisma aórtico. Já o aumento da pressão diastólica teve maior efeito para infarto do miocárdio, doença arterial periférica (RAPSOMANIKI; TIMMIS; HEMINGWAY, 2014).

Dando seguimento às etapas do circuito, buscou-se verificar, também, a glicemia dos participantes, utilizando-se os valores glicêmicos do manual do Ministério da Saúde do Brasil sobre Diabetes Mellitus (DM) (2013): normal = < 100mg/dl (jejum) e < 140 mg/dl (após 2 horas); intolerância à glicose = 100 – 125mg/dl e 140 – 199mg/dl (após 2 horas); diabetes = ≥ 126mg/dl (jejum) e ≥ 200mg/dl (após 2 horas).

O Diabetes Mellitus (DM) é um sério fator de risco para DCV, visto que mesmo se o açúcar no sangue estiver sob controle, há aumento significativo do risco de DCV e cerebral. Dois terços das pessoas com diabetes morrem de complicações cardíacas ou cerebrais. Na presença do diabetes, os outros fatores de risco se tornam mais significativos e ameaçadores (FINAMORE; SANTANA, 2011).

As consequências do DM que ocorrem em longo prazo são resultantes de alterações micro e macrovasculares. A aterosclerose é comumente mais acelerada e agressiva no diabético, frequentemente se associando a outros fatores de risco, conduzindo a complicações cardiovasculares mais precocemente. As complicações macrovasculares incluem DAC, AVE e Doença Arterial Oclusiva Periférica (DAOP), enquanto que as microvasculares tendem a se apresentar como nefropatia diabética, retinopatia e cardiomiopatia (EYKEN; MORAES, 2009).

Após a aferição de todos os parâmetros eram realizadas orientações aos participantes, bem como o encaminhamento daqueles com valores alterados.

A educação em saúde se insere no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação diálogo-reflexiva entre enfermeiro e cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida (SOUSA et al., 2010).

Ressalta-se a importância em se orientar a comunidade acerca dos fatores de risco para DCV, tendo em vista a prevenção. Estudo recente evidenciou que de 200 mulheres com idade entre 15 – 49 anos, 76% relataram que as DCV podem ser prevenidas. Contudo, a única forma de prevenção citada foi a realização de atividades físicas diárias (MAZLOOMY et al., 2014).

As ações educativas podem trazer olhares diferenciados ao trabalho dos profissionais que desenvolvem a sua prática cotidiana. A utilização da educação como uma forma de cuidar na enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois, por meio do educar, o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e a utilização deste os capacita a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro (ROSA et al., 2012).

Conclusão

Pode-se observar que o enfermeiro é um profissional que tem várias atribuições relacionadas à promoção da saúde. Entre elas, evidenciou-se o de educador, não só na organização de grupos de educação em saúde, mas também na implementação de estratégias que busquem o rastreamento de doenças, tendo como foco a prevenção.

A enfermagem tem o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade e, tendo em vista uma melhor assistência, busca tecnologias, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade.

Para atender às novas exigências do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário, portanto, a implementação de estratégias voltadas para a promoção da saúde, bem-estar e prevenção de agravos. Nesta pesquisa, constatou-se a realização do circuito como uma MA simples, eficaz e de baixo custo para o rastreamento de fatores de risco para as DCV.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Obesidade. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS (2012). Acesso em: 31 jul. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#mort>

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n.36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p.

CHAGAS, A. C. P.; DOURADO, P. M. M.; DOURADO, L. A. Woman's heart: differences that make a difference. Rev Soc Bras Clin Med., v.12, n.1, p.84-92, 2014.

CORREIA, B. R.; CAVALCANTE, E.; SANTOS, E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. Rev Bras Clin Med., v.8, p.25-29, 2010.

EYKEN, E. B. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública., v.25, n.1, p.111-123, 2009.

FARIAS, N.; SOUZA, J. M. P.; LAURENTI, R.; ALENCAR, S. M. Mortalidade cardiovascular por sexo e faixa etária em São Paulo, Brasil: 1996 a 1988 e 2003 a 2005. Arq Bras Cardiol., v.93, n.5, p.499-505, 2009.

FINAMORE, F. S.; SANTANA K. S. Fatores de risco cardiovascular e análise do nível de estresse em docentes do curso de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior filantrópica de Vitória/ES. [Monografia]. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2011.

GIJÓN-CONDE, T.; GRACIANI, A.; BANEGAS, J. R. Demografia y características clínicas de la hipertensión resistente em 6.292 pacientes em atención primaria. Rev Esp Cardiol., v.67, n.4, p.270-276, 2014.

LU, Y.; HAJIFATHALIAN, K.; AZZATI, M.; WOODWARD, M.; RIMM, E. B.; DANAEI, G. Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1.8 million participants. Lancet., v.383, n.9921, p.970-983, 2014.

MAGALHÃES, F. J.; MENDONÇA, L. B. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. Rev Bras Enferm., v.67, n.3, p.394-400, 2014.

MAZLOOMY, S. S. et al. A study of the Knowledge, Atitudes, and Practices (KAP) of the womem referred to health centers for cardiovascular disease and their risk factors. Health Care Women Int., v.35, n.1, p.50-59, 2014.

PEREIRA, D. C.; OLIVEIRA, K. R. de.; ZAGO, D. Perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Ijuí/RS. Rev Contexto & Saúde., v.10, n.9, p.137-140, 2010.

RAPSOMANIKI, E.; TIMMIS, A.; HEMINGWAY, H. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. Lancet., v.383, n.9932, p1899-1911, 2014.

RIBEIRO, A. G.; COTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc Saúde Coletiva., v.17, n.1, p.7-17, 2012.

ROSA, J.; FACCIN, C.; DALEGRAVE, D.; ARGENTA, C.; FRANSCISCATTO, L. H. G. Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. Rev Enferm., v.8, n.8, p.154-165, 2012.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. Esc Anna Nery R Enferm., v.11, n.2, p.318-324, 2007.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP., v.48, n.1, 208-218, 2012.

SOUSA, L. B.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. C.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ., v.18, n.1, p.55-560, 2010.

TAKAMUNE, D. M.; MARUICHI, M. D.; PAI, C. Y. W.; SILVA, C. S. H. A.; AMADEI, G.; LIMA, S. M. R. R. Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa., v.58, n.3, p.117-121, 2011.

Agradecimentos

AOS PROFISSIONAIS QUE ACEITARAM FAZER PARTE DESTA PESQUISA. À PROFESSORA MAYENNE, POR TODA A PACIÊNCIA, DISPONIBILIDADE, CARINHO E AMIZADE.

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR ADOLESCENTES GESTANTES E SUAS REPERCUSSÕES: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Maria do Carmo Campos Pereira – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Noletto – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Anderson da Silva Sousa – Hospital Regional Norte/ PI

Palavras-chave: *Adolescente. Gravidez. Bebidas alcoólicas. Enfermagem.*

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo refletir acerca do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes gestantes e suas repercussões para o conceito, além de elencar as principais estratégias de promoção e prevenção da saúde destinada a esse público para a diminuição desse problema que assola a população. Assim esse trabalho trata-se de uma reflexão teórica que se estruturou por meio de uma revisão da literatura. Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. Os resultados afirmaram que o álcool traz inúmeras consequências para o rebento, consequências estas que afetam de diversas formas tanto de forma moderada quanto mais grave. Os artigos demonstram que o enfermeiro deve prestar assistência à saúde do adolescente sempre com abrangência interdisciplinar, promovendo o trabalho em conjunto com as famílias e as comunidades atuando como educador nas suas diversas necessidades. O profissional deve promover uma prática de saúde na comunidade, através de visitas domiciliares, escolas, associações e nas instituições colaborando na mudança de hábitos prejudiciais à sua saúde, atuando principalmente como educador estimulando o autocuidado do jovem em relação à sua saúde. Conclui-se que a bebida alcoólica está acessível a população como um todo, porém o adolescente está predisposto a consumir devido a idade, meio social, etc. Além disso, percebeu-se que as consequências desse uso em mulheres grávidas pode ser avassalador, tanto para ela quanto para o feto/ recém nascido, podendo trazer inúmeras consequências, em casos mais graves até causar o óbito fetal.

Introdução

Dados recentes apontam que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, particularmente entre os jovens, é um relevante problema de saúde pública (LARANJEIRA et al, 2007). Pois trata-se de um fator de exposição para problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar expressivamente o risco de o indivíduo se tornar um consumidor crônico ao longo da vida (STRAUCH et al, 2009).

O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, tem relação direta e indireta com uma série de agravos à saúde dos adolescentes e jovens, entre os quais evidenciam-se acidentes de trânsito, agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta juntamente com o comportamento de risco no âmbito sexual e transmissão do HIV e de outros problemas de saúde decorrentes dos componentes da substância ingerida, e das vias de administração (BRASIL, 2004).

Ao mencionar ao consumo de álcool por adolescentes, é apropriado lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente proíbe a venda de qualquer tipo de bebida alcoólica para menores de 18 anos. O motivo disto é que o uso dessa droga pode levar ao alcoolismo, uma doença grave que atinge 12,3% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos. Entre os adolescentes de 12 a 17 anos, a taxa de alcoolismo é de 7,0% (BRASIL, 2010).

A predominância do alcoolismo entre mulheres ainda é consideravelmente menor que a encontrada entre os homens, apesar disso o consumo abusivo e/ou a dependência do álcool trazem, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e a vida social da mulher.

Estudos demonstram que cada vez mais aumenta o consumo de álcool pela população feminina e, em consequência disso, grande parcela de mulheres e seus fetos são expostos a doses variáveis desse agente. As que bebem moderadamente têm maior chance de parar ou reduzir seu consumo durante o período de gestação, porém, entre as bebedoras mais assíduas, dois terços diminuem o consumo e um terço continua a abusar do álcool durante toda a gestação (PARACKAL; PARACKAL; HARRAWAY, 2013).

Em algumas situações, para a adolescente, a descoberta da gestação não se constitui, porém, motivo para a interrupção do consumo de álcool, esquecendo-se que esse comportamento produz danos não só para si, mas para a vida que está sendo gerada (FIORENTIN; VARGAS, 2008).

Estudo sobre o perfil sociodemográfico de gestantes adolescentes, mostra que, em relação à ingestão de álcool, 26,6% admitiram ter ingerido, pelo menos em uma ocasião, durante a gestação, sendo 2,8% de forma abusiva (VELOSO; MONTEIRO,

2005). Entretanto, a confirmação do consumo de álcool na gestação nem sempre é fácil, provavelmente pelo constrangimento da mulher em informar o uso e pelo despreparo do profissional para investigar adequadamente ou valorizar as queixas compatíveis com o hábito de beber. Além disso, essa restrição inviabiliza qualquer meio de apoio, educação em saúde ou orientações de conscientização.

Com base na problemática exposta, esse trabalho tem como objetivo refletir acerca do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes gestantes e suas repercussões para o conceito, além de elencar as principais estratégias de promoção e prevenção da saúde destinada a esse público para a diminuição desse problema que assola a população.

Metodologia

Trata-se de uma reflexão teórica que se estruturou por meio de uma revisão da literatura. Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado.

Para elaboração deste estudo, pautados na metodologia de elaboração de revisões, percorreram-se as etapas: formulação da questão norteadora; coleta de dados; avaliação; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados (COOPER, 1982).

Para seleção dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) , Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados de Enfermagem (BDENF) com a combinação dos descritores específicos: bebidas alcoólicas and gravidez.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para esta revisão foram: artigos na íntegra, publicados nos últimos 5 anos (2009 a 2013) e de acordo com a temática proposta pela presente pesquisa. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, artigos que não respondiam a questão norteadora e não se enquadravam no período estipulado.

Inicialmente para seleção dos artigos utilizou-se a combinação das palavras-chave descritas acima e delimitou-se o ano de publicação, nessa seleção inicial encontrou-se 36 artigos, sendo SciELO (5), LILACS (28) e BDENF (3), após a leitura minuciosa dos resumos e aplicação dos critérios de exclusão restou-se uma amostra final de 12 artigos SciELO (2), LILACS (8) e BDENF (2) para a análise final.

Resultados e Discussão

Estudos realizados a respeito do uso de álcool pela mãe afirmam que este poderá trazer consequências sobre o embrião e feto sendo por isso carregada de riscos com consequências irreversíveis no desenvolvimento destes (CLARO, 2012). A Dificuldade de estabelecer diagnóstico de desordens fetais alcoólicas é descrita no estudo de Claro (2012).caracterizada pela necessidade de levantar o histórico da paciente. Associada ao fato de que a maioria dos casos se mostram assintomáticos por determinado tempo. Indivíduos acometidos apresentam como critérios diagnósticos: exposição pré-natal ao álcool, dismorfismocrânio-facial, deficiência de crescimento (baixa estatura) e acometimento do sistema nervoso central (SANTOS, 2009).

Quando esse uso de álcool acontecesse por adolescentes grávidas esse quadro se intensifica, pois se torna mais prejudicial tendo em vista as várias repercussões diretas para o feto (CARRE, 2011). O consumo de álcool na gestação está associado ao aumento do número de abortos e a fatores comprometedores do parto, como risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, prematuridade do trabalho de parto e líquido amniótico meconial FREIRE et al, (2005). O uso e o abuso do álcool durante a gravidez devem ser motivo de grande preocupação e acurada investigação por parte dos profissionais de saúde que assistem as mulheres no pré-natal (LARANJEIRA, 2007).

Os mecanismos pelos quais o álcool afeta o conceito ainda não estão completamente esclarecidos ainda que seus resultados nocivos sejam amplamente encontrados na população e representados na literatura. Dentre as comorbidades descritas nos estudos destacou-se a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) e o baixo peso do Recém Nascido (RN) (SILVA, 2011).

O baixo peso no RN foi relacionado em 26,3% dos casos analisados no (SILVA, 2011), esta condição acarreta em uma série de risco à saúde do RN como: imunodepressão, anemia, doenças cardiovasculares e neurológicas, a diminuição no período do sono REM e alterações do desenvolvimento dos movimentos grosseiros (SILVA, 2011), (MESQUITA, 2009). O estudo de Mesquita (2010) traz que o consumo materno de álcool por um determinado período de tempo leva à diminuição da ingestão de leite pela criança, agravando o quadro de baixo peso.

Em relação à SAF A probabilidade de acometimento do recém-nascido (RN) e a gravidade da síndrome dependerão da dose de álcool consumida pela gestante, seu padrão de consumo, metabolismo e da alcoolemia materna e fetal, saúde materna, período gestacional de exposição fetal e suscetibilidade genética materna e fetal (SOUZA, 2012). O estudo de Mesquita (2010), avalia que os riscos trazidos pela ingestão alcoólicas são de conhecimento das gestantes estudadas e portanto evitáveis.

Os padrões de consumo das gestantes são analisados em todos os estudos, uma vez que o padrão é um fator determinante para o desenvolvimento de sequelas nos recém nascidos. É de acordo entre a literatura que não existem níveis seguros para a ingestão de álcool durante o período gestacional, sendo recomendada a total abstinência (CLARO, 2012), (SILVA, 2011). Em todos os estudos, o ato de binge drinking foi relatado, sendo um padrão de consumo de alto risco e positivamente relacionado com a redução do crescimento pré-natal (peso e perímetro cefálico) e diminuição da acuidade visual, além de asfixia neonatal

(SOUZA, 2012).

O acompanhamento pré-natal foi realizado pela maioria das mulheres analisadas (SANTOS, 2009) permitindo um acompanhamento estreito dos hábitos das gestantes. Revelando altas taxas de consumo de bebidas alcoólicas por puerperas, principalmente nas menores faixas etárias, as puérperas que consumiram álcool nos três meses antes da gestação e no primeiro trimestre foram significativamente mais novas que as não consumidoras.

As puérperas que consumiram álcool tiveram o início do pré-natal mais tardio (CLARO, 2012). Souza (2012), traz dados que mostram que um 2/3 das gestantes deixa de beber depois do diagnóstico de gravidez, isso mostra a necessidade de intensificar-se, durante as consultas de pré-natal, à busca pelo diagnóstico do uso do álcool para posterior aconselhamento.

Mesquita (2010) e Santos (2009) casos de SAF foram diagnosticados tardiamente devido à o despreparo da equipe médica em diagnosticar e tratar a síndrome. A escassez de artigos publicados com a temática reafirma a necessidade da educação continuada e especializada para médicos e enfermeiros que trabalhem em contato com mulheres gestantes.

Artigos demonstram que o enfermeiro deve prestar assistência à saúde do adolescente sempre com abrangência interdisciplinar, promovendo o trabalho em conjunto com as famílias e as comunidades atuando como educador nas suas diversas necessidades (TORRES, 2001).

O profissional deve promover uma prática de saúde na comunidade, através de visitas domiciliares, escolas, associações e nas instituições colaborando na mudança de hábitos prejudiciais à sua saúde, atuando principalmente como educador estimulando o autocuidado do jovem em relação à sua saúde.

O enfermeiro, enquanto educador necessita ser um facilitador e, ao mesmo tempo, um ouvinte que leve em conta os conhecimentos do adolescente adotando uma postura compreensiva visando buscar soluções em conjunto com a família. Ele deve atuar junto com a equipe multidisciplinar, na promoção de saúde e prevenção das doenças, exercendo seu papel de educador, criando um vínculo de confiança com os adolescentes. Para isso o enfermeiro necessita ouvir e valorizar os sentimentos e as várias preocupações dos adolescentes e sua família.

Conclusão

Conclui-se que a bebida alcoólica está acessível a população como um todo, porém o adolescente está predisposto a consumir devido a idade, meio social, etc. Além disso, percebeu-se que as consequências desse uso em mulheres grávidas pode ser avassalador, tanto para ela quando para o feto/ recém nascido, podendo trazer inúmeras consequências, em casos mais graves até causar o óbito fetal.

Neste sentido a equipe de saúde, em especial o enfermeiro tem fundamental importância, pois é ele que está mais presente na comunidade, conhecendo os medos, anseios, etc. Assim buscando elaborar estratégias que visem conscientizar essas adolescentes a não consumirem bebidas alcoólicas, nem antes, e principalmente durante a gestação.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/. 2.ed. rev. ampl.– Brasília, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Drogas: Cartilha álcool e jovens Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido /coordenadora Conceição Aparecida de Mattos Segre. -- São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

CARRE, E. W. Consequences of prenatal alcohol exposure. *Advances in Neonatal Care*, v. 5, n.4, p. 217–229, 2005.

CLARO, H. G.; et al. Assessing the impact of alcohol, tobacco and illegal drugs on miscarriage among pregnant women in São Paulo, Brazil. *Rev. Ter. Ocup. Univ.* v. 23, n. 3, p. 223-9. 2012.

COOPER, H. M. *The integrative research review: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage; 1984.

FIORENTIN CF, VARGAS D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas*. v. 2, n.2, p:1-13, 2008.

FREIRE TM, MACHADO JC, MELO EV, MELO DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. v.27, n.7, p:376-81, 2005.

LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. In: ANTIDROGAS, Brasília, 2007.

MESQUITA, M. A. The effects of alcohol in newborns / Efeitos do álcool no recém-nascido Einstein (São Paulo); v.8. n.3, 2010.

MESQUITA, M. A.; SEGRE, C.A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. Ver Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. v.19, n.1, p: 63-77, 2009.

PARACKAL, S. M.; PARACKAL, M. K.; HARRAWAY, J. A. Prevalence and Correlates of Drinking in Early Pregnancy Among Women who Stopped Drinking on Pregnancy Recognition. Matern Child Health J. v. 17, p. 520–529, 2013.

SOUZA, L. H.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, L. C. Alcohol use pattern in pregnant women cared for in a public university hospital and associated risk factors]. Rev Bras Ginecol Obstet. v.34, n.7, p:296-303, 2012.

STRAUCH, E. S, et al. Uso do álcool por adolescentes: estudo de base populacional. Rev Saúde Pub, v.43, n.4, p:647-55, 2009.

SANTOS, E. S, SANTOS AMG. Síndrome alcoólica fetal. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 182-185, out./dez. 2009.

SILVA, I. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. Rev. Saúde Pública. v.45, n.5, São Paulo, 2011.

TORRES, L. C. B. et al. Saúde do adolescente: manual do professor.

Curitiba, p.1-11, 2001.

VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.21 n.1 Ribeirão Preto, 2013

Agradecimentos

OS AGRADECIMENTOS VÃO PARA A ORIENTADORA PELO APOIO E ENSINAMENTOS QUE FORAM DISPONIBILIZADOS POR ELA NO DECORRER DA ELABORAÇÃO DESSE TRABALHO.

Uso de anticoncepcionais orais combinados e outros fatores de risco em mulheres com acidente vascular cerebral

Adman Câmara Soares Lima – Universidade Federal do Ceará – adminhacs@hotmail.

Maria Nataniele de Oliveira Roldão – Universidade Estadual do Ceará, UECE

Patrícia Silva Nunes – Hospital Geral de Fortaleza, HGF

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará

Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho – Universidade Federal do Ceará, UFC

Palavras-chave: Anticoncepcionais orais combinados. Acidente vascular cerebral. Fatores de risco.

Resumo

O uso dos anticoncepcionais orais combinados (AOCs) tem sido responsável pelo desencadeamento de eventos trombóticos, como o acidente vascular cerebral (AVC). A presença concomitante de outros fatores torna o risco mais elevado. Objetivou-se identificar o uso de AOCs e outros fatores de risco em mulheres com diagnóstico de AVC. Estudo transversal, desenvolvido com 51 pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva especializada no atendimento à portadores de AVC agudo localizada em hospital terciário de Fortaleza-CE. Para responder ao objetivo desse recorte, tomou-se como sujeitos as mulheres em idade fértil, compondo a amostra final 15 mulheres. Foi aplicado um instrumento abordando aspectos sociodemográficos e fatores de risco para AVC. Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Office Excel – 2007 e receberam tratamento estatístico descritivo. Foram identificadas 10 (66,7%) mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 2 (13,3%) com cardiopatia, 2 (13,3%) com diabetes mellitus e 2 (13,3%) com nefropatia. Ademais, 8 (53,3%) eram usuárias de AOCs, 6 (40,0%) eram tabagistas e 3 (20,0%) etilistas. Das usuárias de AOCs, 3 (37,5%) não tinham outro fator de risco associado, 3 (37,5%) eram ao mesmo tempo tabagistas, 1 (12,5%) era também hipertensa, cardiopata e tabagista e 1 (12,5%) era hipertensa, diabética e cardiopata. Portanto, mulheres em pós-AVC faziam uso prévio indevido de AOC, o que pode potencializar o risco para O AVC. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos, buscando analisar o grau de acometimento do AVC e dos déficits neurológicos em usuárias de AOC.

Introdução

Desde o início da comercialização das pílulas anticoncepcionais, que ocorreu na década de 60, nos Estados Unidos, foram registrados o aparecimento de eventos adversos sérios, relacionado ao uso de estrogênio em doses elevadas e sua relação com eventos trombóticos, como a trombose venosa profunda, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC). Desde então, as indústrias farmacêuticas desenvolveram novas pílulas com teor menor desse componente, associando-o ao progestágeno, chamados de anticoncepcionais orais combinados (AOCs) (BRASIL, 2010).

No entanto, mesmo em proporções menores os AOCs mais modernos têm sido responsáveis pelo desencadeamento de eventos trombóticos (PARKIN et al., 2011). Portanto, o uso desse método isoladamente é considerado um fator de risco de natureza modificável para o desenvolvimento do AVC, se tornando mais grave quando associado à outros fatores de risco como o tabagismo, etilismo e hipertensão arterial sistêmica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2009).

O AVC é a terceira causa de óbitos no mundo, representando um grupo de condições patológicas que provoca perda súbita da função neurológica, ocasionada por isquemia encefálica ou por hemorragias intracranianas desencadeando déficits neurológicos como alterações nas funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas e na linguagem (LEITE; NUNES; CORREA, 2009). Essas condições implicam em piora da qualidade de vida, uma vez que 4,5% das mulheres acometidas são incapazes de voltarem às atividades desempenhadas anteriormente (MOTA; NICOLATO, 2008).

Além de o AOC ser o método anticoncepcional reversível mais usado no país, parte das mulheres que o utiliza não o faz de forma segura, ou seja, apresenta alguma(s) condição(ões) de saúde que necessitam de atenção mais direcionada ou contra-indiquem o uso. Muitas usuárias de AOC desconhecem os eventos adversos e as complicações associadas ao uso contínuo do método. Pesquisa realizada em Fortaleza-CE, por exemplo, encontrou 75% das usuárias desinformadas sobre esses itens (AMÉRICO et al., 2013). Essa realidade é reflexo, em parte, da baixa qualidade da assistência prestada em anticoncepção, cuja capacitação profissional se faz necessária.

Segundo os “Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Anticoncepcionais” propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na presença de condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias e tabagismo é recomendado o uso desse método com cautela ou o mesmo deve ser contra-indicado a depender das características individuais da usuária (OMS, 2012).

Considerando a complexidade do AVC e o amplo uso de AOC em condições inseguras, percebeu-se a necessidade de investigar entre mulheres que tiveram esse diagnóstico, a presença de fatores de risco para este agravo, destacando-se o uso

do AOC.

Nessa perspectiva, o presente estudo traz uma contribuição para a promoção da saúde na reavaliação e, posteriormente, reorientação do sistema de saúde, um dos campos centrais de ação na promoção da saúde propostos pela Carta de Ottawa. Objetivou-se, portanto, identificar o uso de anticoncepcionais orais combinados e outros fatores de risco em mulheres com diagnóstico de AVC.

Metodologia

Pesquisa descritiva, transversal, desenvolvida em unidade de cuidados intensivos, especializada no atendimento de pacientes com diagnóstico de AVC agudo, de hospital terciário de Fortaleza-CE. Esse estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Diagnósticos de Enfermagem em pacientes acometidos por AVC segundo modelo conceitual de Orem”.

A população envolveu os pacientes admitidos na unidade referida, durante o período da coleta de dados, que foi junho e julho de 2012 e fevereiro a abril de 2013. Participaram os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: estar internado na unidade com diagnóstico médico confirmado de AVC, independente do tipo e apresentar déficit neurológico focal na admissão. A amostra foi composta por 51 pacientes, sendo 22 mulheres e 29 homens. Para responder ao objetivo desse recorte de estudo, tomou-se como sujeitos as mulheres em idade fértil, que segundo a OMS são consideradas mulheres em anos férteis e reprodutivos, aquelas que se encontram na faixa etária de 15 a 49 anos (OMS, 2011). Assim, a amostra final foi composta por 15 mulheres. Foram excluídos da amostra os pacientes que durante a coleta de dados apresentaram complicações e situações de emergência.

Na coleta de dados foram respeitados os horários de atividades da unidade, conforme acordo firmado com a coordenação da mesma. O convite para participar da pesquisa foi formulado no momento em que as pacientes estavam acordadas e quando não haviam procedimentos a serem realizados. Foi explicado às participantes e acompanhantes os objetivos e a metodologia do estudo. Em seguida, foi aplicado um instrumento que continha perguntas abordando aspectos sociodemográficos dos sujeitos e fatores de risco para o AVC, destacando-se o uso de AOC.

Para a análise dos dados da pesquisa maior foi elaborado um banco de dados na planilha Microsoft Office Excel-2007. Assim, para efeito deste recorte da pesquisa foram selecionadas do banco de dados as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), em que os dados receberam tratamento estatístico descritivo.

Foram respeitados os aspectos éticos conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará conforme protocolo n. 010/11. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Entre as 15 participantes, 9 (56,2%) eram casadas e 6 (43,8%) eram solteiras, com idades que variaram dos 16 aos 46 anos. Quanto ao uso de AOC antes do AVC, 8 (53,3%) faziam uso desse método. Ao questionar comorbidades presentes antes do evento, 10 (66,7%) tinham diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 2 (13,3%) de cardiopatia, 2 (13,3%) de diabetes mellitus e 2 (13,3%) de nefropatia. Ademais, 6 (40%) mulheres se apresentaram como tabagistas e 3 (20%) como etilistas (TABELA 1).

Tabela 1. Distribuição das mulheres em idade fértil acometidas por acidente vascular cerebral, segundo uso de anticoncepcionais orais combinados, presença e comorbidades e fatores de risco. Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	No.	%
Uso de AOC	8	53,3
Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
10		
66,6		
Cardiopatia	2	13,3
Diabetes mellitus tipo 2		
Nefropatia	2	
2	13,3	

13,3

Fatores de risco modificáveis

- Tabagista
- Etilista

6

3

40,0

20,0

Consoante com a literatura, o fator de risco mais prevalente em pessoas que sofrem AVC foi a HAS, sendo divergente a prevalência do tabagismo em que outras pesquisas mostraram prevalência inferior. Estudo desenvolvido com 64 pacientes com esse diagnóstico na cidade de Gurupi-TO, Brasil, detectou a presença de hipertensão em 68,8%, Diabetes mellitus tipo 2 em 20,3% e tabagismo em 9,4% (RODRIGUES et al., 2013).

Resultados semelhantes, porém com fatores de risco adicionais, foi evidenciado por pesquisadores de Passo Fundo – RS, Brasil. Ao investigarem o mesmo perfil de população, encontraram que 34 (79%) pacientes eram hipertensos, 6 (13,9%) cardiopatas, 4 (9,3%) etilistas, 2(4,6%) tabagistas e 1 (2,3%) diabética (MAZZOLA et al., 2013).

Das 8 usuárias de AOC, 3 (37,5%) faziam uso exclusivo desse método, 3 (37,5%) eram ao mesmo tempo tabagistas, 1 (12,5%) apresentavam HAS, cardiopatia e tabagismo associado e 1(12,5%) tinha diagnóstico de HAS, DM e cardiopatia concomitante (TABELA 2).

Tabela 2. Uso de anticoncepcionais orais combinados e fatores de risco presentes em mulheres em idade fértil acometidas por acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2013.

Variáveis	USO DE AOC	
No.		
%		
Nenhuma	3	37,5
Tabagismo		
HAS, cardiopatia e tabagismo		
HAS, cardiopatia e diabetes mellitus	3	
1		
1	37,5	
12,5		
12,5		

Verifica-se que, ao relacionar a presença de outros fatores de risco, além do uso do AOC, o tabagismo foi o mais prevalente, reforçando as evidências científicas que apontam serem mais comuns ocorrerem complicações cardiovasculares entre as tabagistas (BRASIL, 2010). Usuárias de AOC que são fumantes atuais têm 3 vezes maior risco de AVC e as que são hipertensas mal controladas está associada a cerca de 3 vezes maior risco de infarto do miocárdio e AVC isquêmico, enquanto que o risco de AVC hemorrágico aumenta 15 vezes (KAMINSKI; SZPOTANSKA-SIKORSKA; WIELGOS, 2013)

Estudo reforça a relação do uso de AOC com o desenvolvimento do AVC, cujo risco varia de acordo com a dosagem e tipo de hormônios que compõem os anticoncepcionais. Pesquisa realizada na Dinamarca acompanhou mulheres que faziam uso dessas medicações por um período de 15 anos e identificou a incidência de eventos trombóticos, evidenciando que a ocorrência do AVC foi quase duas vezes superior à ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio (LIDEGAARD et al., 2012).

Reitera-se que de acordo com as recomendações dos Critérios Médicos de Elegibilidade, a presença de condições como

hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, entre outras, requer uma atenção especial e, por vezes, a contra-indicação ao uso do AOC, porém indicado outros métodos contraceptivos, mediante investigação específica e individual. No caso de doença cardiovascular, o método não deve ser utilizado (OMS, 2012).

O uso indiscriminado do AOC, sem supervisão e acompanhamento pode ser uma resposta à utilização inadequada. Outra possível explicação se encontra na baixa competência profissional para lidar com o manejo do método anticoncepcional.

Conclusão

Frente aos resultados encontrados, reflete-se a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam no planejamento familiar para empoderamento das mulheres no que diz respeito ao uso seguro do AOC, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. O enfermeiro, como parte da equipe que presta atendimento na anticoncepção, poderá colaborar com ações de promoção da saúde, levando informações ao público alvo para que façam suas escolhas e suas práticas contraceptivas com segurança. .

Identificar precocemente essas condições de risco como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, etilismo e cardiopatias em população de usuárias de AOC é imprescindível na avaliação pelo profissional no intuito de evitar o desencadeamento de eventos cardiovasculares. Nota-se uma lacuna na literatura acerca de discussões envolvendo essa temática com foco na identificação e relação entre os fatores de risco para AVC.

Destaca-se como limitação do estudo o número reduzido de sujeitos, o que comprometeu a análise estatística bivariada. Todavia, ressalta-se a continuidade do estudo para superação desta limitação. Sugere-se, ainda, que novos estudos sejam desenvolvidos, buscando analisar o grau de acometimento e quais déficits neurológicos essas mulheres apresentam, que possam comprometer a sua autonomia e capacidade para o autocuidado individual ou com apoio da família.

Referências

AMERICO, C.F.; NOGUEIRA, P.S.F.; VIEIRA, R.P.R.; BEZERRA, C.G.; MOURA, E.R.F.; LOPES, M.V.O.. Conhecimento de usuarias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o metodo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 21, n. 4, Aug. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.

Kaminski P; Szpotanska-Sikorska M; Wielgos M. Cardiovascular risk and the use of oral contraceptives. Neuro Endocrinol Lett; 34(7): 587-9, 2013.

LEITE, H. R.; NUNES, A.P.N.; CORREA, C. L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família em Diamantina, MG. Fisioter Pesq., São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2009

MAZZOLA, D.; POLESE , J.C.; SCHUSTER, RC; OLIVEIRA, SG. The profile of Cerebrovascular Accident patients assisted at the Physical Therapy Neurological Clinic of the University of Passo Fundo. RBPS. v.20,n.1, p.22-27, 2007

MOTA, J.F.; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobrevi-ventes de acidente vascular cerebral: instrumentos de avaliação e seus resultados. J Bras Psiquiatr. v. 57, n.2, p.148-56, 2008.

PARKIN, L.; SHARPLES, K.; HERNANDEZ, R.K.; JICK, S.S. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. BMJ. v. 21, n. 342, abr, p.2139, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

RODRIGUES ESR, CASTRO KAB, REZENDE AAB, HERRERA SDSC, PEREIRA AM, TAKADA JAP Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. Revista Amazônia. v.1, n.2, p.21-28, 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral (PACTO AVC). 2ª edição, 2009.

Uma nova formação acadêmica: contribuições do Pet-Vigilância em Saúde

Jaína Moreira de Aguiar (apresentador) – Universidade de Fortaleza, jaina_06@hotmail.com
Pâmela Campelo Paiva – Universidade de Fortaleza
Deise Talyse Ferreira Melo – Universidade de Fortaleza
David Guerreiro Ferreira – Universidade de Fortaleza
Laína Maíza dos Santos Sobral – Secretária Municipal de Saúde
Armênia Uchoa de Mesquita (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Ensino. Educação em Saúde. Aprendizagem. Atenção Primária à saúde.

Resumo

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é um projeto de parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação entre instituições de ensino de nível superior e a rede de assistência à saúde. Com base nisso, o referido trabalho objetiva descrever a experiência da participação dos monitores na UAPS sobre as vivências e a bem como as contribuições e influências para a formação acadêmica. Estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência. Trata-se das ações desenvolvidas pelos monitores (PET-Saúde/VS/UNIFOR) durante o período de junho a dezembro de 2013. No primeiro encontro com os monitores e a preceptora, foi realizado o planejamento das atividades. Com intuito de exercitar a prática da interdisciplinaridade e proporcionar a diversidade de olhares, através dos trabalhos científicos realizados entre duplas de cursos diferentes. Nesse aspecto, desenvolvemos projetos sobre a associação farmacológica dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes com anestésicos odontológicos, entre os alunos de farmácia e odontologia. Abordando o tema hipertensão, diabetes, qualidade de vida, longevidade e atividade física, pelos alunos de fisioterapia e medicina, realizando visitas domiciliares a hipertenso-diabéticos e construímos um genograma, que consiste na elaboração da árvore familiar. Realizamos uma reunião com agentes comunitários de saúde para levantar necessidades a serem trabalhadas pelo grupo para contribuir com os processos no serviço. Essa experiência nos proporcionou uma formação diferenciada da acadêmica, fortalecendo o vínculo e o acesso entre os serviços de saúde e a Universidade, transformando nossa imaturidade em habilidades para trabalhar criativamente com a comunidade, em equipe interdisciplinar e intersetorial.

Introdução

Na Universidade é um dos caminhos onde se pratica a interdisciplinaridade, nos trabalhos acadêmicos onde um grupo de pessoas tem conceitos e personalidades diferentes que necessitam aprender a ouvir todas as opiniões, para chegar a uma conclusão de como alcançar seus objetivos. Dentro desse contexto, na perspectiva do Ensino em Saúde, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação do profissional desta área deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, reafirmando a prática de orientação ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

As instituições de ensino e o Ministério da Saúde inserem os acadêmicos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) através de programas de educação em saúde. A partir disso temos o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que é um projeto de parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação entre instituições de ensino de nível superior e a rede de assistência à saúde, sendo um instrumento permitindo para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS, na integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2008). Vinculado à Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como instituição de ensino, e duas UAPS – Unidade de Atenção Primária a Saúde, como locais da prática.

Em sua última estruturação, foi dividido em vários temas prioritários e ficou determinado como um grupo destinado a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na área de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010). Com foco nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). A prevenção primária pode ser realizada através do controle de seus fatores de risco, com o excesso de sal, excesso de gordura, uso de álcool, etc. A utilização de estratégia por meio de ações educativas coletivas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos industrializados, entre outros. (BRASIL, 2013a). A DM pode permanecer assintomática por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). (BRASIL, 2013b).

A Vigilância em Saúde, entendida como uma forma de pensar e agir tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, devendo estar inserida cotidianamente na prática das equipes de saúde. As equipes Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade (BRASIL, 2008).

Projetos de extensão são desenvolvidos para promover a educação em saúde, tentando estimular a criatividade dos monitores de uma forma que possa cativar a comunidade. E da importância de projetos direcionados a grupos que necessitam de algum tipo de assistência tanto a nível psicossocial ou ao nível de atenção ao tratamento da sua patologia. Conforme Teixeira et al (2012), relataram a experiência das práticas de integração ensino-serviço dos cursos da área da saúde, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e estimula a produção acadêmica voltada para as necessidades do SUS. Com base nisso, o referido trabalho objetiva descrever a experiência da participação dos monitores na UAPS sobre as vivências e a bem como as contribuições e influências para a formação acadêmica.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, segundo Medeiros (1997), o relato de experiência é a descrição de maneira mais informal, e sem o rigor exigido na apresentação de resultados de pesquisa, que se incorpora no texto e dá muitas vezes mais vida e significado para leitura. Trata-se das ações desenvolvidas pelos monitores dos cursos de medicina, farmácia, odontologia e fisioterapia, vinculadas ao (PET-Saúde/VS/UNIFOR), sobre as vivências bem como as contribuições e influências para a formação acadêmica. A UAPS fica localizada em Fortaleza-CE, no bairro Jardim das Oliveiras, na regional VI. Foi criada uma tabela com o planejamento das atividades a serem realizados durante o período de junho a dezembro de 2013. Entre as atividades propostas foram às reuniões administrativas semanais e participação em congressos, que são normativas do projeto, destacamos as seguintes como relevantes tanto para a comunidade como para a formação dos monitores: Os trabalhos científicos; a abordagem do tema do projeto hipertensão e diabetes na sala de espera; as visitas domiciliares com a atenção farmacêutica; a criação do genograma; o momento de lazer; a reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a sala de situação.

Resultados e Discussão

Na elaboração dos projetos são priorizados os objetivos, as metas e as ações estabelecidas no projeto PET-Saúde aprovado pelo Ministério da Saúde (MS), a demanda do serviço e as linhas estratégicas. A inserção no campo de Trabalho dos monitores é de no mínimo 4 horas semanais, em atividades de campo com a supervisão do preceptor. O restante da carga horária é direcionado as atividades de trabalhos científicos e elaboração de projeto para aplicação na Unidade de Saúde. No primeiro encontro com os monitores e a preceptora, foi realizado o planejamento das atividades. Com intuito de exercitar a prática da interdisciplinaridade e proporcionar a diversidade de olhares, os trabalhos científicos foram realizados entre duplas de cursos diferentes. Nesse aspecto, desenvolvemos projetos sobre a associação farmacológica dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes com anestésicos odontológicos, entre os alunos de farmácia e odontologia.

Abordando o tema hipertensão, diabetes, qualidade de vida, longevidade e atividade física, pelos alunos de fisioterapia e medicina, realizando visitas domiciliares a hipertensos e diabéticos longevos e construindo um genograma, que consiste na elaboração da árvore familiar. Nascimento et al (2011), relatou um estudo das contribuições do PET na formação acadêmica através de um relato de experiência, onde as visitas domiciliares caracterizou como uma estratégia para acompanhamento da evolução do processo saúde-doença da população acompanhada pela equipe de saúde, por meio da visita é possível o reconhecimento das vulnerabilidades e riscos aos quais os indivíduos estão expostos, considerando-se para isso, os determinantes de saúde, especialmente aqueles de ordem social.

Proporcionamos um momento de lazer, levando-os pacientes hipertensos e diabéticos para um dia na praia. Realizamos uma reunião com agentes comunitários de saúde (ACS) para conhecer seu trabalho e levantar necessidades a serem trabalhadas pelo grupo para contribuir com os processos no serviço. Dessa iniciativa, surgiram duas estratégias: um curso de capacitação sobre HAS e DM para ACS e uma visita à feira livre do bairro, para nos apropriarmos do território em que vivem os hipertensos e diabéticos atendidos na unidade, objetivando levantar os alimentos disponíveis, os mais consumidos, preços de produtos saudáveis, para adaptar as orientações à realidade local.

No curso promovido para capacitação dos ACS foi aplicado um questionário antes e após exposição dos conteúdos para verificar o nível do conhecimento prévio e o adquirido, como também usamos outro instrumento para avaliar o próprio curso. Que cada acadêmico contribui para promover o conhecimento junto com os ACS. Como promoção à saúde, visitamos uma escola de ensino fundamental e apresentamos um banner sobre hipertensão e o uso de sal, atingindo dois públicos, professores e funcionários e as crianças como multiplicadoras, pois de forma lúdica, os alunos compreendiam o assunto e relatavam a experiência com os pais, tornando-se vigilantes do sal.

Também percebemos que a demora no atendimento deixa o paciente irritado e ansioso, podendo interferir nos seus níveis pressóricos. Então utilizamos a sala de espera como um espaço para ocupar a ociosidade com uma breve apresentação sobre HAS, DM, sobre a utilização de condimentos industrializados e receitas de temperos saudáveis. Essa experiência nos proporcionou uma formação diferenciada da acadêmica, uma vivência na atenção primária, podendo interagir ativamente e interferir em suas fragilidades, contribuindo para melhorias no decorrer do tempo. Transformamos nossa imaturidade em habilidades para trabalhar criativamente com a comunidade, em equipe interdisciplinar e intersetorial, trilhando novos caminhos de aprendizagem e otimismo, para uma saúde dentro dos princípios que norteiam o sistema único de saúde.

Segundo o estudo de Rafaeli (2013), onde foram feitas entrevistas com monitores do PET, e um deles relatou a importância de vivenciar a prática em campo e também de perceber se é aquilo que ele estava buscando ou não da formação, aprendendo e

conhecendo que existem comunidades e comunidades na mesma cidade distintas com necessidades e prioridades diferentes. Conforme Caldas et al. (2012), o PET-Saúde, enquanto estratégia formativa na área da saúde, é uma iniciativa ainda recente, voltada prioritariamente para a iniciação à pesquisa e vivências em ações de extensão na Atenção Primária à saúde, de acordo com as demandas atuais do SUS.

Conclusão

O programa Pet-Saúde visam á mudança na formação profissional na área da saúde, mostrando aos monitores a realidade da atenção primária. Dessa forma, as ações realizadas devem resultar em um perfil de profissional com habilidades para contornar ou resolver os problemas de saúde. Essa experiência nos proporcionou uma formação diferenciada da acadêmica, fortalecendo o vínculo e o acesso entre os serviços de saúde e a Universidade, podendo interagir ativamente e interferir em suas fragilidades, contribuindo para melhorias no decorrer do tempo. Um trabalho em equipe multiprofissional com acadêmicos de diferentes cursos da saúde proporcionou o despertar de cada acadêmico frente ao seu papel na atenção básica como futuros profissionais. A interdisciplinaridade permitiu trocas de conhecimentos entre os monitores, no qual todos tinham um ponto de vista particular devido a sua categoria profissional. Nesse contexto essa experiência contribui na ruptura das fronteiras que fragmentam o olhar devido a dicotomia das profissões.

Diante do exposto ressaltamos que todos os profissionais de saúde tem uma importância relevante, o médico na avaliação e diagnóstico da doença, o farmacêutico na atenção farmacêutica orientando sobre o correto uso do medicamento, o fisioterapeuta na prática de técnicas que melhore a qualidade desse paciente, o nutricionista avaliando a parte nutricional da alimentação. Toda a aprendizagem no decorrer desse tempo, proporcionou colocar em prática a teoria, de como é difícil à prática em campo, que a atuação na APS precisa de paciência, que as coisas não mudam de um dia para outro, mas que é possível mudar a situação de saúde, onde todos os profissionais são engrenagens responsáveis por cada mudança.

A prática de aprender e transmitir informações aos usuários, bem como a inserção na Unidade Básica de Saúde têm permitido aos monitores a possibilidade de identificar as necessidades de saúde do coletivo da área de abrangência pelo qual se responsabilizam em conjunto com a equipe de saúde em que estão integrados, para formular os problemas encontrados, e, partindo desse raciocínio, executar e avaliar planos de cuidado, intervenção, priorizando as ações de promoção e prevenção à saúde.

Apenas com a teoria não é possível conhecer a realidade do SUS, somente com uma atuação presente na realidade da comunidade, necessitando entender suas fragilidades e como o PET poderia contribuir para amenizar tais problemas. Transformamos nossa imaturidade em habilidades para trabalhar criativamente com a comunidade, em equipe interdisciplinar e intersetorial, trilhando novos caminhos de aprendizagem e otimismo, para uma saúde dentro dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Conjunta Nº 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalhador para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, 128p. (Cadernos de Atenção Básica n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, 128p. (Cadernos de Atenção Básica n. 37).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2008,195p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 2 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 9.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CALDAS, J. B et al. A percepção de alunos quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, vol. 36, n.1, supl. 2, p. 33-41, jan./mar. 2012.

MEDEIROS, J. B. Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos e resenhas. 3º Ed. São Paulo: Atlas 1997.

NASCIMENTO, D. K. do et al. A CONTRIBUIÇÃO DO PET-SAÚDE DA FAMÍLIA NA FORMAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16., 2011, Campo Grande. Anais... .Campo Grande: Senpe, 2011. p. 2181 - 2182. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0516.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

RAFAELI, F. F. PET-SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA. 2013. 36 f. Monografia (Especialização) - Curso de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

TEIXEIRA, S et al .O PET-Saúde no Centro de Saúde Cafezal: promovendo hábitos saudáveis de vida. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 1, Mar. 2012.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder esta oportunidade. À Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Vigilância em Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde e todos os colaboradores como a UAPS pelo apoio dispensado para realização desse trabalho.